

ОРИГИНАЛЬНАЯ СТАТЬЯ

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

УДК 616.98:578.828HIV-036.22

<https://doi.org/10.23946/2500-0764-2026-11-1-120-134>

КЛИНИКО–ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ ВИЧ-ПОЗИТИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ

СМАГИНА С.С.¹ ✉, ЛЕБЕДЕВА И.Б.², ШОНИЯ А.Б.², БОРОДКИНА О.Д.³¹ Кемеровский государственный университет, ул. Красная, д. 6, г. Кемерово, 650000, Россия² Кемеровский государственный медицинский университет, ул. Ворошилова, д. 22А, г. Кемерово, 650056, Россия³ Кузбасский центр по профилактике и борьбе со СПИД, пр-т Ленина, д. 121Б, пом. 3, г. Кемерово, 650056, Россия

Основные положения

Исследование внутренней картины болезни как «органа саморегуляции» у ВИЧ-инфицированных пациентов представляется значимым для понимания специфики психологической адаптации личности к ситуации неизлечимой жизнеугрожающей стигматизирующей болезни с отсутствием перспективы «здоровья» и связанными с ней ограничениями функционирования в различных сферах жизни. Внутренняя картина болезни в ряде случаев является тем критическим фактором, который играет ключевую роль в приверженности лечению, определяя качество жизни и психологическое благополучие пациентов.

Резюме

Цель. Изучение структуры внутренней картины болезни у ВИЧ-инфицированных пациентов в зависимости от клинико-эпидемиологических характеристик. **Материалы и методы:** Обследовано 86 ВИЧ-инфицированных пациентов в возрасте от 19 до 59 лет с различным сроком инфицирования и тяжестью течения болезни. Пилотное исследование выполнено на базе ГБУЗ «Кузбасский Центр-СПИД». Использованы: «Краткий опросник восприятия болезни» Е. Broadbent в русскоязычной адаптации; «Личностный смысл болезни» (Z.L. Lipowski); «Опросник эмоционального реагирования на болезнь»; t-критерий Стьюдента для независимых выборок; дескриптивная статистика; кластерный анализ; факторный анализ осуществлялся методом главных компонент посредством вращения Varimax с учетом теста Кайзера. В рамках проведенного исследования систематизированы результаты исследований субъективного реагирования личности на ВИЧ-инфекцию как хроническую неизлечимую жизнеугрожающую болезнь. **Результаты исследования:** Внутренняя картина болезни у ВИЧ-инфицированных пациентов определяется тяжестью течения болезни. Срок инфицирования согласован с когнитивной оценкой угрозы болезни и оказывает менее заметное влияние на характер субъективного реагирования на болезнь. Когнитивная оценка болезни согласована с тяжестью течения ВИЧ-инфекции. У ВИЧ-инфицированных пациентов в состоянии ремиссии со сро-

ком инфицирования более 10 лет доминирует когнитивный уровень ВКБ. Эмоциональные репрезентации болезни амбивалентны (самостигматизация сочетается с надеждой, оптимизмом и радостью от преодоленных трудностей). Мотивационно-смысловой уровень внутренней картины болезни (ВКБ) характеризуется преобладанием позитивных личностных смыслов. У пациентов с прогрессирующими формами ВИЧ-инфекции независимо от срока инфицирования все компоненты ВКБ соответствуют оценке – «болезнь – выраженная актуальная угроза жизни и здоровью» и отражают острое стрессогенное влияние болезни. Эмоциональный уровень ВКБ депрессивен (отчаяние и беспомощность – ведущие эмоции); доминируют негативные личностные смыслы («болезнь как угроза, потеря здоровья, слабость»). **Заключение.** Тяжесть течения заболевания и когнитивная оценка ВИЧ-инфекции оказывают влияние на специфику развития различных вариантов внутренней картины болезни. Своеобразие адаптации к болезни лиц, живущих с ВИЧ (ЛЖВ) в состоянии ремиссии (как высоко приверженных АРТ) с неопределяемой вирусной нагрузкой и длительным стажем болезни заключается в том, что ведущим адапционным ресурсом в структуре ВКБ является убежденность в контролируемости болезни.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, внутренняя картина болезни, когнитивная оценка болезни, когнитивно-эмоциональные представления о болезни, личностный смысл болезни

Корреспонденцию адресовать:

Смагина Светлана Сергеевна, 654000, Россия, г. Кемерово, ул. Красная, д. 10Б-50, E-mail: lib_2008@mail.ru

© Смагина С. С. и др.

Соответствие принципам этики. Исследование проведено в соответствии с одобрением комитета по этике и доказательности медицинских научных исследований ГБУЗ «Кузбасский центр по профилактике и борьбе со СПИД» от 10.10.2024 г. №56 с применением информированного согласия

пациента одобренного на заседании этического комитета от 10.10.2024г.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.**Финансирование.** Исследование не имело спонсорской поддержки.**Для цитирования:** Смагина С. С., Лебедева И. Б., Шония А. Б., Бородкина О. Д. Клинико-эпидемиологические аспекты внутренней картины болезни ВИЧ-позитивных пациентов. *Фундаментальная и клиническая медицина.* 2026;11(1):120-134. <https://doi.org/10.23946/2500-0764-2026-11-1-120-134>**Поступила:**

19.09.2025

Поступила после доработки:

18.11.2025

Принята в печать:

27.02.2026

Дата печати:

31.03.2026

Сокращения

ВКБ – внутренняя картина болезни

ЛЖВ – лица, живущие с ВИЧ

АРТ – антиретровирусная терапия

ORIGINAL RESEARCH
EPIDEMIOLOGY

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS OF THE INTERNAL PICTURE OF DISEASE IN HIV-POSITIVE PATIENTS

SVETLANA S. SMAGINA¹ ✉, IRINA B. LEBEDEVA², ALEXANDER B. SHONIA², OLGA D. BORODKINA³¹Kemerovo State University, Krasnaya Street, 6, Kemerovo, 650000, Russia²Kemerovo State Medical University, Voroshilova Street, 22A, Kemerovo, 650056, Russia³Kuzbass Center for the Prevention and Control of AIDS, Lenin Avenue, 121B, room 3, Kemerovo, 650056, Russia

HIGHLIGHTS

The study of the internal picture of disease as a «self-regulation organ» in HIV-infected patients is significant for understanding the specifics of psychological adaptation of an individual to the situation of an incurable, life-threatening, stigmatizing disease with no prospect of «health» and the associated limitations in various spheres of life. The internal picture of disease, in some cases, is the critical factor that plays a key role in treatment adherence, determining the quality of life and psychological well-being of patients.

Abstract

Aim. Study the Structure of the Internal Picture of Disease in HIV-Infected Patients Depending on Clinical and Epidemiological Characteristics. **Materials and methods.** 86 HIV-infected patients aged 19 to 59 years were examined, with varying duration of infection and severity of disease progression. The pilot study was conducted at the Kuzbass AIDS Center. Research methods: questionnaire "Short questionnaire of E. Broadbent disease perception in Russian adaptation; "Personal meaning of the disease" (Z.L. Lipowski); "Emotional Response Questionnaire"; Student's t-test for independent samples; descriptive statistics; factor analysis was performed by principal component method by Varimax rotation taking into account Kaiser test; cluster analysis. As part of the study, the results of studies of the subjective response of the individual to HIV infection as a chronic incurable life-threatening disease are systematized. **Results.** The study systematized research findings on subjective responses to HIV infection as a chronic, incurable, life-threatening disease. The internal picture of disease in HIV-positive patients is determined by disease severity. The duration of infection correlates with cognitive assessment of disease threat but has less impact on subjective response. Cognitive assessment aligns

with HIV infection severity. In patients in remission with over 10 years of infection, the cognitive level of the internal picture of disease (IPD) dominates. Emotional representations show ambivalence (self-stigmatization combined with hope, optimism, and joy from overcoming difficulties). The motivational-meaning level of IPD is characterized by predominance of positive personal meanings. In patients with progressive forms of HIV infection, regardless of infection duration, all IPD components reflect acute stress impact. Emotional level of IPD shows depression (despair and helplessness as leading emotions). Negative personal meanings dominate («disease as threat», loss of health, weakness). **Conclusion.** The severity of disease progression and cognitive assessment of HIV infection influence the development of different variants of the internal picture of disease. The unique adaptation pattern of people living with HIV in remission (with high ART adherence, undetectable viral load, and long disease history) is characterized by belief in disease controllability as the leading adaptive resource in the IPD structure.

