

МАССОВЫЕ ОПРОСЫ, ЭКСПЕРИМЕНТЫ, МОНОГРАФИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

И.Б. БОВИНА

ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О СПИДЕ И ВИЧ- ИНФИЦИРОВАННЫХ В МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ

Изучение проблем СПИДа в социальных науках можно разбить на два этапа: первый — с начала эпидемии до открытия комбинированных терапий, замедляющих развитие заболевания, второй — после открытия терапий и до настоящего времени. В самом начале эпидемии СПИДа интерес исследователей в большей степени привлекало то, как люди воспринимают это заболевание, что знают о нем и как оценивают его опасность; каково их отношение к больным и ВИЧ-инфицированным; как различаются представления о СПИДе и отношении к ВИЧ-инфицированным в различных возрастных и профессиональных группах и т. д. Результаты многочисленных работ середины 1980-х и начала 1990-х годов позволяют не только познакомиться с динамикой восприятия этого заболевания различными группами населения [26, 27, 29–32], их отношением к носителям ВИЧ-инфекции, но и понять, как наивное объяснение возникновения и распространения СПИДа [19, 21, 22, 35, 45, 46] и восприятие риска связаны с превентивным поведением [15, 36, 37].

В середине 1990-х годов ситуация изменилась. Во-первых, были открыты комбинированные терапии, замедляющие развитие заболевания, что, несомненно, отразилось как на представлении о СПИДе, так и на отношении к больным. Во-вторых, благодаря глобальным превентивным кампаниям, действиям различных организаций, а так-

Бовина Инна Борисовна — кандидат психологических наук, доцент кафедры социальной психологии факультета психологии Московского государственного университета им. М.В. Ломоносова. **Адрес:** 125109 Москва, ул. Моховая, 11–5. **Телефон:** (095) 203–32–58. **Электронная почта:** innabovina@yandex.ru

же книгам и фильмам, повествующим о болезни и ВИЧ-инфицированных, информацию получили широкие слои населения. Образ болезни и самих больных трансформировался, и исследователей начали интересовать новые проблемы: как больные адаптируются к заболеванию [14, 38]; как акции добровольных организаций влияют на медицинские разработки в области СПИДа, на знание о заболевании и изменение отношения к больным [9, 11, 16]; каковы изменения сексуального поведения в эпоху СПИДа в различных группах населения [23, 41]; как представлено заболевание в массмедиа и научной литературе [25, 42]; как открытие новых терапевтических средств против СПИДа повлияло на представления о риске заражения у различных групп населения [8, 10, 18, 39, 43].

Первые случаи СПИДа зафиксированы в США более 20 лет назад, но проблемы, связанные с этим заболеванием, по-прежнему остаются в центре внимания социальных исследователей. Одна из причин этого интереса — в парадоксальной «нормализации» болезни [43], необоснованном ее восприятии как контролируемой и менее опасной, чем прежде. У людей возникают защитные механизмы и иллюзорные стратегии, которые оправдывают рискованную линию поведения перед лицом смертельной угрозы [36, 37]. Например, стратегия, опирающаяся на социальную идентичность: мы выбираем партнеров из «своего круга», принадлежность к которому является своего рода «гарантией» здоровья; стратегия, основывающаяся на «пакте молчания»: если не говорить о проблеме — ее не существует, а размышления о болезни делают сексуальные отношения «ненавистными», а саму жизнь «невыносимой» [28, 36, 37].

В России данная проблемная область в последние годы представлена небольшим количеством эмпирических работ [2, 5, 7, 13, 17]. «Благодаря социальной и сексуальной изоляции страны, ВИЧ пришел в СССР значительно позже, чем на Запад, и в более мягкой форме» [6]. С обнаружением первых случаев заболевания в СССР в 1987 г. проблема не получила открытого обсуждения; до середины 1990-х годов не предпринимались и глобальные превентивные акции. Сначала эта болезнь считалась «чужой», иностранной проблемой, связанной с Африканским континентом, генной инженерией или военными лабораториями Пентагона, чем-то, что не касалось советских граждан. Первые случаи ВИЧ-инфекции рассматривались как результат аморальности ее носителей. Подобного рода представления встречались и в работах зарубежных исследователей [12, 35] в самом начале эпидемии. Однако случаи заражения детей в медицинских учреждениях Элисты, Ростова-на-Дону и Волгограда изменили отношение к этому заболеванию.

