

2. Бизюк А. П. Применение интегративного теста тревожности (ИТТ) // Методические рекомендации / А. П. Бизюк, Л. И. Вассерман, Б. В. Иовлев. СПб.: Изд-во НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2003. 23 с.
3. Вассерман Л. И., Иовлев Б. В., Карпова Э. Б., Вукс А. Я. Психологическая диагностика отношения к болезни: Пособие для врачей. СПб.: изд-во НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2005. 32 с.
4. Löwe B., Gräfe K., Ufer C., Kroenke K., Grönig E., Herzog W. and Borst M. M. Anxiety and depression in patients with pulmonary hypertension // *Psychosom Med.* 2004. Vol. 66. № 6. P. 831–836.
5. McCollister D. H., Beutz M., McLaughlin V., Rumsfeld J., Masoudi F. A., Tripputi M., Yaeger T., Weintraub P., Badesch D. B. Depressive symptoms in pulmonary arterial hypertension: prevalence and association with functional status // *Psychosomatics.* 2010. Vol. 51. № 4. P. 339–339.
6. Taichman D. B., Shin J., Hud L., Archer-Chicko C., Kaplan S., Sager J. S., Gallop R., Christie J., Hansen-Flaschen J., Palevsky H. Health-related quality of life in patients with pulmonary arterial hypertension // *Respir Res.* 2005. Vol. 6. № 1. P. 92. doi: 10.1186/1465-9921-6-92
7. White J., Hopkins R. O., Glissmeyer E. W., Kitterman N. and Elliott C. G. Cognitive, emotional, and quality of life outcomes in patients with pulmonary arterial hypertension // *Respir Res.* 2006. Vol. 7. № 1. P. 55. doi: 10.1186/1465-9921-7-55
8. Zung W. A self-rating depression scale // *Arch Gen Psychiatry.* 1965. Vol. 12. P. 63–70.

#### REFERENCES

1. Batyraliev T. A., Mahmudhodzhaev S. A., Esinsi E. i dr. Legochnaja gipertenzija i pravozheludochkovaja nedostatochnost'. Epidemiologija, faktory riska i patogenez pervichnoj (idiopaticheskoj) legochnoj arterial'noj gipertenzii // *Kardiologija.* 2007. № 2. S. 44–54.
2. Bizjuk A. P. Primenenie integrativnogo testa trevozhnosti (ITT). Metodicheskie rekomendatsii / A. P. Bizjuk, L. I. Vasserman, B. V. Iovlev. SPb.: Izd-vo NIPNI im. V. M. Behtereva, 2003. 23 s.
3. Vasserman L. I., Iovlev B. V., Karpova E. B., Vuks A. A. Psihologicheskaja diagnostika otnoshenija k bolezni: Posobie dlja vrachej. SPb.: Izd-vo NIPNI im. V. M. Behtereva, 2005. 32 s.
4. Löwe B., Gräfe K., Ufer C., Kroenke K., Grönig E., Herzog W. and Borst M. M. Anxiety and depression in patients with pulmonary hypertension // *Psychosom Med.* 2004. Vol. 66. № 6. P. 831–836.
5. McCollister D. H., Beutz M., McLaughlin V., Rumsfeld J., Masoudi F. A., Tripputi M., Yaeger T., Weintraub P., Badesch D. B. Depressive symptoms in pulmonary arterial hypertension: prevalence and association with functional status // *Psychosomatics.* 2010. Vol. 51. № 4. P. 339–339.
6. Taichman D. B., Shin J., Hud L., Archer-Chicko C., Kaplan S., Sager J. S., Gallop R., Christie J., Hansen-Flaschen J., Palevsky H. Health-related quality of life in patients with pulmonary arterial hypertension // *Respir Res.* 2005. Vol. 6. № 1. P. 92. Doi: 10.1186/1465-9921-6-92
7. White J., Hopkins R. O., Glissmeyer E. W., Kitterman N. and Elliott C. G. Cognitive, emotional, and quality of life outcomes in patients with pulmonary arterial hypertension // *Respir Res.* 2006. Vol. 7. № 1. P. 55. doi: 10.1186/1465-9921-7-55
8. Zung W. A self-rating depression scale // *Arch Gen Psychiatry.* 1965. Vol. 12. P. 63–70.