Keywords: HIV infection, internal disease picture, cognitive assessment of the disease, cognitive-emotional ideas about the disease, personal meaning of the disease

Corresponding author:

Dr. Svetlana S. Smagina, Krasnaya Street, 10B-50, Kemerovo, 654000, Russia, E-mail: lib_2008@mail.ru
© Svetlana S. Smagina, et al.

Ethics Statement. The study was conducted in accordance with the approval of the Committee on Ethics and Evidence of Medical Research Kuzbass Center for the Prevention and Control of AIDS dated 10.10.2024. №56 with the patient's informed consent approved at the 10.10.2024 Ethics Committee.

Conflict of Interest. None declared.

Funding. The study had no sponsorship support.

For citation: Svetlana S. Smagina, Irina B. Lebedeva, Alexander B. Shonia, Olga D. Borodkina. Clinical and Epidemiological Aspects of the Internal Picture of Disease in HIV-Positive Patients. *Fundamental and Clinical Medicine*. 2026;11(1):120-134. (In Russ). <https://doi.org/10.23946/2500-0764-2026-11-1-120-134>

Received:
19.09.2025

Received in revised form:
18.11.2025

Accepted:
27.02.2026

Published:
31.03.2026

Введение

ВИЧ-инфекция характеризуется как тяжелое соматическое заболевание с длительно текущим процессом поражения организма, с вовлечением в патологический процесс структур центральной нервной системы уже на ранних стадиях. Кемеровская область – Кузбасс, несмотря на позитивные тенденции к снижению активности эпидемического процесса, сохраняет высокие уровни заболеваемости и распространённости ВИЧ-инфекции [1].

Несмотря на очевидную успешность высокоактивной антиретровирусной терапии (АРТ), значительное увеличение продолжительности жизни ВИЧ-инфицированных пациентов и даже тенденцию к снижению пораженности ВИЧ-инфекцией в РФ за 2024 год (согласно анализу статистических данных Минздрава), ВИЧ-инфицированность является пожизненной стрессогенной, кризисной ситуацией для зараженного человека, негативным биографическим фактором развития, который подвергает живущих с ВИЧ лиц достаточно мощным разнонаправленным психологическим воздействиям: неопределенностью перспективы с вероятностью летального исхода, социальной стигматизацией и самостигматизацией, враждебностью в референтной группе, «виноватостью в том, что заразились»; одиночеству, пожизненной изнурительной приверженностью фармакологии и др. [2].

ВИЧ-инфицированность как тяжелый хронический стресс приводит к тяжелым последствиям как эмоционального, так и социального характера: изменению юридического и социального статуса с резким снижением качества жизни, ухудшением или потерей работоспособности, выраженным эмоционально-волевым нарушениям, различным проявлениям социально-психологической дезадаптации. Ситуация усугубляется тем, что в обыденном сознании ВИЧ-инфицированность отождествляется с болезнью, в которой никто не хочет сознаться [3].

Обращение к исследованию внутренней картины болезни у ВИЧ-позитивных пациентов обусловлено тем, что на примере отношения к данному уникальному виду моноинфекции можно оценить интегрирование болезни в жизнь «зараженного» и специфику адаптации личности к ситуации неизлечимой хронической жизнеугрожающей стигматизирующей болезни с отсутствием перспективы «здоровья» и свя-

занными с ней ограничениями функционирования в различных сферах жизни. Приверженность к высокоактивной антиретровирусной терапии как основополагающий фактор вирусологической успешности в значительной степени обусловлена спецификой ВКБ ВИЧ-позитивных пациентов.

Проблема повышения качества жизни и уровня психологического благополучия пациентов с этой неизлечимой болезнью остается непреходящей и делает очевидной необходимость изучения психологических механизмов адаптации к болезни – психосоциальная адаптация пациентов и их приверженность системе диспансерного наблюдения являются залогом эффективного лечения больных ВИЧ-инфекцией и сохранения продолжительности их жизни [4].

Представления об адаптационных механизмах в ситуации тяжелого соматического заболевания рассматриваются в различных концепциях ВКБ (А. Р. Лурии, В. В. Николаевой, А. Ш. Тхостова; концепции здравого смысла Leventhal H., транзактной модели стресса и совладающего поведения (Lazarus R.S., Folkman S.), где внутренняя картина болезни характеризуется как орган саморегуляции в отношении субъективного благополучия пациентов в сферах здоровья, эмоционального состояния, общения, активности «важный аспект системы отношений личности, участвующий в адаптации к заболеванию в принятии диагноза и формировании здоровье-сберегающего поведения» [2]. В концепции житейского смысла саморегуляции поведения Leventhal H. репрезентации болезни (это представления/интерпретация больным болезнью), основанные на личностном опыте, сложившихся в культуре представлениях о болезни, определяют их адаптацию к заболеванию, психологическое благополучие, качество жизни, стратегии совладающего поведения и приверженность лечению [5– 8].

Анализ современных зарубежных клинико-психологических работ на выборке ВИЧ-положительных пациентов показывает направленность исследований на изучение различных аспектов взаимосвязи структурных компонентов восприятия болезни (как определённой комбинации когнитивных и эмоциональных представлений) со стратегиями преодоления (Pala Norcini A., Steca P.); с приверженностью лечению (Leone D., Borghi L., Lamiani G.); симптомами посттравматического стрессового расстрой-

ства; с социальной поддержкой и приверженностью к антиретровирусной терапии (Anakwa N.O., Teye-Kwadjo E., Kretchy I. A.) [9–12]. Отечественные исследования субъективного реагирования личности на ВИЧ-инфекцию представлены единичными научными публикациями с акцентом на гендерные различия отношения к болезни: выявлено преобладание адаптивных типов отношения к болезни – эргопатического и анозогнозического (на выборке пациентов до 30 лет) с учетом гендерных различий [13]; смешанным типом реагирования с доминированием эйфорического типа у ВИЧ-положительных женщин и апатического типов у ВИЧ-положительных мужчин на 3-й стадии (что неадекватно тяжести и прогнозу заболевания, с точки зрения авторов) [14]. В исследовании Бузуновой А. Д. также с учетом гендерных различий выявлен тип отношения к болезни на различных стадиях ВИЧ-инфекции [2].

В данном контексте представляется перспективным «уровневое» исследование внутренней картины болезни с позиций отечественных теорий саморегуляции болезни, где ВКБ формируется как «защитная реакция на стресс болезни и отражает реальные трудности адаптации к фрустрирующему фактору заболевания», что отражено в теоретико-экспериментальных работах Николаевой Н. Н., Тхостова А. Ш., Leventhal Н. Представления и знания пациента о болезни отражают когнитивный уровень ВКБ; его отношение, оценка и эмоциональный комфорт представлены эмоциональным уровнем ВКБ; осознание личностного смысла болезни, актуальных потребностей, определяющих готовность к определенным действиям (мотивационно-смысловой уровень). Когнитивная оценка угрозы болезни характеризуется как интегративный показатель когнитивного уровня ВКБ, «не всегда соответствующий клиническим по-

казателям течения заболевания» [15]. Согласно представлениям Lazarus R.S., когнитивная оценка больным своего заболевания становится фундаментом выбора стратегий совладания и дальнейшего приспособления к жизни с хроническим заболеванием [15]. Под саморегуляцией в данном исследовании понимается совокупность психологических механизмов, обеспечивающих адаптацию личности к хроническому заболеванию, включая когнитивную оценку угрозы болезни, эмоциональное реагирование и мотивационно-смысловое освоение болезненного опыта.

Цель исследования

Изучение структуры внутренней картины болезни у ВИЧ-инфицированных пациентов в зависимости от клинико-эпидемиологических характеристик.