Запоздалая дискуссия о болезни и превентивных мерах отчасти объясняется тем, что один из путей заражения СПИДом — половой.

Вопросы, касающиеся сферы сексуальности, гетеро- и гомосексуальных отношений, до недавнего времени оказывались вне публичного дискурса. Настоящему этапу, когда предпринимаются шаги по возрождению сексуальной культуры, предшествовали три других (начиная с 1917 г.), в течение которых отрицались и подавлялись сексуальность и сексуальная культура в целом [6]. Другой путь заражения, связанный с внутривенным использованием наркотиков, тоже оставался вне публичного дискурса в начале эпидемии СПИДа, несмотря на катастрофическую ситуацию в этой сфере.

Только в середине 1990-х годов эпидемия СПИДа вынесла на уровень общественной дискуссии вопросы сексуальных отношений и сексуальности в целом. Стали предприниматься информационные кампании: «Безопасный секс — мой выбор» в 1997 г., «Разумный человек — разумный выбор» в 1999 г., «Эта мелочь защитит обоих» в 2000 г. и «Важно быть защищенным» в 2001 г. [7]. Все они были направлены на информирование о СПИДе и превентивных мероприятиях; вопросы сосуществования с ВИЧ-инфицированными, солидарности с ними не получили должного освещения, как это было в западных странах [30, 31, 37, 38]. Полномасштабные исследования по проблемам СПИДа, аналогичные предпринятым в западных странах [18, 29–31], отсутствуют до настоящего времени. Их необходимость становится очевидной, так как, по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), «в течение последних лет в Российской Федерации отмечается исключительно резкий рост зарегистрированных случаев инфицирования ВИЧ» [3, с. 13]. По официальным данным Российской Федерации, общее число зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции к середине 2002 г. превысило 200 тысяч, «это огромный рост по сравнению с 10993 случаями, зарегистрированными менее четырех лет назад, в конце 1998 года» [3, с. 13]. Причем, по оценке ВОЗ, указанные данные существенно занижены. Неофициальное число ВИЧ-инфицированных на настоящее время превышает 1,5 миллиона. «В Российской Федерации 80% случаев ВИЧ-инфекции, обусловленных употреблением инъекционных наркотиков, отмечены среди молодых людей до 30 лет. В целом, более 80% ВИЧ-инфицированных в этом регионе не достигли 30 лет, что отличается от положения в Западной Европе и США, где лишь 30% всех отмеченных случаев приходится на людей моложе 29 лет» [8, с. 15].

Результаты немногочисленных исследований, проведенных на российской выборке [2, 5, 7, 13, 17], достаточно тревожны. Р. Гудвин с коллегами, исследуя две профессиональные группы (медицинского персонала и предпринимателей) в пяти странах Восточной и Центральной Европы [17], выявили биполярность представлений российских респондентов о СПИДе. Один полюс характеризуется беспомощностью, «спидофобией», фатализмом, страхом за будущее.

Подобные мнения фиксировались зарубежными исследователями на заре эпидемии СПИДа [12, 29, 30, 35]. Другой полюс отражает определенный оптимизм, веру в то, что проблема СПИДа преувеличена и вскоре ее удастся разрешить.

«Аутгрупповой» характер представлений о СПИДе проявляется в том, что, с одной стороны, его происхождение приписывается «упадническому Западу» [17], с другой, — опасность заражения связывается, в первую очередь, с «группами риска» — гомосексуалами и наркоманами. Последствия таких взглядов двойки: во-первых, любой представитель групп, которым приписывается высокая подверженность заболеванию, воспринимается как опасность, которую нужно избегать; во-вторых, если болезнь представляет угрозу для других, но не для меня, то нет необходимости в превентивных действиях. Данные Гудвина согласуются с нашими результатами, согласно которым к «группе риска» относились гомосексуалы, наркоманы и проститутки, а риск заболеть самим оценивался респондентами как незначительный [13].