*Е. Д. Афанасьева*

#### ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОЙ СИТУАЦИИ РАЗВИТИЯ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ

*Всемирной организацией здравоохранения (2005) ВИЧ-инфекция определяется как хроническое заболевание, требующее лечения. Стремительное развитие медицины позволило существенно увеличить продолжительность и улучшить качество жизни детей, инфицированных ВИЧ. При этом стигматизирующее отношение общества к заболеванию продолжает определять переживания взрослых, воспитывающих ВИЧ-инфицированных детей. Подобная ригидность представлений определяет специфику социаль-*

ной ситуации развития детей, живущих с хроническим заболеванием (ВИЧ). Соккрытие взрослыми информации о заболевании при необходимости регулярного лечения, дисфункциональные отношения в семье формируют у детей, живущих с ВИЧ, недоверие к близким взрослым, противоречивость представлений о своем здоровье и болезни.

**Ключевые слова:** ВИЧ/СПИД, ВИЧ-инфицированные дети, социальная ситуация развития, неосведомленность о болезни.

*E. Afanasieva*

### Social Situation of HIV-infected Children's Development

*World Health Organization (2005) defines HIV infection as a chronic disease that requires treatment. Rapid development of medical science has significantly prolonged and improved the quality of life for HIV-infected children. Nevertheless, stigmatizing social stereotypes concerning HIV continue to determine the adults' approaches in caring for HIV-infected children. Such rigidity of stereotypes determines the specificity of the social situation of HIV-infected children development. Concealing the information about the disease requiring regular treatment, dysfunctional family relationships form in children living with HIV the distrust to close adults, contradictory ideas about their health and disease.*

**Keywords:** HIV/AIDS, HIV-infected children, social situation of development, lack of disease information.

В клинической психологии активно разрабатывается такая область знаний, как психология аномального развития. Современные исследователи отмечают тенденцию к усложнению структуры отклонений, формирование новых вариантов нарушенного развития, сочетанных форм дизонтогенезов [3]. К ним можно отнести и развитие детей, инфицированных ВИЧ.

В диагностике и коррекции нарушений психического развития важная роль отводится определению психосоциальных влияний. Социальная ситуация развития ВИЧ-положительных детей характеризуется противоречивостью детско-родительского взаимодействия, стигматизирующим отношением общества к данному заболеванию. Самостоятельную и весьма значимую (с этической и психолого-педагогической точки зрения) проблему представляет информирование ребенка о его хроническом заболевании (ВИЧ).

В 1999 году Американская академия педиатрии опубликовала рекомендации, согласно которым всем подросткам должен

быть известен их ВИЧ-статус, а раскрытие информации детям следует рассматривать со школьного возраста. Выделены факторы и условия, способствующие раскрытию диагноза ВИЧ-инфицированным детям [12]:

- препубертатный возраст и достаточный уровень когнитивного развития ребенка;
- ухудшение здоровья ребенка;
- вопросы от ребенка;
- необходимость поддержания доверия в семье;
- право ребенка знать о состоянии своего здоровья;
- начало лечения или проблемы соблюдения медицинских рекомендаций.

Однако раскрытие диагноза ВИЧ-инфекции, как правило, задерживается [5; 6; 8; 10; 11] до периода старшего детства (см. табл. 1).

По данным интервью, проведенным в Санкт-Петербургском центре СПИД, представления взрослых о заболевании (ВИЧ) транслируются детям и негативно влияют на отношение к болезни и приверженность к лечению у ребенка [2].

## Исследования раскрытия диагноза ВИЧ-инфицированным детям

Возраст, лет	Раскрыт диагноз, %	Страна (количество детей)	Публикация
5–17	29	Уганда (N = 42)	Bikaako-Kajura et.al., 2006
11–15	37,8	Замбия (N = 127)	Menon A. et.al., 2007
6–9	0	Таиланд (N = 87)	Butterworth O. et.al., 2007
10–13	18,8		
14–17	62,5		
9–17	17	Эфиопия (N = 390)	Biadgilign S. et.al., 2008
9–10	37	США (N = 226)	Santamaria E. et.al., 2011
11–12	61		
13–14	90		
15–16	100		

По данным интервью, проведенным в Санкт-Петербургском центре СПИД, представления взрослых о заболевании (ВИЧ) транслируются детям и негативно влияют на отношение к болезни и приверженность к лечению у ребенка [2].