Материалы и методы

С 12.10.2024 г. по 12.12.2024 г. выполнено перекрестное наблюдательное эпидемиологическое исследование. Информация о случаях ВИЧ-инфекции получена из формы федерального статистического наблюдения № 61 «Сведения о ВИЧ-инфекции», медицинской карты больного, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях ф025/у (**таблица 1**). Исследование выполнено на базе ГБУЗ «Кузбасский Центр-СПИД». Исследование имеет пилотный характер, в нем приняли участие 86 лиц, живущих с ВИЧ-инфекцией (ЛЖВ), с различным сроком инфицирования, от 2 месяцев до 24 лет. Продолжительность периода до начала АРТ была неодинаковой заразившихся через незащищенный секс и наркотики, с различной тяжестью течения болезни (на момент обследования состояние ремиссии (68,60 %) / прогрессирования болезни (31,40%) и различным

Характеристика Characteristic	Группа наблюдения Observation groups	%
Всего пациентов Patients, total	86	
Средний возраст Average age	41,04±8,90	
Возраст min-max Age min-max	23,0-60,0	
Семейный статус Marital status	38,00	44,19%
Мужчины Male	49	56,98
Женщины Female	37	43,02

Таблица 1.
Характеристика
группы наблюдения
лиц, живущих с ВИЧ

Table 1.
Characteristics of the
surveillance group of
persons living with
HIV

Таблица 2.
Характеристика
пациентов с ВИЧ-ин-
фекцией

Table 2.
Characteristics of
patients with human
immunodeficiency
virus

Параметры Parameters	Абсолютное число Number of cases	%
Число пациентов с ВИЧ, получавших антиретровирусную терапию (АРТ) Number of HIV patients receiving antiretroviral therapy (ART)	75	87,20
Уровень вирусной нагрузки ВИЧ HIV viral load level		
более 100 тыс. копий в 1 мл more than 100 thousand copies in 1 ml	7	8,14
10 тыс. – 100 тыс. копий в 1 мл 10 thousand – 100 thousand copies in 1 ml	4	4,65
1000-10 тыс. копий в 1 мл 1000-10 thousand copies in 1 ml	4	4,65
51-999/ копий в 1 мл 51-999/ copies in 1 ml	12	13,95
менее 50/ копий в 1 мл less than 50/ copies in 1 ml	59	68,60
Уровень лимфоцитов CD4 CD4 lymphocyte count		
Более 500/мкл More than 500/mel	5	5,81
351-499/мкл 351-499 mel	44	70,93
201-350/мкл 201-350/ mel	29	13,95
Менее 200/мкл Less than 200/ mel	8	9,30

уровнем вирусной нагрузки (с неопределяемым уровнем (менее 50 копий/мл); с определяемым уровнем (более 50 копий/мл). Выборку составили 49 мужчин и 37 женщин старше 18 лет; семейный статус: 44,19% состояли в браке, 55,81% не состояли в браке или были разведены.

Таблица 2 содержит клинико-лабораторную характеристику пациентов. Неопределяемый уровень вирусной нагрузки, достигнут у 59 (68,60%) пациентов, получающих АРТ. Более 70% случаев составляли пациенты с показателем иммунного статуса (лимфоциты CD4) в диапазоне 351–499/мкл.

Критерии включения:

- информированное согласие пациентов на исследование;
- данные о пациенте с ВИЧ-инфекцией.

Данные об основных характеристиках пациентов с момента взятия на диспансерный учет были получены с использованием электронной системы ведения медицинской документации (электронная версия 025/у в системе МИС

«Ариадна») и содержали: сведения о диагнозе, данные объективных осмотров, результаты лабораторных и инструментальных исследований, сведения о получаемом лечении.

Методы исследования: опросник «Краткий опросник восприятия болезни» Е. Broadbent, К. Petrie, J. Weinman в русскоязычной адаптации; «Личностный смысл болезни» (Z. L. Lipowski); «Опросник эмоционального реагирования на болезнь» (В. М. Ялтонский); t-критерий Стьюдента для независимых выборок ($p < 0,05$); дескриптивная статистика; факторный анализ осуществлялся методом главных компонент посредством вращения Varimax с учетом теста Кайзера; кластерный анализ (метод полной связи). Данные обрабатывались с помощью пакета статистических программ SPSS Statistics 10.0.

Результаты и обсуждение

В 2024 году заболеваемость составила 67,08 на 100 тысяч населения, что более чем в 2 раза

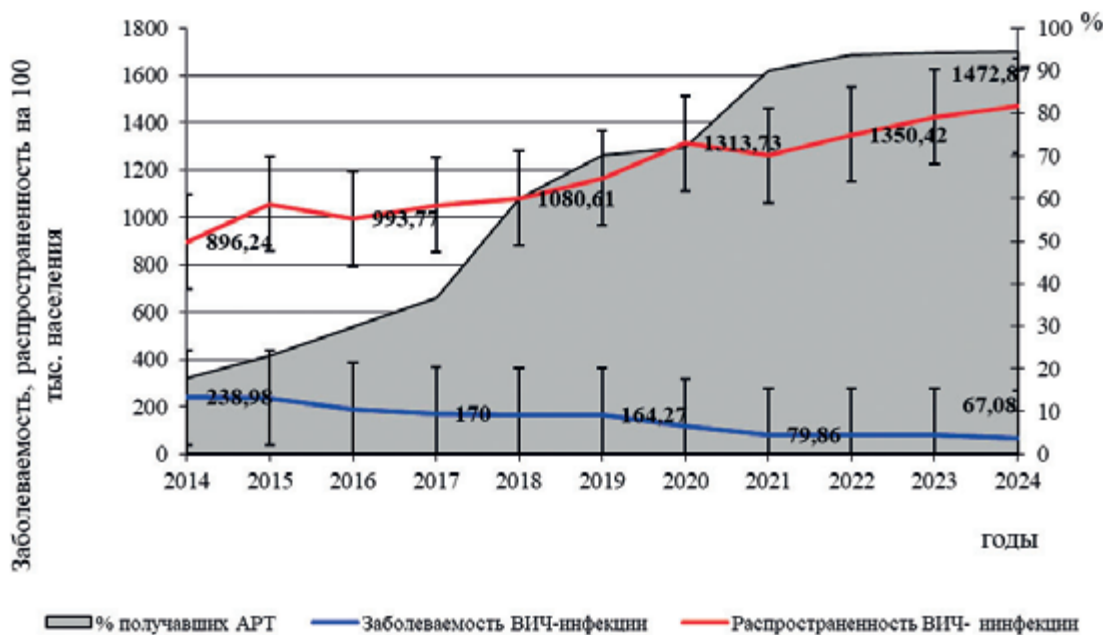


Рисунок 1. Заболеваемость и распространенность ВИЧ-инфекции на территории Кемеровской области – Кузбасса за период 2014–2024 гг.

Figure 1. Incidence and prevalence of HIV infection in the Kemerovo region – Kuzbass for the period 2014–2024

больше среднероссийского уровня (29,9 на 100 тысяч), распространенность – ВИЧ (1472,87 на 100 тыс. населения) в 1,62 раза превышала среднероссийский показатель (782,0). На конец 2024 года антиретровирусную терапию получали – 35422 чел. (95 %) (рисунок 1).

На первоначальном этапе обработки данных была проведена кластеризация группы объективных клинических характеристик (тяжесть

заболевания, уровень вирусной нагрузки, срок инфицирования – «стаж» болезни) и интегративный показатель когнитивной оценки болезни (рисунок 2).