На многие вопросы, связанные со СПИДом в России, еще предстоит искать ответы. Например: каковы представления о СПИДе и больных СПИДом в молодежной среде, как вовлеченность в обсуждение проблем СПИДа отражается на представлениях, которые, в свою очередь, определяют ту или иную стратегию поведения в отношении инфицированных. Теоретической основой нашего исследования данной проблематики стала теория социальных представлений С. Московиси [1, 4, 24, 33, 34]. Социальные представления являются своего рода «теориями», «способами мышления», которые люди вырабатывают посредством коммуникации для объяснения различных объектов или явлений, для придания смысла окружающему миру, для построения разделенной социальной реальности. Представления ориентируют и «оправдывают» поведение индивидов, а в более широком смысле — сами социальные отношения, способствуют социальным коммуникациям. Кроме того, они делают незнакомое знакомым, обеспечивают понимание и объяснение новых, странных феноменов за счет использования уже имеющейся системы знаний [1, 4, 24, 34]. Эта форма «наивного», «натурального» знания, в противоположность научному, основывается на нашем опыте, передаваемом через образование, традиции и социальную коммуникацию [24]. Представления задают определенные правила, предписывают, что нам думать. Будучи разделяемыми в группе, они оказывают влияние на каждого ее члена. Чем меньше мы *задумываемся* об объяснениях «здорового смысла», тем больше их влияние на наше поведение [34].

Облегчая внутригрупповые коммуникации, такие представления определяют границы группы. Придание смысла неизвестному объекту или событию, интеграция их в имеющуюся систему координат, а

значит, превращение в нечто известное и понятное, является, говоря словами Х. Жоффе, защитой от опасности [20]. Странное и непонятное перестает быть пугающим. Защитная функция социальных представлений становится особенно важной при появлении нового опасного заболевания, когда индивиды сталкиваются с противоречивой, хаотичной и неопределенной информацией, которую необходимо ассимилировать, чтобы оценить риск и изменить собственное поведение или понять, почему этого делать не нужно.

Данное исследование представляет собой модификацию более ранней нашей работы [13], посвященной изучению представлений о СПИДе и ВИЧ-инфицированных в различных группах (гомосексуалы, наркоманы и группа контроля¹). В настоящей работе нас прежде всего интересует «группа контроля», поскольку именно она может подвергнуться опасности в силу недопонимания проблемы, о чем свидетельствуют данные ВОЗ [3, 8], Р. Гудвина с коллегами [17], а также наши собственные данные [13].

Основная цель исследования — изучение того, как включенность в обсуждение проблем СПИДа с непосредственным окружением отражается на: 1) представлениях о СПИДе и отношении к ВИЧ-инфицированным; 2) готовности к различным формам помощи. *Объект* исследования — молодежь в возрасте от 18 до 25 лет. Для опроса были отобраны 210 жителей г. Москвы (из них 39,4% мужчин) гетеросексуальной ориентации, не имеющих опыта внутривенного использования наркотиков ($M_{\text{возраста}} = 20,8$, $S = 1,7^2$). Выборка разбита на две группы — включенных (группа 1) и не включенных (группа 2) в обсуждение проблем СПИДа. Группа 1 насчитывала 123 респондента, группа 2 — 87 респондентов, 7 анкет были исключены из анализа в силу их частичной заполненности. *Предмет* исследования — представления о СПИДе и ВИЧ-инфицированных, отношение к ним, а также готовность к участию в добровольных акциях в их пользу.

Мы исходили из ряда *гипотез* о различиях в представлениях о СПИДе и ВИЧ-инфицированных в указанных двух группах. Предполагалось, что респонденты из первой группы больше интересуются проблемами СПИДа, знают проблемы ВИЧ-инфицированных и в большей степени готовы к участию в добровольных акциях в пользу последних по сравнению с респондентами из второй группы. Предполагалось также, что респонденты из первой группы будут оценивать риск заболевания для различных социальных категорий как более высокий, чем респонденты из второй группы, но при этом обе группы будут оценивать собственный риск заболевания как более низкий по сравнению с другими социальными категориями.

¹ В группу контроля входили студенты гетеросексуальной ориентации, не имеющие опыта использования внутривенных наркотиков.

² M — среднее арифметическое, S — стандартное отклонение.