Взрослые, ухаживающие за ребенком, не готовы к информированию ребенка о заболевании и к раскрытию статуса болезни.

Среди причин этого [12]:

- недостаток знаний о ВИЧ и его лечении у взрослых;
- желание защитить ребенка от психологических травм;
- возможность защитить ребенка и семью от социальной стигматизации.

Однозначных положительных или отрицательных социальных и психологических последствий раскрытия диагноза детям не выявлено [4; 7].

Ряд исследователей указывает, что раскрытие ВИЧ-статуса инфицированным детям не привело к росту психических расстройств [9; 11]. Некоторые авторы отмечают улучшение психологического состояния ВИЧ-инфицированных детей после сообщения о диагнозе: снижение депрессивных и тревожных проявлений [9], формирование адекватного отношения к ВИЧ-инфекции и надежд на будущее [13].

Присутствует и противоположная позиция. В ряде работ отмечено, что детей, которые информированы о ВИЧ, от детей, которые не знают о своем ВИЧ-статусе, отличает подверженность нарушениям поведения (агрессивность, неприверженность лечению), а также трудностям концентрации внимания [5].

Отдельно в научной литературе рассматриваются модели раскрытия информации: от неразглашения, частичного раскрытия до полного информирования.

Полное неразглашение (не упоминается ни ВИЧ, ни любая другая болезнь) имеет место, особенно в первые годы жизни ребенка.

Частичное раскрытие наблюдается в ситуациях, в которых дети получают не всю информацию о своей болезни. Они могут быть проинформированы о необходимости принимать лекарство, чтобы «пугать» вирусы, могут знать, как их болезнь передается. Но не знают, что их болезнь называется ВИЧ/СПИДом.

При полном раскрытии детям конкретно называют болезнь (ВИЧ /СПИД), дают конкретную информацию о болезни (как вирус развивается, как передается) и о причинах заболевания [13; 14].

В литературе по раскрытию ВИЧ-статуса инфицированным детям оно концептуализируется двумя способами. Первый — пре-

дусматривает раскрытие как разовое мероприятие, когда информация о диагнозе ВИЧ/СПИД одновременно предоставляется ребенку. Второй способ представляет раскрытие информации о ВИЧ как процесс [11].

Информирование ребенка о заболевании стало актуальной задачей в работе центров СПИДа в связи с взрослением детей, имеющих перинатальное заражение и с увеличением количества детей, принимающих АРВ-терапию [1]. Это определило актуальность проводимого исследования.

С целью исследования представлений ВИЧ-инфицированных детей о болезни в Центре профилактики и борьбы с инфекционными заболеваниями и СПИД Санкт-Петербурга было проведено пилотное исследование, в котором участвовали 105 детей (в возрасте от 3 до 15 лет), инфицированных ВИЧ. Социальная ситуация развития ВИЧ-положительных детей осложнялась переживанием смерти близких (30%), наличием семейной тайны, в том числе о ВИЧ (95%), непосещением дошкольных учреждений из-за страха стигмы (63%), вы-

полнением родительских функций опекунами/приемными родителями (55%).

Стадия развития вторичных заболеваний установлена у всех детей, из них нарушение иммунореактивности диагностировано в 32% случаев. Пожизненно принимают АРВ-терапию 67% детей обследованной группы.

Основным методом исследования стало полуструктурированное интервью, которое включало в себя вопросы, касающиеся представлений ребенка о причинах посещения Центра СПИДа, приема таблеток, отношения к своему здоровью и/или болезни.

Формирование представления о болезни и лечении у детей с ВИЧ-инфекцией затруднено вследствие сокрытия от них соответствующей информации, отсутствия выраженных проявлений болезни, противоречивого эмоционального реагирования на болезнь со стороны взрослых. Предварительный анализ полученных данных позволяет рассмотреть переживания детей в связи с возрастом и осведомленностью о болезни. Распределение детей по степени осведомленности о своем заболевании в разных возрастных группах представлено в табл. 2.