Из горизонтальной дендрограммы (метод полной связи) видно, что при пороговом расстоянии 6 исследуемые переменные распадаются, образуя двухкластерную структуру: 1-й кластер группирует ВИЧ-положительных пациентов с

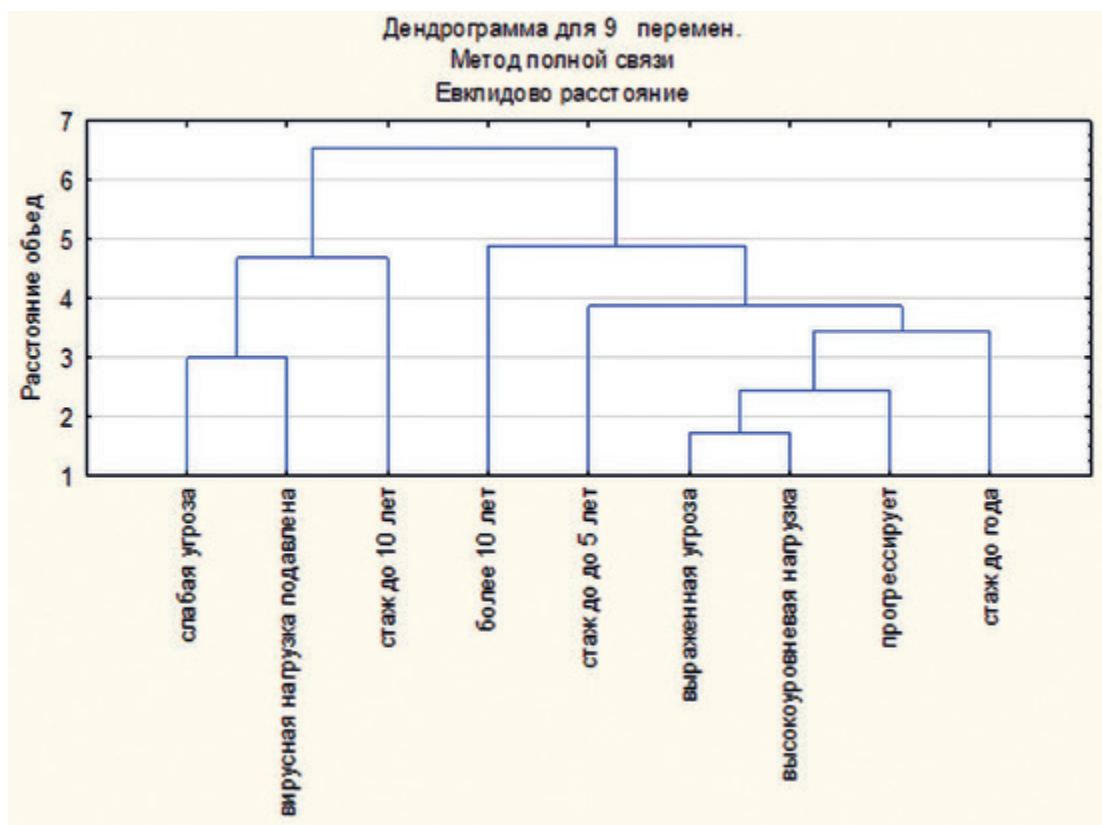


Рисунок 2. Иерархическая кластеризация клинических характеристик и интегративного показателя когнитивной оценки болезни у ВИЧ-инфицированных пациентов

Figure 2. Hierarchical clustering of clinical characteristics and an integrative index of cognitive assessment of illness in HIV-infected patients

длительным сроком инфицирования (стаж более 10 лет), подавленной вирусной нагрузкой и субъективно низкой оценкой угрозой болезни (болезнь рассматривается как слабая угроза жизни и здоровью); 2-й кластер объединяет пациентов с «прогрессирующей» болезнью и высокоуровневой вирусной нагрузкой (срок инфицирования разный) и когнитивной оценкой болезни как выраженной угрозы для жизни и здоровья. В связи с тем, что во 2-й кластер «вошли» как пациенты с двухмесячным «стажем» болезни, так и «1–5 лет», «5–10 лет», предполагаем, что в ситуации прогрессирования заболевания длительность особой роли не играет.

Таким образом, в контексте настоящего исследования когнитивная оценка угрозы болезни соответствует клиническим показателям тяжести ее течения (уровень вирусной нагрузки, состояние инфекционного процесса); и правомерно выделить следующие группы сравнения:

1-й кластер – лица, живущие с ВИЧ, в состоянии прогрессирования болезни с «высокоуровневой» вирусной нагрузкой (более 100000

к/мл) с длительностью болезни до 10 лет, оценивающие заболевание как «выраженную актуальную угрозу жизни и здоровью»;

2-й кластер – лица, живущие с ВИЧ, в состоянии ремиссии с подавленной вирусной нагрузкой, длительностью болезни более 10 лет с когнитивной оценкой болезни как «слабой угрозы».

Сравнительный анализ когнитивно-эмоциональных репрезентаций (представлений) и личностных смыслов болезни выявил значимые различия внутренней картины болезни у ВИЧ-инфицированных в зависимости от тяжести соматического состояния и формируемого «психологического ответа», что отражает различные варианты адаптации к ВИЧ-инфекции. В **таблице 3** представлены статистически значимые различия когнитивно-эмоциональных репрезентаций и личностных смыслов болезни у исследуемых групп ВИЧ-инфицированных пациентов.

Когнитивный компонент ВКБ у группы пациентов с высокоуровневой вирусной нагрузкой характеризуется:

Таблица 3.

Статистически значимые различия показателей внутренней картины болезни ВИЧ-инфицированных пациентов (когнитивный, эмоциональный, семантический уровни)

Table 3.
Statistically significant differences in the indicators of the internal picture of the disease of HIV-infected patients (cognitive, emotional, semantic levels)

Компоненты ВКБ Components IPD	Ремиссия Remission	Прогрессирование болезни Disease progression	t-знач. t-value	p	Ст. откл. - 0 St. off - 0	Ст. откл. - 1 St. off - 1	F-отн. - дисперс. F-rel. - dispersion	p - дисперс. p - dispersion
Влияние Influence	0,83	8,7	-7,15	0,00	1,95	4,22	4,69	0,00
Личный контроль заболевания Personal disease control	9,52	0,6	13,10	0,00	2,06	1,26	2,66	0,12
Врачебный контроль заболевания Medical control of the disease	9,78	6	4,70	0,00	1,03	5,16	25,09	0,00
Идентификация заболевания (симптомы) Identification of the disease (symptoms)	0,09	7,2	-10,54	0,00	0,28	4,02	199,33	0,00
Обеспокоенность заболеванием Concern about the disease	1,70	7,64	-5,87	0,00	2,12	4,22	3,97	0,00
Понимание заболевания Understanding the disease	9,43	4,6	7,82	0,00	1,19	3,44	8,40	0,00
Эмоциональное реагирование на заболевание Emotional response to illness	1,70	4,6	-2,86	0,01	2,54	4,30	2,87	0,02
Общая угроза болезни General threat of illness	15,30	55,6	-15,89	0,00	6,07	11,52	3,60	0,00

Опыт Experience	1,48	1	2,08	0,04	0,66	0,67	1,03	0,87
Печаль Sadness	0,43	1,4	-3,31	0,00	0,65	1,43	4,77	0,00
Депрессия Depression	0,30	1,2	-3,17	0,00	0,55	1,55	7,86	0,00
Оптимизм Optimism	2,17	0,8	3,50	0,00	1,10	1,23	1,25	0,59
Отчаяние Despair	0,22	1,6	-5,69	0,00	0,51	1,26	6,09	0,00
Разочарование Disappointment	0,35	1	-2,67	0,01	0,57	1,15	4,16	0,00
Беспомощность Helplessness	0,32	1	-2,29	0,03	0,77	1,15	2,24	0,07
Уверенность в себе и своих силах Confidence in yourself and your abilities	2,65	1,4	4,35	0,00	0,77	1,07	1,97	0,13
Тревога Anxiety	0,35	1	-3,20	0,00	0,48	0,94	3,83	0,00

Таблица 3.
Статистически значимые различия показателей внутренней картины болезни ВИЧ-инфицированных пациентов (когнитивный, эмоциональный, семантический уровни)

Table 3.
Statistically significant differences in the indicators of the internal picture of the disease of HIV-infected patients (cognitive, emotional, semantic levels)

– осознанием исключительного влияния болезни и ее последствий на жизнедеятельность; сосредоточенностью на соматических ощущениях ($p < 0,05$); высоким уровнем обеспокоенности заболевания;

– отрицанием способности «личного контроля» заболевания (ценность личных усилий по управлению ВИЧ-инфекцией очень низкая; выражены статистически значимые различия и в сравнении с группой в ремиссии ($p = 0,0001$) и в сравнении с показателем «врачебного контроля» болезни ($p = 0,0001$). В структуре когнитивных репрезентаций ВИЧ-пациентов ценность усилий медперсонала более осознанна. Значимость врачебных действий для эффективного управления болезнью у ВИЧ-позитивных в ситуации прогрессирования болезни подтверждают результаты отдельной факторизации когнитивного уровня ВКБ. В матрице факторных нагрузок когнитивного уровня ВКБ 2-й фактор с весомым процентом дисперсии представлен одной переменной «Врачебный контроль болезни», что отражено в **таблице 4**.