Методика и процедура исследования. В качестве основного метода исследования выбрано анкетирование. Опросник состоял из четырех частей и представлял собой модернизированную версию анкеты, разработанной ранее [13]. В *первую часть* входили вопросы о сексуальной ориентации, опыте использования наркотиков, а также политической ориентации и религиозных убеждениях респондентов. *Вторая часть* опросника направлена на выявление представлений о СПИДе и ВИЧ-инфицированных, отношения к ним, а также на определение групп, в наибольшей степени подверженных риску заболевания. Сначала респондентов просили ответить на вопрос о том, возможно ли излечиться от СПИДа. Затем по униполярной 7-балльной шкале предлагалось оценить важность ряда событий и действий для ВИЧ-инфицированных. Список включал 28 событий или действий, имеющих просоциальную или индивидуальную направленность и связанных с предостережением здоровых людей об опасности заболевания, изменением общественного мнения в отношении ВИЧ-инфицированных, принятием индивидуальных мер предохранения от болезни, подготовкой к смерти.

Далее с помощью 7-балльной униполярной шкалы респондентам предлагалось оценить выраженность у ВИЧ-инфицированных тех или иных характеристик (физические: «спортивные», «красивые»; психологические: «не любят жизнь», «умные», «депрессивные»; социальные: «одинокие», «завистливые», «отверженные» и т. д., всего 36 характеристик). По той же шкале респондентов просили определить группы с повышенным риском заболевания СПИДом. Среди 25 категорий были следующие: «мужчины», «женщины», «гомосексуалы», «наркоманы», «проститутки», «бомжи», «кавказцы», «врачи», а также «все общество», «я сам». Наконец, респондентам предъявлялась модификация шкалы Богардуса для выявления социальной дистанции в отношении ВИЧ-инфицированных. По 7-балльной шкале предлагалось оценить степень комфортности /некомфортности для них каждого из следующих событий: «клиника для больных СПИДом / ВИЧ-инфицированных организована на Вашей улице», «человек, больной / инфицированный, живет по соседству», «человек, больной / инфицированный, учится в Вашей группе / работает вместе с Вами», «человек, больной / инфицированный, приходит к Вам в гости», «человек, больной / инфицированный, становится новым членом Вашей семьи». В *третьей части* респондентов просили оценить их интерес к проблемам СПИДа (с помощью 7-балльной шкалы), а затем указать, обсуждают ли они эти проблемы с непосредственным окружением (родителями, сексуальными партнерами, друзьями, врачами, знакомыми и случайными собеседниками). Далее следовали вопросы о готовности участвовать в различного рода добровольных акциях (групповых обсуждениях проблем СПИДа; манифестациях, направленных

против дискриминации инфицированных; поиске фондов для исследований в области СПИДа; выступлениях с лекциями по проблемам СПИДа; пожертвованиях в пользу ВИЧ-инфицированных). Наконец, вопросы *четвертой части* опросника были посвящены социально-демографическим характеристикам респондентов, использованию ими превентивных мер, а также личному знакомству с ВИЧ-инфицированными.

Анализ результатов

Для проверки гипотез был проведен ряд подготовительных процедур (факторный анализ и подсчет α Кронбаха), что позволило перейти к новым переменным. Оценки по шкалам подвергнуты факторному анализу (метод главных компонент и варимакс-вращение). Из девяти факторов, объясняющих 64% от общей дисперсии, выбраны два, значение каждого превышало 10%. Переменная «просоциальная деятельность» включала характеристики, касающиеся принятия индивидуальных мер предохранения, заботы о других людях, помощи другим ВИЧ-инфицированным, нераспространения заболевания, изменения общественного мнения в отношении инфицированных, предостережения здоровых людей об опасности заболевания, человеческих ценностей — α Кронбаха = 0,82. Переменная «забота о собственном будущем» объединила характеристики, касающиеся будущего инфицированных, их здоровья и излечения — α Кронбаха = 0,69.

Аналогичной процедуре подверглись данные, касающиеся представлений о ВИЧ-инфицированных. Для перехода к новым переменным из одиннадцати факторов, объясняющих 66% от общей дисперсии, выбраны два, каждый из которых объяснял более 10% от общей дисперсии. Переменная «негативные характеристики больных/инфицированных» включала следующие определения: «злые», «нечестные», «эгоисты», «изгои», «пессимисты», «рискующие», «виноватые», «завистливые», «плохие» — α Кронбаха = 0,81. Другая переменная объединяла следующие «позитивные характеристики больных/инфицированных»: «дружелюбные», «хорошие», «приятные», «умные», «сильные», «спортивные», «заботящиеся о других людях» — α Кронбаха = 0,83.