Таблица 2

**Осведомленность о заболевании ВИЧ-инфицированных детей**

<i>Возраст, лет</i>	<i>Полностью осведомлены, %</i>	<i>Частично осведомлены %</i>	<i>Не осведомлены, %</i>
До 7 (N = 37)	0	15,5	86,5
От 8 до 14 (N = 56)	5,4	19,6	75
От 15 до 17 (N = 12)	100	0	0

*Возрастная группа от 3 до 6 лет*

В младшем дошкольном возрасте отношение к лечению, к посещению медицинского учреждения напрямую зависит от установки взрослого, ухаживающего за ребенком. В среднем и в старшем дошкольном возрасте дети начинают активно интересоваться событиями, происходящими вокруг, и их причинами, формируется наглядно-образное мышление. Ребенок ищет объяс-

нения причин приема таблеток, забора крови, посещения медицинского центра, нарушения эмоционального состояния матери после разговора с врачом, а также с интересом слушает метафорические объяснения с опорой на зрительные представления. В большинстве случаев наблюдается следующая тенденция. Дети задают вопросы о своем состоянии здоровья, о причинах приема лекарственных препаратов, о регулярных

заборах крови, а родители (опекуны) избегают разговора, оставляя вопросы ребенка без ответа.

Не осведомлены о заболевании 88% детей. При этом представление о ситуации (посещение медицинского центра, лечение) носит противоречивый характер: присутствуют как положительные установки («чтобы быть здоровым», «это витаминки», «сделали прививку — и все»), так и некоторая фрустрированность («пью таблетки, чтобы не умереть», «надо, значит надо», «чтобы не болеть», «а то хуже будет»). Все дети ждут, когда лечение закончится («зачем я пью таблетки?», «скоро я перестану лечиться?», «я буду здоровым и перестану пить лекарства?»).

Частично осведомлены о заболевании 12% детей данного возраста. Их представления носят конкретный, оформленный в сказочный образ характер («у меня в крови живет дракончик», «приходим смотреть, спит ли дракончик», «я принимаю таблетки, чтобы дракон не навредил»).

#### *Возрастная группа от 7 до 14 лет*

В младшем школьном возрасте ребенок начинает выстраивать логические умозаключения, любознательность детей направлена на познание окружающего мира и построение своей картины этого мира. Дети активно прислушиваются к тому, о чем говорят взрослые с врачом или между собой, интересуются записями в медицинской карте, но родителей уже не расспрашивают. К началу среднего школьного возраста (10–12 лет) у детей формируется собственная картина происходящего, они пытаются установить связи между своим самочувствием и тем, что говорят (или не говорят) окружающие. Эти представления искажены и наполнены опасениями. Проявляются защитные реакции оппозиции, негативизма, протеста, отказа от лечения.

Не осведомлены о заболевании 58% детей этого возраста. В представлениях и переживаниях детей отмечаются различные тенденции:

– представление о сохранении здоровья («прихожу в поликлинику, пью таблетки, чтобы быть здоровым», «чтобы не заболеть», «чтобы лимфатические узлы не увеличивались», «принимаю витаминки, чтобы быть здоровым», «прививки делаем, кровь сдаем, чтобы я была здорова»);

– представление о болезни («я умру..., не могу иметь детей...», «есть болезнь какая-то, но какая — не знаю», «бабушка говорит, что мне надо лечиться», «чем-то болею, но чем — не знаю»);

– конфликтное представление («наверное, со мной что-то не так», «мама говорит, что мне нельзя кусаться», «мама сказала, что мне надо искать девочку такую же, — какую?», «сколько я проживу?», «смотрел медицинскую карту, вроде, ничего не нашел», «не знаю, что со мной, но таблетки скоро пить перестану», «мама все время доктору кричит: “Нам нельзя в больницу, нам скоро в школу идти”», «мне не хотят говорить, я слышал, как говорили... что-то на «ви» начинается, может быть, витамин», «я знаю, что не смогу родить здоровых детей, — почему?»)