– поведенческие причины заболевания (незащищенный секс и наркотики) количественно преобладают над психологическими (безответственность // доверчивость // глупость), достоверно значимых различий со 2-й группой нет.

Эмоциональный компонент ВКБ у группы пациентов с высокоуровневой вирусной нагруз-

кой характеризуется преобладанием пессимистично-депрессивного реагирования на болезнь (при ведущих эмоциях «надежда» и «благодарности за оказываемую мне заботу и поддержку»). Статистически преобладают негативный личностный смысл болезни – «Болезнь как угроза жизни».

Когнитивно-эмоциональная репрезентация болезни группы пациентов с подавленной вирусной нагрузкой (преимущественно с длительностью заболевания более 10 лет) отражает более оптимистичную когнитивную оценку болезни:

– отрицается (или вытесняется) влияние болезни, ее последствий и соматические ощущения; слабо выражена обеспокоенность и эмоциональное реагирование на болезнь при осознании ее контролируемости;

– высокий уровень осмысленности болезни (понимание ее проявлений принципов и механизмов ее лечения; пожизненный характер);

– эмоциональная репрезентация болезни позитивна (и собственные значения, и результаты статистического сравнения с 1 группой, $p < 0,05$): лидирующие эмоции – «оптимизм»; «надежда»; «уверенность в себе и своих силах»; «радость от преодоленных трудностей»; «готовность к борьбе»;

– преобладает позитивный личностный смысл болезни (болезнь как некий «вызов» и «опыт»).

Таблица 4.
Факторный рисунок когнитивного уровня ВКБ у группы пациентов с высокоуровневой вирусной нагрузкой

Table 4.
Factorial pattern of the cognitive level of IPD in a group of patients with a high viral load

Фактор. нагрузки (Var. исходн.) Выделение: Главные компоненты (Отмечены нагрузки >,700000) Factor loadings (Var. initial) Select: Principal components (Loadings >700000 are marked)		
	Фактор 1 Factor 1	Фактор 2 Factor 2
Влияние Influence	0,98	-0,06
Личный контроль Personal control	0,20	0,39
Врачебный контроль Medical supervision	-0,36	0,83
Идентификация Identification	0,94	0,01
Обеспокоенность Concerns	0,99	0,04
Понимание Understanding	-0,75	0,36
Эмоциональное реагирование на заболевание Emotional response to illness	0,87	0,02
Общая угроза A common threat	0,86	0,42
Общая дисперсия Total variance	5,04	1,35
Доля общности Share of community	0,63	0,17

Таким образом, болезнь воспринимается как хроническая и не имеющая серьезных физических, психологических и социальных последствий для жизни. В структуре когнитивных представлений наиболее выражены показатели контролируемости и осмысленности болезни (понимание течения и механизмов лечения ВИЧ-инфекции). Пациентов с подавленной вирусной нагрузкой с длительностью протекания болезни более 10 лет правомерно называть «приверженными к терапии».

Факторный рисунок внутренней картины болезни у ВИЧ-инфицированных пациентов с различной тяжестью течения представлен в **таблицах 5 и 6**. У группы пациентов с подавленной вирусной нагрузкой в состоянии ремиссии (**таблица 3**), с когнитивной оценкой болезни как слабой угрозы внутренняя картина болезни представлена девятифакторной структурой (объясняя 85,97 % информации). Первый и второй факторы представлены преимущественно когнитивными репрезентациями болезни. Наиболее мощный первый фактор (29,90 % дисперсии, с собственным значением 11,37) – фактор «Осмысленность болезни» объединяет высоко коррелирующие когнитивные показатели «Понимание болезни» (0,93), «Обеспокоенность болезнью» с эмоциями «Отчаяние»

(0,71) и «Презрение к себе» (0,76). Второй фактор (12,43 % дисперсии, с собственным значением 4,72), называемый фактором «Контроля», группирует также когнитивные переменные «Личный контроль болезни» (0,96), и «Врачебный контроль болезни» (0,96) и «Длительность болезни» (0,98) – семантически отражает значимость контролируемости заболевания и убежденность пациентов в способности управлять результатом в течение длительного периода времени. Полученные данные свидетельствуют о том, что при сущности течения болезни и отсутствия перспективы здоровья, – пациенты убеждены в ее контролируемости.

Третий фактор (9,39 % дисперсии, с собственным значением 3,57) представлен высокой факторной нагрузкой позитивного личностного смысла болезни «Болезнь как вызов» (-0,73). Содержание четвертого фактора (7,86 % дисперсии, с собственным значением 2,99) образовано личностным смыслом «Призыв о помощи» (0,90) с эмоциями «Страдание» (0,73) и «Спокойствие» (-0,71). Пятый фактор с 7,29 % дисперсии с противоположными знаками объединяет переменные с высокими факторными нагрузками «Влияние болезни» с «Эмоциональным реагированием на болезнь» (чем выше осознание последствий болезни, тем мень-

Фактор. нагрузки (Варимакс нормализ.) Выделение: Главные компоненты (Отмечены нагрузки >,700000) Factor loadings (Var. initial) Select: Principal components (Loadings >700000 are marked)									
	Фактор - 1 Factor - 1	Фактор - 2 Factor - 2	Фактор - 3 Factor - 3	Фактор - 4 Factor - 4	Фактор - 5 Factor - 5	Фактор - 6 Factor - 6	Фактор - 7 Factor - 7	Фактор - 8 Factor - 8	Фактор - 9 Factor - 9
Влияние Influence	0,12	0,06	0,01	0,13	-0,86	-0,10	-0,05	-0,03	-0,09
Длительность заболевания Duration of the disease	0,00	0,98	0,03	0,03	-0,08	0,01	0,06	0,05	-0,03
Личный контроль заболевания Personal disease control	0,00	0,96	0,01	0,05	-0,05	0,03	-0,09	0,01	-0,09
Врачебный контроль заболевания Medical control of the disease	-0,01	0,96	0,04	0,04	-0,07	0,04	-0,09	0,01	-0,05
Идентификация заболевания (симптомы) Identification of the disease (symptoms)	-0,02	0,01	0,07	-0,03	0,06	-0,02	-0,88	-0,13	-0,13
Обеспокоенность заболеванием Concern about the disease	0,71	0,03	0,17	0,04	0,14	0,24	-0,06	0,54	0,09
Понимание заболевания Understanding the disease	0,93	0,22	0,08	0,01	0,07	-0,28	-0,03	0,08	-0,01
Эмоциональное реагирование на заболевание Emotional response to illness	0,39	0,17	0,10	0,13	0,82	0,10	-0,16	0,07	0,00
Облегчение Relief	0,03	0,09	0,09	0,15	0,11	0,86	0,01	-0,06	0,04
Призыв о помощи A call for help	0,12	0,04	-0,06	0,90	-0,08	0,29	0,08	0,02	0,01
Вызов Challenge	-0,01	-0,19	-0,73	0,00	0,18	0,05	0,25	-0,29	0,31
Надежда на лучшее Hope for the best	-0,08	-0,08	-0,25	0,01	0,17	0,14	0,19	0,11	0,83
Отчаяние Despair	0,71	0,06	0,00	0,57	-0,07	0,26	0,08	0,02	-0,11
Беспомощность Easement	0,08	0,03	-0,01	0,12	0,03	0,07	0,14	0,73	-0,03
Страдание Suffering	0,28	0,00	0,06	0,73	0,00	0,44	-0,33	-0,07	-0,12
Спокойствие Calmness	-0,33	-0,12	-0,28	-0,71	-0,14	-0,05	0,24	-0,30	0,04
Презрение к себе Self-contempt	0,76	-0,26	0,12	0,09	0,25	0,19	-0,09	-0,45	-0,28
Общая дисперсия Total variance	5,53	4,55	2,38	5,28	3,66	4,21	2,12	2,31	2,66
Доля общности Share of community	0,15	0,12	0,06	0,14	0,10	0,11	0,06	0,06	0,07

Таблица 5.
Факторная структура
ВКБ у ВИЧ-инфици-
рованных пациентов
в состоянии ремис-
сии

Table 5.
Factor structure of
the internal picture
of the disease in HIV-
infected patients in
remission

ше эмоциональная чувствительность к ней). Шестой, седьмой, восьмой и девятый факторы информационно малоресурсные – % общей дисперсии составляет от 3,7 % до 6,2 % соответственно: представленные одной переменной именуем шестой фактор «Облегчение»; седьмой фактор «Идентификация заболевания»; восьмой фактор «Беспомощность»; девятый фактор «Надежда на лучшее».