Также были сформированы новые переменные — «социальная дистанция» и «готовность к участию в добровольных акциях». Переменная «социальная дистанция» объединила пункты «клиника для больных СПИДом / ВИЧ-инфицированных организована на Вашей улице», «человек, больной СПИДом / ВИЧ-инфицированный, живет по соседству», «человек, больной СПИДом / ВИЧ-инфицированный, учится в Вашей группе / работает вместе с Вами», «человек, больной СПИДом / ВИЧ-инфицированный, приходит к Вам в гости» (α Кронбаха = 0,95). Переменная «готовность к участию в добровольных акциях» объединила все пункты шкалы (α Кронбаха = 0,82).

Представления о СПИДе и ВИЧ-инфицированных и готовность к участию в добровольных акциях.

Большинство респондентов в обеих группах считают СПИД неизлечимой болезнью (67,8% и 63,3% в первой и второй группах соответственно). Сравнения средних значений по новым переменным (просоциальная деятельность, забота о собственном будущем, негативные и позитивные характеристики инфицированных, социальная дистанция, готовность к участию в добровольных акциях, а также заинтересованность проблемами СПИДа) в обеих группах с помощью t-критерия Стьюдента дали следующие результаты.

Таблица

Средние значения по новым переменным для обеих групп и значения t-критерия

Переменная	Среднее значение (стандартное отклонение)		Значение t-критерия
	Группа 1	Группа 2	
Просоциальная деятельность	5,4 (1,11)	5 (1,05)	2,28*
Забота о собственном будущем	5,78 (1,21)	5,4 (1,5)	–
Негативные характеристики инфицированных	3,6 (1,06)	3,21 (1,2)	2,13*
Позитивные характеристики инфицированных	3,9 (0,97)	3,36 (1,1)	2,99**
Социальная дистанция	3,75 (1,8)	3,48 (1,81)	–
Интерес к проблемам СПИДа	5,35 (1,23)	4,09 (1,57)	5,35***
Готовность к участию в добровольных акциях	3,4 (1,28)	2,37 (0,97)	5,02***

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Респонденты первой группы отличаются от респондентов второй группы по всем переменным, за исключением двух: «забота о собственном будущем» и «социальная дистанция в отношении больных СПИДом / ВИЧ-инфицированных».

Представители обеих групп считают, что факт заболевания ВИЧ-инфекцией делает для больного более важной заботу о собственном будущем, чем просоциальную деятельность: для первой группы: ($M_{\text{просоциальная деятельность}} = 5,4 (S = 1,11)$; $M_{\text{забота о собственном будущем}} = 5,78 (S = 1,21)$; $t = 2,95$, $p < 0,004$), для второй группы ($M_{\text{просоциальная деятельность}} = 5 (S = 1,05)$; $M_{\text{забота о собственном будущем}} = 5,4 (S = 1,5)$; $t = 1,49$, $p > 0,1$). Однако с точки зрения первых заболевание СПИДом повышает значимость для инфицированных просоциальной направленности их деятельности (помощь другим, предостережение от болезни, нераспространение болезни, благоприятствование изменению общественного мнения в отношении ВИЧ-инфицированных). Факт болезни или ВИЧ-инфекции делает больных очевидцами событий, дает им возможность информировать *других* и помогать им.

Если респонденты из первой группы приписывали ВИЧ-инфицированным в большей степени позитивные, чем негативные характеристики: ($M_{\text{негативные характеристики}} = 3,6$ ($S = 1,06$); $M_{\text{позитивные характеристики}} = 3,9$ ($S = 0,97$); $t = 2,29$, $p < 0,023$), то респонденты из второй группы приписывали инфицированным позитивные и негативные черты в равной мере ($M_{\text{негативные характеристики}} = 3,21$ ($S = 1,2$); $M_{\text{позитивные характеристики}} = 3,36$ ($S = 1,81$); $t = 0,67$, $p > 0,5$). Причем респонденты из второй группы давали инфицированным как менее позитивные, так и менее негативные характеристики. Очевидно, что в первой группе представления об инфицированных более определенные, чем во второй. Большая заинтересованность проблемами СПИДа и большая готовность к участию в добровольных акциях были выявлены именно среди представителей группы 1 (см. таблицу), что говорит в пользу нашей первой гипотезы.