Частично осведомлены о своем заболевании 21% детей. Они знают об иммунитете, об особенностях болезни, о влиянии АРВ-терапии («сдаю кровь, чтобы посмотреть, сколько у меня хороших клеток, сколько плохих», «принимаю лекарства, чтобы плохих клеток было меньше», «у меня в крови живет дракончик, его зовут Игорь, я принимаю таблетки, чтобы этот дракончик спал», «чтобы кровь была хорошей», «чтобы не заболеть и не умереть», «для иммунитета, чтобы ни одна гадость не привязалась»).

Полностью осведомлены о заболевании 21% детей этого возраста. В большинстве случаев в начале подросткового возраста дети осознают общий характер заболевания, испытывают страх смерти, нигилируя значимость болезни для себя.

#### *Возрастная группа от 15 до 18 лет*

Во всех случаях дети этого возраста инфицированы половым путем или паренте-

рально. Подростки знают о своем заболевании. В старшем подростковом и юношеском возрасте сначала остро проявляется чувство вины и стыда («я стала грязной», «чувствую, что я другой, не такой как остальные», «я виновата, не подумала»), утрачивается чувство перспективы в жизни, которые в процессе адаптации изменяются. Становятся актуальными другие области жизнедеятельности. При этом подростки, которые знают причину заражения и могут ее обсудить, испытывают меньший эмоциональный стресс при сообщении о диагнозе, чем подростки, которые не могут найти объяснение появлению заболевания или вынуждены скрывать источник болезни. Влияние ВИЧ-инфекции на отношения с противоположным полом и возможность рождения детей является основной областью переживаний в данном возрасте.

В закрытых воспитательных учреждениях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, складывается другая ситуация. Дети о болезни не информированы. Сотрудники детских домов отмечают, что в дошкольном возрасте прием препаратов воспринимается детьми как возможность получения дополнительного внимания. С 11–12 лет подростки с раздражением реагируют на прием АРВ-терапии, не понимают и отказываются понимать необходимость пожизненного приема АРВ-терапии, часто различными способами избегая лечения.

Возраст не является единственным ориентиром в вопросе формирования представлений о заболевании у ребенка. Важно учитывать также следующие особенности:

- течение болезни и состояние ребенка (стадия заболевания, лечение, усугубление состояния);
- социальная среда развития ребенка (семья/приют/детский дом, воспитание опекуном/приемным родителем/родным родителем, посещение/непосещение детских образовательных учреждений);

- особенности взрослых, ухаживающих за ребенком, семейная ситуация (отношение к болезни и лечению ребенка, сокрытие статуса болезни ребенка от других членов семьи, нарушение приверженности к собственному лечению и к лечению ребенка);

- индивидуальные особенности ребенка (психическое состояние, уровень познавательного развития, прямой интерес ребенка, отказ от лечения).

Необходимо обращать внимание на сопутствующие стрессы в жизни ребенка и семейные кризисы.

Информирование детей о ВИЧ-инфекции должно планироваться и проводиться с учетом особенностей психического развития ребенка. При задержке психического развития необходимо учитывать более длительный период формирования возрастных психических новообразований и ориентироваться на них в информировании детей. При умственном недоразвитии и поврежденном развитии существенно изменяется и упрощается само содержание информирования. При недостаточном или искаженном развитии эмоционально-волевой и мотивационной сферы личности ребенка необходимо учитывать и прогнозировать особенности личностного реагирования на полученную информацию.

Таким образом, развитие ВИЧ-инфицированных детей характеризуется противоречивостью требований окружающих и внутренних потребностей ребенка. Родители ожидают высоких темпов развития, отсутствия трудностей в лечении, доверия в отношениях. При этом информацию о заболевании скрывают или искажают, внушают ребенку страх, подавляют его познавательную активность. Ребенок, испытывая закономерный интерес, встречает уклончивость или дезорганизирующую тревогу со стороны взрослых. Развивается и усиливается эмоциональное напряжение, разрешающееся в соматических или поведенческих расстройствах.

Разработка стратегий информирования детей о заболевании является важнейшим направлением в системе оказания помощи ВИЧ-инфицированным детям. Своевременное и подготовленное информирование ребенка и семьи позволит сформировать стратегии совладания с болезнью, предупредить эмоциональные и поведенческие нарушения у детей.