Согласно факторному рисунку, эмоциональный уровень ВКБ, означенный 20 переменными, слабо представлен в структуре ВКБ у ВИЧ-позитивных пациентов в состоянии ремиссии с длительным сроком инфицирования.

У группы пациентов с высокой вирусной нагрузкой структура внутренней картины болезни представлена шестифакторной структурой (процент объясненной дисперсии составляет – сумма вкладов – 99,98 %). Первый фактор (38,67 % дисперсии, с собственным значением 13,92) склеивает когнитивные репрезентации «Угрозы болезни» (0,84), «Врачебного контроля» (0,76), «Идентификации болезни» с эмоциональными переживаниями «Печали» (0,78), «Депрессии» (0,71), «Страдания» (0,93), «Презрения к себе» (0,95), связывая с личностным смыслом болезни – «Слабости» (0,81). Второй фактор (24,50008 % дисперсии, с собственным значением 8,82003) можно означить как «Личностный смысл болезни», так как преимущественно объединяются амбивалентные субъективные значения ВИЧ-инфицированности для пациентов в ситуации прогрессирования заболевания: «Болезнь как расплата (0,70) // угроза жизни (0,88) // вызов (0,96) // опыт» (0,84). То есть в структуре второго семантического фактора объединяют преградные и позитивные смыслы болезни – «Болезнь как опыт и ценность»; «Болезнь как угроза и расплата» [16]. Качественный анализ незаконченных предложений показывает, что «Болезнь как расплата» (за доверие, глупость, ошибки молодости и др.) является наиболее частотным ответом, независимо от степени тяжести, принадлежности к группе, половозрастных особенностей исследуемых).

Третий фактор (13,12 % дисперсии, с собственным значением 4,72) называем «Негативное эмоциональное реагирование на болезнь», так как он группирует негативные эмоции «Гнева» (0,74); «Разочарования» (0,90), «Беспомощности» (0,87) и «Покорности» (0,92) с личностным смыслом «Потери здоровья» (0,3). Четвертый фактор (10,20 % дисперсии, с собственным значением 3,67) связывает «Осмысленность, по-

нимание болезни» (-0,87) и «Страх» (0,99) с противоположными знаками – чем в большей степени пациенты осознают сущность течения болезни и необходимость лечения, тем в меньшей степени это вызывает экстремальные эмоциональные состояния». Пятый фактор (7,79 % дисперсии, с собственным значением 2,80) объединяет положительные эмоции «радости» (-0,74), «оптимизма» (-0,85), «облегчения» (-0,92) с «готовностью к борьбе» (-0,91) и «благодарностью за поддержку» (-0,76). Наиболее слабый шестой фактор (5,72 % дисперсии, с собственным значением 2,06) представлен одной переменной – «Личный контроль болезни». При сравнении с высокой факторной нагрузкой по сильно коррелирующей переменной «Врачебный контроль» в составе мощного первого фактора с высокой степенью вероятности можно говорить, что в ситуации прогрессирования заболевания осознается беспомощность и слабость личного контроля управления болезнью.

Обобщая результаты дескриптивной статистики и многомерного анализа данных, правомерно говорить об измененных структурах ВКБ в зависимости от тяжести течения заболевания. У пациентов с ВИЧ в стадии прогрессирования все компоненты ВКБ (когнитивный, эмоциональный, мотивационно-смысловой) гармонично согласованы и соответствуют переживанию острого стресса. У высоко приверженных к антиретровирусной терапии пациентов с подавленной нагрузкой в структуре ВКБ когнитивные репрезентации болезни играют ведущую роль: при когнитивной оценке болезни как слабой угрозы и условно «оптимистичном» восприятии ее физических, психологических и социальных последствий для жизни «контролируемость» болезни как центральный объяснительный адаптационный показатель хорошо осознается. Пациенты ощущают уверенность не только во «врачебном контроле» заболевания, но и в своей способности управлять результатами лечения.

В ситуации длительного хронического заболевания в общей структуре репрезентаций болезни «контролируемость заболевания» является одним из основных адаптационных показателей и критерием психологического благополучия пациентов, и, наоборот, его утрата в долгосрочной перспективе способствует дезадаптации пациентов.

Под влиянием хронического заболевания личность претерпевает более или менее заметные изменения, что проявляется в перестройках мотивационно-личностной системы, переосмыслении возможностей и ограничений деятельности.

Фактор. нагрузки (Варимакс нормализ.) Выделение: Главные компоненты (Отмечены нагрузки >,700000) Factor loadings (Var. initial) Select: Principal components (Loadings >700000 are marked)						
	Фактор – 1 Factor - 1	Фактор – 2 Factor - 2	Фактор – 3 Factor - 3	Фактор – 4 Factor - 4	Фактор – 5 Factor - 5	Фактор – 6 Factor - 6
Личный контроль Personal control	0,26	0,29	0,15	0,00	0,12	0,90
Врачебный контроль Medical supervision	0,76	-0,46	-0,30	-0,13	0,61	0,11
Понимание Understanding	-0,13	-0,33	-0,19	-0,87	0,00	0,28
Эмоциональное реагирование на заболевание Emotional response to illness	0,10	0,73	0,49	0,20	0,14	-0,08
Общая угроза A common threat	0,84	0,47	0,46	0,07	-0,15	0,04
Расплата Payback	0,23	0,70	0,57	-0,10	-0,05	0,33
Слабость Weakness	0,81	-0,18	0,46	0,25	0,18	-0,10
Потеря Loss	0,00	-0,12	0,93	0,25	0,22	-0,12
Угроза Threat	-0,09	0,88	0,22	-0,01	-0,39	0,09
Вызов Challenge	0,07	0,96	-0,14	0,22	0,01	0,03
Опыт Experience	-0,04	0,84	-0,20	0,16	-0,47	0,03
Печаль Sadness	0,78	0,37	0,60	0,04	0,17	-0,11
Депрессия Depression	0,71	0,10	0,69	-0,05	0,12	0,03
Страх Fear	-0,09	0,05	0,04	0,99	0,12	0,01
Радость Joy	0,49	0,01	-0,41	-0,18	-0,74	-0,07
Гнев Anger	-0,19	0,45	0,74	-0,43	0,10	-0,13
Оптимизм Optimism	-0,37	-0,11	-0,30	-0,05	-0,85	-0,18
Разочарование Frustration	0,20	0,25	0,90	0,25	0,14	0,08
Облегчение Relief	-0,33	-0,07	0,10	-0,06	-0,92	0,14
Беспомощность Helplessness	0,19	-0,21	0,87	0,13	0,36	0,05
Покорность Submission	0,24	0,24	0,92	-0,17	0,09	0,08
Уверенность Confidence	-0,18	0,27	-0,19	0,00	-0,93	0,01
Готовность к борьбе Readiness to fight	0,15	0,30	-0,25	-0,06	-0,91	0,04
Благодарность за поддержку Thanks for your support	0,29	0,54	-0,11	-0,01	-0,76	0,18
Страдание Suffering	0,93	-0,11	0,30	0,15	0,13	-0,05
Презрение к себе Self-contempt	0,95	0,12	-0,20	-0,17	-0,04	0,10
Общая дисперсия Total variance	7,04	7,04	8,40	4,25	6,38	2,89
Доля общности Share of community	0,20	0,20	0,23	0,12	0,18	0,08

Таблица 6.
Факторная структура
ВКБ у ВИЧ-инфицированных пациентов в состоянии прогрессирования болезни

Table 6.
Factor structure of
the internal picture
of the disease in HIV-
infected patients in
the state of disease
progression

Заключение

Внутренняя картина болезни у ВИЧ-инфицированных определяется тяжестью течения болезни (уровнем вирусной нагрузки и состоянием инфекционного процесса). Срок инфицирования (длительность заболевания) согласован с когнитивной оценкой угрозы болезни и оказывает менее заметное влияние на характер субъективного реагирования на болезнь.