Интегрируя полученные результаты, можно говорить о различиях, существующих между респондентами двух групп на уровне представлений о СПИДе и инфицированных и на уровне установок к этим людям, готовности им помочь. Причем именно те респонденты, которые включены в дискуссию по проблемам СПИДа, считают, что факт заболевания повышает для ВИЧ-инфицированных значимость просоциальных действий. Они приписывают более позитивные черты инфицированным, высказывают большую заинтересованность проблемами СПИДа и большую готовность к добровольным действиям в пользу инфицированных по сравнению с респондентами, которые не включены в обсуждения таких проблем. Корреляционный анализ, проведенный в каждой группе в отдельности, показал, как соотносятся рассматриваемые представления респондентов с их готовностью к добровольным действиям в пользу инфицированных. В первой группе система представлений о СПИДе и инфицированных связана с готовностью к участию в добровольных акциях; элементами этой системы являются позитивные характеристики инфицированных, интерес к проблемам СПИДа и социальная дистанция по отношению к больным: позитивные характеристики ВИЧ-инфицированных ($r = 0,197$, $p < 0,05$); заинтересованность проблемами СПИДа ($r = 0,36$, $p < 0,01$); социальная дистанция в отношении инфицированных ($r = 0,21$, $p < 0,000$).

Во второй группе представления и установки не связаны с готовностью к участию в добровольных акциях. Этот факт хорошо согласуется с результатами по второй группе, описанными выше. Незаинтересованность и невовлеченность в обсуждение проблем СПИДа, низкую готовность к добровольным действиям можно рассматривать как характеристики «надежной» стратегии поведения в эпоху СПИДа: «Не обсуждаю — проблема не существует». Очевидно, что те, кто выбирает такую стратегию, оказываются наиболее

уязвимыми по отношению к болезни, с одной стороны, и равнодушными или предубежденными в отношении инфицированных — с другой. Эти результаты говорят в пользу второй гипотезы о связи представлений и аттитудов с готовностью к участию в добровольных акциях.

Риск заболевания СПИДом

Сравнение оценок риска для различных социальных категорий и для себя, данных респондентами в обеих группах, с помощью *t*-критерия Стьюдента не показало значимых различий ($p > 0,05$). Исключение составляли врачи ($M_1 = 4,19$ ($S_1 = 1,73$) против $M_2 = 3,52$ ($S_2 = 1,78$), $t = 2,33$, $p < 0,022$).

В целом, иерархия категорий людей, уязвимых по отношению к заболеванию СПИДом, сходна в обеих группах. «Группами риска» являются: наркоманы $M_1 = 6,84$ ($S_1 = 0,66$); $M_2 = 6,90$ ($S_2 = 0,36$), проститутки $M_1 = 6,56$ ($S_1 = 0,92$); $M_2 = 6,54$ ($S_2 = 0,89$), гомосексуалы $M_1 = 5,78$ ($S_1 = 1,54$); $M_2 = 5,68$ ($S_2 = 1,77$), бомжи $M_1 = 5,41$ ($S_1 = 1,79$); $M_2 = 5,26$ ($S_2 = 1,84$), сексуально активные люди³ $M_1 = 5,02$ ($S_1 = 1,63$); $x_2 = 4,92$ ($S_2 = 1,58$) и заключенные $M_1 = 4,8$ ($S_1 = 1,75$); $M_2 = 4,64$ ($S_2 = 1,77$), наименее уязвима категория «я сам» в обеих группах $M_1 = 2,59$ ($S_1 = 1,26$); $M_2 = 2,24$ ($S_2 = 1,22$). Этот результат согласуется с данными, полученными ранее [13, 17]. Нереалистическая оценка риска выполняет функцию «защиты» от болезни, субъект недооценивает вероятность угрозы для своего здоровья и как следствие игнорирует превентивные меры [44]. В обеих группах категория «я сам» оценивалась как наименее подверженная риску (при сравнении всех социальных категорий с категорией «я сам» величины *t*-критерия статистически значимы на уровне как минимум $p < 0,05$ для всех категорий, кроме категории «безработные» в первой группе ($t = 1,18$, $p > 0,1$) и категорий «безработные», «бедные», «художники» — во второй (соответственно $t = 2$, $p > 0,05$; $t = 1,52$, $p > 0,1$; $t = 1,95$, $p > 0,05$).