### Выводы

1. Ситуация развития ВИЧ-инфицированного ребенка осложняется особенностями течения и лечения ВИЧ-инфекции, сокрытием информации о заболевании, дисфункциональными отношениями в семье.

2. Противоречивость представлений о своем здоровье и болезни, отсутствие интересующей информации о себе и своем состоянии, недоверие к близким взрослым, внутренняя конфликтность определяет высокий риск возникновения психических и психосоматических расстройств у ВИЧ-инфицированного ребенка.

3. Подготовка семьи к информированию ребенка о заболевании и своевременное осведомление ребенка об особенностях болезни позволит предупредить нарушение психологического и соматического здоровья ВИЧ-инфицированных детей.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Вирус иммунодефицита человека — медицина / Под ред. Н. А. Белякова, А. Г. Рахмановой. 2-е изд. СПб.: Балтийский медицинский образовательный центр, 2011. 656 с.
2. Кольцова О. В., Сафонова П. В. Повышение приверженности к ВААРТ у ВИЧ-инфицированных женщин и детей с учетом социальных и психологических факторов. Новые подходы // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. 2012. Т. 4. № 1. С. 69–76.
3. Семаго М. М., Семаго Н. Я. Типология отклоняющегося развития: модель анализа и ее использование в практической деятельности. М.: Генезис, 2011. 400 с.
4. Anand R. HIV/AIDS and Child and Adolescent Psychiatry: A Brief Review // The Internet Journal of Pediatrics and Neonatology. 2006. Vol. 6(1). P. 5–12.
5. Biadgilign S., Deribew A., Amberbir F., et al. Adherence to highly active antiretroviral therapy and its correlates among HIV infected pediatric patients in Ethiopia // BMC Pediatrics. 2008. Vol. 8. P. 53–58.
6. Bikaako-Kajura W., Luyirika E., Purcell D., et al. Disclosure of HIV status and adherence to daily drug regimens among HIV-infected children in Uganda // AIDS and Behavior. 2006. Vol. 10. P. 85–93.
7. Butler A., Williams P., Howland L., et al. Impact of Disclosure of HIV Infection on Health-Related Quality of Life Among Children and Adolescents With HIV Infection // Pediatrics. 2009. Vol. 123(3). P. 935–943.
8. Butterworth O., Bunupuradah T., Mengthaisong T., et al. HIV disclosure in HIV positive Thai children // Poster exhibition: 4th IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention: Abstract no. TUPEB142.
9. Mellins A., Brackis-Cott E., Dolezal C., et al. Patterns of HIV Status Disclosure to Perinatally HIV-Infected Children and Subsequent Mental Health Outcomes // Clinical Child Psychology and Psychiatry. 2002. Vol. 7(1). P. 101–114.
10. Menon A., Glazebrook C., Campaign N., et al. Mental health and disclosure of HIV status in Zambian adolescents with HIV infection: implications for peer-support programs // J Acquir Immune Defic Syndr. 2007. № 46(3). P. 349–354.
11. Santamaria E., Dolezal C., Marhefka S., et al. Psychosocial Implications of HIV Serostatus Disclosure to Youth with Perinatally Acquired HIV // IDS Patient Care STDS. 2011. Vol. 25(4). P. 257–264.
12. Vaz L., Eng E., Maman S., et al. Telling Children They Have HIV: Lessons Learned from Findings of a Qualitative Study in Sub-Saharan Africa // AIDS Patient Care STDS. 2010. Vol. 24(4). P. 247–256.
13. Vaz L., Corneli A., Dulyx J., et al. The process of HIV status disclosure to HIV-positive youth in Kinshasa, Democratic Republic of the Congo // AIDS Care. 2008. Vol. 9(1). P. 1–11.
14. Wiener L., Mellins C., Marhefka S., et al. Disclosure of an HIV diagnosis to Children: History, Current Research, and Future Directions // J Dev Behav Pediatr. 2007. Vol. 28(2). P. 155–166.