Когнитивная оценка болезни согласована с тяжестью течения ВИЧ-инфекции – ВИЧ-инфицированные пациенты с подавленной вирусной нагрузкой в ситуации ремиссии воспринимают болезнь как слабую угрозу для жизни и здоровья; ВИЧ-инфицированные пациенты с высокой вирусной нагрузкой с прогрессирующими формами ВИЧ-инфекции воспринимают болезнь как актуальную выраженную угрозу для жизни и здоровья;

У ВИЧ-инфицированных пациентов в состоянии ремиссии со сроком инфицирования более 10 лет доминирует когнитивный уровень ВКБ: центральными факторами восприятия болезни являются «контролируемость» и «понимание болезни» (болезнь воспринимается как хроническая, но не жизнеугрожающая и контролируемая). Эмоциональные репрезентации болезни амбивалентны (самостигматизация сочетается с надеждой, оптимизмом и радостью от преодоленных трудностей). Мотивационно-смысловой уровень ВКБ характеризуется преобладанием позитивных личностных смыслов («болезнь как опыт»; «болезнь как вызов»).

У пациентов с прогрессирующими формами ВИЧ-инфекции, независимо от срока инфицирования, все компоненты ВКБ согласованно «напряжены» и соответствуют ее когнитивной оценке – «болезнь – выраженная актуальная угроза жизни и здоровью», отражая острое стрессогенное влияние болезни. Когнитивный уровень ВКБ характеризуется высоким уров-

нем осмысленности болезни, последствий ее воздействия на жизнедеятельность; осознанием исключительного влияния личных усилий как фактора контроля заболевания; сосредоточенностью на соматических ощущениях. Эмоциональный уровень ВКБ депрессивен (отчаяние и беспомощность – ведущие эмоции); доминируют негативные личностные смыслы («болезнь как угроза»; «болезнь как потеря здоровья»; «болезнь как слабость»).

Независимо от тяжести и длительности течения заболевания, характера когнитивной оценки болезни, «презрение к себе» выступает эмоцией, наиболее сопряженной с различными показателями и уровнями ВКБ у ВИЧ-инфицированных пациентов.

Тяжесть течения заболевания и когнитивная оценка ВИЧ-инфекции (как формируемый «психологический ответ» и «фундамент дальнейшего приспособления к жизни») оказывают влияние на специфику развития различных вариантов внутренней картины болезни.

ВКБ у пациентов с прогрессирующими формами ВИЧ-инфекции отражает сильные стрессовые переживания, независимо от срока инфицирования. Своеобразие адаптации к болезни ВИЧ-инфицированных пациентов в состоянии ремиссии (как высоко приверженных АРТ) с подавленной вирусной нагрузкой и длительным стажем болезни заключается в том, что ведущим адаптационным ресурсом в структуре ВКБ является убежденность в контролируемости болезни. Предполагаем, что тенденция к «самостигматизации» фиксируется вне сроков инфицирования и характера субъективного реагирования на болезнь. Понимание ВКБ необходимо для выстраивания стратегии индивидуального консультирования и таргетированных мер в формировании приверженности лечению и диспансеризации.

Вклад авторов

С. С. Смагина: разработка концепции и дизайна исследования, координация выполнения работы, анализ результатов

И.Б. Лебедева: анализ результатов, полная ответственность за содержание

А. Б. Шония: сбор и анализ данных

О. Д. Бородкина: сбор данных, критический пересмотр рукописи с внесением ценного интеллектуального содержания

Все авторы утвердили окончательную версию статьи.

Author contributions

Svetlana S. Smagina: conceived and designed the study; performed a data analysis.

Irina B. Lebedeva: performed a data analysis, fully responsible for the content.

Alexander B. Shonia: data collection and analysis

Olga D. Borodkina: data collection, critical revision of the manuscript with introduction of valuable intellectual content

All authors approved the final version of the article.

Литература:

- Санников А. Л., Заглубоцкая А. С., Пономаренко М. А., Колесников А. Д., Соболев М. К. Эпидемиологический анализ проблемы туберкулёза в территориях Сибирского федерального округа. *Международный научно-исследовательский журнал*. 2023;12(138):86. Ссылка активна на 07.01.2026. URL: <https://research-journal.org/archive/12-1382023december/10.23670/IRJ.2023.138.128>. <https://doi.org/10.23670/IRJ.2023.138.128>
- Бузунова А. Д., Исаева Е. Р. Особенности восприятия временной перспективы, собственного соматического здоровья и уровня социальной поддержки у ВИЧ-инфицированных пациентов. *Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология*. 2017;10(4):17–27. <https://doi.org/10.14529/psy170402>
- Коршунова Ю. А. Социально-экономические эффекты стигматизации ВИЧ-инфицированных: опыт качественного исследования. *Гуманитарные науки. Вестник Финансового университета*. 2023;13(1):135–140. <https://doi.org/10.26794/2226-7867-2023-13-1-135-140>
- Moyo R.C., Sigwathi L.N., Carries S., Mkhwanazi Z., Bhana A., Bruno D., et al. Health-related quality of life among people living with HIV in the era of universal test and treat: results from a cross-sectional study in KwaZulu-Natal, South Africa. *HIV Res. Clin. Pract.* 2023;25(1):2298094. PMID: 38217525.
- Murray J., Williams B. The Role of Images on Illness Behaviour: Interdisciplinary Theory, Evidence, and Ideas. *Psychol. Rep.* 2021;124(6):2453–2475. <https://doi.org/10.1177/0033294120945602>
- Feng C., Yu B., Fu Y., Reinhardt J.D., Yang S. Relationships of Illness Perceptions with Depression and Anxiety in People Who Live with HIV/AIDS in a High-prevalence Ethnic Autonomous Region of Sichuan, China. *AIDS Behav.* 2022;26(11):3783–3793. <https://doi.org/10.1007/s10461-022-03707-4>
- Вассерман Л.И., Чугунов Д.Н., Щелкова О.Ю. Соотношение субъективных и объективных факторов в процессе формирования внутренней картины болезни и совладающего поведения. *Консультативная психология и психотерапия*. 2019;27(2):82–94. <https://doi.org/10.17759/cpp.2019270206>
- Klitzman R. "Why me?": Qualitative research on why patients ask, what they mean, how they answer and what factors and processes are involved. *SSM Ment. Health.* 2023;3(6):100218. <https://doi.org/10.1016/j.ssmmh.2023.100218>
- Gill A., Clum G., Molina P., Welsh D., Ferguson T., Theall K.P. Life Course Stressors, Latent Coping Strategies, Alcohol Use, and Adherence among People with HIV. *AIDS Behav.* 2025;29(2):589–599. <https://doi.org/10.1007/s10461-024-04541-6>
- Anakwa N.O., Teye-Kwadjo E., Kretchy I.A. Illness perceptions, social support and antiretroviral medication adherence in people living with HIV in the greater Accra region, Ghana. *Nurs. Open.* 2021;8(5):2595–2604. <https://doi.org/10.1002/nop2.797>
- Rivera-Picón C., Benavente-Cuesta M.H., Quevedo-Aguado M.P., Rodríguez-Muñoz P.M. Differences in Resilience, Psychological Well-Being and Coping Strategies between HIV Patients and Diabetics. *Healthcare (Basel)*. 2022;10(2):266. <https://doi.org/10.3390/healthcare10020266>
- Anakwa N.O., Teye-Kwadjo E., Kretchy I.A. Illness perceptions, social support and antiretroviral medication adherence in people living with HIV in the greater Accra region, Ghana. *Nurs. Open.* 2021;8(5):2595–2604. <https://doi.org/10.1002/nop2.797>
- Баканова А. А. «Отношение к жизни, смерти и болезни ВИЧ-инфицированных 20–30 лет». *Медицинская психология в России*. 2015;2(31):4. Ссылка активна на 07.01.2026. URL: <file:///C:/Users/79236/Downloads/otnoshenie-k-zhizni-smerti-i-bolezni-vich-infitsirovannyh-20-30-let.pdf>
- Ткаченко Т. Н., Фишман Б. Б., Фоменко Л. А., Леонтьева Е. П. Характеристика психического статуса и поведенческих реакций у ВИЧ-инфицированных пациентов. *ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии*. 2010;2(1):65–69.
- Lazarus R.S. *Emotion and adaptation*. Oxford: Oxford University Press, 1991. 557 p.
- Курилович А. Н., Смагина С. С., Джитава Т. Г., Филаретова О. В., Филатова А. Г., Пачуашвили Н. В. и др. Кардиопсихологические аспекты раннего послеоперационного периода у пациентов пожилого возраста после открытых операций на сердце. *Креативная кардиология*. 2024;18(4): 483–493. <https://doi.org/10.24022/1997-3187-2024-18-4-483-493>