Эти результаты позволяют частично принять нашу третью гипотезу, касающуюся оценки респондентами риска заболевания СПИДом. Как и предполагалось, в обеих группах присутствует «нереалистически оптимистичная» оценка собственного риска заболеть СПИДом. Однако другая часть нашей гипотезы, согласно которой респонденты из первой группы будут оценивать риск заболевания для различных социальных групп выше, чем респонденты из второй группы, не получила эмпирической поддержки, различия в оценках риска не были статистически значимыми.

³ Вероятно, что этой категории испытуемые приписывали повышенный риск заболевания СПИДом, подразумевая людей, которые имеют многочисленные контакты с различными партнерами.

Выводы

Респонденты обеих групп считают СПИД смертельно опасной болезнью. При этом те, кто обсуждают проблемы СПИДа со своим непосредственным окружением, считают, что ВИЧ-инфицированные не только заботятся о себе, но и стремятся информировать, предостерегать других людей об опасности. Самим инфицированным они приписывают в большей степени позитивные, чем негативные характеристики. Респонденты этой группы выражают интерес к проблематике СПИДа и готовность к добровольной помощи инфицированным, что непосредственно связано с позитивным отношением к последним.

Респонденты, не обсуждающие проблемы СПИДа, считают, что эта болезнь вынуждает больных заботиться о себе и своем собственном будущем, а не о других. ВИЧ-инфицированным эти респонденты приписывают в равной мере позитивные и негативные характеристики. Они в наименьшей степени интересуются проблематикой СПИДа и в наименьшей степени готовы к добровольным акциям. В отличие от респондентов первой группы, готовность к помощи инфицированным у них не связана с представлениями о СПИДе и отношением к ВИЧ-инфицированным.

Респонденты обеих групп демонстрируют большую социальную дистанцию по отношению к ВИЧ-инфицированным. В обеих группах повышенный риск заболевания СПИДом приписывается определенным категориям людей: наркоманам, проституткам, гомосексуалам, бомжам, сексуально активным людям и заключенным. Себя респонденты не считают уязвимыми по отношению к данной болезни. Такая «нереалистически оптимистичная» оценка риска оборачивается игнорированием превентивных мер [40].

Вероятно, отсутствие в России глобальных кампаний, направленных на солидарность с больными и инфицированными, отражается на представлениях о них и на отношении к ним в целом. Невключенность в обсуждение проблем СПИДа, удаленность от данной темы оборачиваются не только «размытостью» представлений о болезни и инфицированных, отсутствием связей между представлениями, аттитюдами и поведенческими интенциями, но и негативным отношением к ВИЧ-инфицированным.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Андреева Г.М.* Психология социального познания. М: Аспект Пресс, 1997.
2. *Бовина И.Б., Власова Е.В.* Особенности представлений молодежи о СПИДе и раке // Мир психологии. 2002. № 3. С. 35–47.
3. Доклад о глобальной эпидемии ВИЧ/СПИДа. ЮНЭЙДС. 2002. [online] <http://www.unaids.org/en/other/functionalities/ViewDocument.asp?href=http%3a%2f%2fgva-doc-owl%2fWEBcontent%2fDocuments%2fpub%2fGlobal-Reports%2fBarcelona%2fBR_Global_AIDS_Report_ru%26%2346%3bpdf>
4. *Донцов А.И., Емельянова Т. П.* Концепция социальных представлений в современной французской психологии. М: МГУ, 1987.