## REFERENCES

1. Virus immunodeficienta cheloveka medicina / Pod red. N. A. Beljakova, A. G. Rahmanovoj. 2-e izd. SPb.: Baltijskij meditsinskij obrazovatel'nyj tsentr, 2011. 656 s.
2. Kol'tsova O. V., Safonova P. V. Povyshenie priverzhennosti k VAART u VICH-infitsirovannyh zhenwin i detej s uchetom sotsial'nyh i psihologicheskikh faktorov. Novye podhody // VICH-infektsija i immunosupressii. 2012. T. 4. № 1. S. 69–76.
3. Semago M. M., Semago N. Ja. Tipologija otklonjajushchegosja razvitija: model' analiza i ee ispol'zovanie v prakticheskoj dejatel'nosti. M.: Genezis, 2011. 400 s.
4. Anand R. HIV/AIDS and Child and Adolescent Psychiatry: A Brief Review // The Internet Journal of Pediatrics and Neonatology. 2006. Vol. 6(1). P. 5–12.
5. Biadgilign S., Deribeshch A., Amberbir F., et al. Adherence to highly active antiretroviral therapy and its correlates among HIV infected pediatric patients in Ethiopia // BMC Pediatrics. 2008. Vol. 8. P. 53–58.
6. Bikaako-Kajura W., Luyirika E., Purcell D., et al. Disclosure of HIV status and adherence to daily drug regimens among HIV-infected children in Uganda // AIDS and Behavior. 2006. Vol. 10. P. 85–93.
7. Butler A., Williams P., Howland L., et al. Impact of Disclosure of HIV Infection on Health-Related Quality of Life Among Children and Adolescents With HIV Infection // Pediatrics. 2009. Vol. 123(3). P. 935–943.
8. Butterworth O., Bunupuradah T., Mengthaisong T., et al. HIV disclosure in HIV positive Thai children // Poster exhibition: 4<sup>th</sup> IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention: Abstract no. TUPEB142.
9. Mellins A., Brackis-Cott E., Dolezal C., et al. Patterns of HIV Status Disclosure to Perinatally HIV-Infected Children and Subsequent Mental Health Outcomes // Clinical Child Psychology and Psychiatry. 2002. Vol. 7(1). P. 101–114.
10. Menon A., Glazebrook C., Campain N., et al. Mental health and disclosure of HIV status in Zambian adolescents with HIV infection: implications for peer-support programs // J Acquir Immune Defic Syndr. 2007. Vol. 46(3). P. 349–354.
11. Santamaria E., Dolezal C., Marhefka S., et al. Psychosocial Implications of HIV Serostatus Disclosure to Youth with Perinatally Acquired HIV // IDS Patient Care STDS. 2011. Vol. 25(4): P. 257–264.
12. Vaz L., Eng E., Maman S., et al. Telling Children They Have HIV: Lessons Learned from Findings of a Qualitative Study in Sub-Saharan Africa // AIDS Patient Care STDS. 2010. Vol. 24(4). P. 247–256.
13. Vaz L., Corneli A., Dulyx J., et al. The process of HIV status disclosure to HIV-positive youth in Kinshasa, Democratic Republic of the Congo // AIDS Care. 2008. Vol. 9(1). P. 1–11.
14. Wiener L., Mellins C., Marhefka S., et al. Disclosure of an HIV diagnosis to Children: History, Current Research, and Future Directions // J Dev Behav Pediatr. 2007. Vol. 28(2). P. 155–166.

*А. Б. Богдановская*

## ПСИХОСЕМАНТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЛИЧНОСТНО-СМЫСЛОВОЙ ОРГАНИЗАЦИИ АВТОБИОГРАФИЧЕСКОГО НАРРАТИВА

*В проведенном исследовании раскрывается специфика психосемантической организации личностно-смыслового уровня автобиографического нарратива. Автобиографический нарратив — это повествование, в котором события жизни связываются в упорядоченную последовательность при помощи сюжета, формируя структуру субъективной картины жизненного пути. Исследование проводилось на экспериментальной выборке, состоявшей из 26 человек. В качестве группы сравнения были привлечены люди, страдающие психопатологическими расстройствами шизофренического спектра (26 человек). С помощью психосемантических и проективных методов исследования в структуре нарратива были выделены личностно-значимые категории, их семантическая организа-*