References:

- Sannikov AL, Zaglubotskaya AS, Ponomarenko MA, Kolesnikov AD, Sobolev MK. An epidemiological analysis of the tuberculosis problem in the territories of the siberian federal district. *International Research Journal*. 2023;12(138):86. (In Russ). Available at : <https://doi.org/10.23670/IRJ.2023.138.128>. Accessed: January 07, 2026.
- Buzunova A.D., Isaeva E.R. Peculiarities of perception of time perspective, own somatic health and the level of social support in HIV-infected patients *Bulletin of the South Ural State University. Series: Psychology*. 2017;10(4):17–27. (In Russ). <https://doi.org/10.14529/psy170402>
- Korshunova Yu.A. Socio-economic effects of hiv stigmatization: Experience of qualitative research. *Gumanitarnye Nauki. Vestnik Finansovogo Universiteta = Humanities and Social Sciences. Bulletin of the Financial University*. 2023;13(1):135–140. (In Russ). <https://doi.org/10.26794/2226-7867-2023-13-1-135-140>
- Moyo RC, Sigwathi LN, Carries S, Mkhwanazi Z, Bhana A, Bruno D, et al. Health-related quality of life among people living with HIV in the era of universal test and treat: results from a cross-sectional study in KwaZulu-Natal, South Africa. *HIV Res Clin Pract.* 2023;25(1):2298094. PMID: 38217525
- Murray J, Williams B. The Role of Images on Illness Behaviour: Interdisciplinary Theory, Evidence, and Ideas. *Psychol Rep.* 2021;124(6):2453–2475. <https://doi.org/10.1177/0033294120945602>
- Feng C, Yu B, Fu Y, Reinhardt JD, Yang S. Relationships of Illness Perceptions with Depression and Anxiety in People Who Live with HIV/AIDS in a High-prevalence Ethnic Autonomous Region of Sichuan, China. *AIDS Behav.* 2022;26(11):3783–3793. <https://doi.org/10.1007/s10461-022-03707-4>
- Wasserman LI, Chugunov DN, Shchelkova OY. Relationships of Subjective and Objective Factors in the Process of Forming the Internal Picture of the Disease and Coping Behavior. *Counseling Psychology and Psychotherapy*. 2019;27(2):82–94. (In Russ). <https://doi.org/10.17759/cpp.2019270206>
- Klitzman R. "Why me?": Qualitative research on why patients ask, what they mean, how they answer and what factors and processes are involved. *SSM Ment Health.* 2023;3(6):100218 <https://doi.org/10.1016/j.ssmmh.2023.100218>
- Gill A, Clum G, Molina P, Welsh D, Ferguson T, Theall KP. Life Course Stressors, Latent Coping Strategies, Alcohol Use, and Adherence among People with HIV. *AIDS Behav.* 2025;29(2):589–599. <https://doi.org/10.1007/s10461-024-04541-6>
- Anakwa NO, Teye-Kwadjo E, Kretchy IA. Illness perceptions, social support and antiretroviral medication adherence in people living with HIV in the greater Accra region, Ghana. *Nurs Open.* 2021;8(5):2595–2604. <https://doi.org/10.1002/nop2.797>
- Rivera-Picón C, Benavente-Cuesta MH, Quevedo-Aguado MP, Rodríguez-Muñoz PM. Differences in Resilience, Psychological Well-Being and Coping Strategies between HIV Patients and Diabetics. *Healthcare (Basel)*. 2022;10(2):266. <https://doi.org/10.3390/healthcare10020266>
- Anakwa NO, Teye-Kwadjo E, Kretchy IA. Illness perceptions, social support and antiretroviral medication adherence in people living with HIV in the greater Accra region, Ghana. *Nurs Open.* 2021;8(5):2595–2604. <https://doi.org/10.1002/nop2.797>
- Bakanova AA. The attitude towards life, death and the disease of HIV-infected aged 20–30 years. *Med psihol Ross.* 2015;2(31):4. (In Russ). Available at : <file:///C:/Users/79236/Downloads/otnoshenie-k-zhizni-smerti-i-bolezni-vich-infitsirovannyh-20-30-let.pdf>. Accessed: January 07, 2026.

14. Tkachenko TN, Fishman BB, Fomenko LA, Leontyeva EP. Characteristics of the psychological status and behavioral responses in HIV patients. *HIV infection and immunosuppressive disorders*. 2015;2(31):4. (In Russ).
15. Lazarus R.S. *Emotion and adaptation*. Oxford: Oxford University Press; 1991. 557 p.
16. Kurilovich AN, Smagina SS, Dzhitava TG, Filaretova OV, Filatova AG, Pachuashvili N.V., et al. Attitude to the disease in the early postoperative period in elderly patients with open heart surgery. *Creative Cardiology*. 2024;18(4):483–493. (in Russ). <https://doi.org/10.24022/1997-3187-2024-18-4-483-493>

Сведения об авторах

Смагина Светлана Сергеевна ✉, кандидат психологических наук, доцент кафедры психологических наук федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Кемеровский государственный университет». **ORCID: 0000-0001-8263-8777**

Лебедева Ирина Борисовна, кандидат медицинских наук, старший преподаватель кафедры эпидемиологии и инфекционных болезней федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Кемеровский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации. **ORCID:0000-0002-3848-9206**

Шония Александр Бодриевич, аспирант кафедры эпидемиологии и инфекционных болезней федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Кемеровский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации. **ORCID:0009-0001-6436-5901**

Бородкина Ольга Дмитриевна, кандидат медицинских наук, заместитель главного врача государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Кузбасский центр по профилактике и борьбе со СПИД». **ORCID: 0000-0002-8968-7819**

Authors

Mrs. Svetlana S. Smagina ✉, *Cand.sci. (Psychology)*, Associate Professor, Department of Psychological Sciences, Kemerovo State University. **ORCID: 0000-0001-8263-8777**

Dr. Irina B. Lebedeva, MD, *Cand. Sci. (Medicine)*, Senior Lecturer, Department of Epidemiology and Infectious Diseases, Kemerovo State Medical University. **ORCID:0000-0002-3848-9206**

Dr. Alexander B. Shonia, MD, graduate student of the Department of Epidemiology and Infectious Diseases, Kemerovo State Medical University. **ORCID:0009-0001-6436-5901**

Dr. Olga D. Borodkina, MD, *Cand. Sci. (Medicine)*, deputy chief physician of the Kuzbass Center for the Prevention and Control of AIDS. **ORCID: 0000-0002-8968-7819**