5. *Киселев М.Ю.* Страх и стигма: о социально-психологических механизмах стигматизации больных СПИДом и жертв радиационных катастроф // Вопросы психологии. 1999. № 4. С. 40–47.
6. *Кон И.С.* Сексуальная революция в России: клубничка на березке. М: ОГИ, 1997.
7. Культурные аспекты профилактики и борьбы с распространением ВИЧ/СПИДа в России / Под ред. В.В. Колкова. М: Права человека, 2003.
8. Развитие эпидемии СПИДа: состояние на декабрь 2003 года. ЮНЭЙДС - ВОЗ, 2003 [online] <http://www.unaids.org/en/other/functionalities/ViewDocument.asp?href=http://gva-doc-owl/WEBcontent/Documents/pub/Publications/IRC-pub06/JC943-EpiUpdate2003_ru.pdf>
9. *Adam P.* Expérience intime et action collective: Sexualité, maladie et lutte contre le sida. Thèse pour le Doctorat en Sociologie. Paris: Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 1997.
10. *Adam P., Delmas M-C., Brunel J-B.* Impact des nouveaux traitements antirétroviraux sur les attitudes et les comportements préventifs des lecteurs de la presse gay. De l'impact perçu par les individus à la mesure d'une influence effective // Séropositivité, vie sexuelle et risque de transmission du VIH. Paris: Agence Nationale de Recherches Sur le Sida, 1999. P. 43–58.
11. *Barbot J.* Recherche médicale et mobilisation collectives: Les cas des associations de lutte contre le sida. Thèse pour le Doctorat en Sociologie. Paris: Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 2000.
12. *Breakwell G.* Social identity and social representations // Papers on Social Representations. 1993. No. 2. P. 198-218.
13. *Bovina I., Butera F.* Willingness to engage in AIDS-related social activism as a function of minority status and consequent social representations. Paper presented at the conference "Promoting public health: A social psychological perspective. Questioning existing models of prevention and developing new paths that promote health". Chambery. 2001. 10–12 May / Social Psychology Laboratory. Chambery, 2001. P. 36.
14. *Chapman E.* Conceptualisation of the body for people living with HIV // Sociology of Health and Illness. 2000. Vol. 22. No. 6. P. 840–857.
15. *Douglas M., Calvez M.* The self as risk-taker: A cultural theory of contagion in relation to AIDS // Sociological Review. 1990. Vol. 38. P. 445–464.
16. *Epstein S.* Histoire du sida: Vol. 2. Paris: Editions du Seuil, 2001.
17. *Goodwin R., Kozlova A., Kwiatkowska A., et al.* Social representations of HIV/AIDS in Central and Eastern Europe // Social Science and Medicine. 2003. Vol. 56. P. 1373–1384.
18. *Gremy I., Beltzer N., Echevin D.* Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au sida en France: Évolutions 1992–1994–1998–2001. Paris: Observatoire Régional de la Santé, Ile-de-France, 2001.
19. *Joffe H.* AIDS research and prevention: A social representational approach // British Journal of Medical Psychology. 1996. Vol. 69. P. 169–190.
20. *Joffe H.* Social representations of AIDS: Towards encompassing issues of power // Papers on Social Representations. 1995. Vol. 4. No. 1. P. 29–40.
21. *Joffe H.* The shock of the new: A psycho-dynamic extension of the social representational theory // Journal for the Theory of Social Behaviour. 1996. Vol. 26. No. 2. P. 197–219.

22. *Lage E.* Eléments de la représentation sociale du Sida chez les enfants de 10 à 14 ans // *Connaissances, représentations, comportements.* Paris: Agence Nationale de Recherches sur le Sida, 1994. P. 27–46.
23. *Lagrange H., Lhomend B., et al.* Condom use among 15 to 18 year-olds in France: Changes in behaviour over time / Ed. by J-P. Moatti, Y. Souteyrand, A. Prieur, et al. // *AIDS in Europe: New challenges for the social sciences.* London: Routledge, 2000. P. 103–118.
24. *Les représentations sociales / Sous la dir. D. Jodelet.* Paris: Presses Universitaires de France, 1994.
25. *Lupton D.* Archetypes of infection: People with HIV/AIDS in the Australian press in the mid 1990s // *Sociology of Health and Illness.* 1999. Vol. 21. No. 2. P. 39–53.
26. *Markova I., Power K.* Audience response to AIDS health education messages // *AIDS: A communication perspective / Ed. by T. Edgar, M.A. Fritzpatrick, V. Freimuth.* New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1992. P. 111-130.
27. *Markova I., Wilkie P.* Concepts, representations and social change: The phenomenon of AIDS // *Journal for the Theory of Social Behaviour.* 1987. No. 17. P. 398–409.
28. *Mendès-Leite R.* Une autre forme de rationalité: Les mécanismes de protection imaginaire et symbolique // *Les homosexuels face au sida: Rationalités et gestions des risques.* Paris: Agence Nationale de Recherches sur le Sida, 1996. P. 65–76.
29. *Moatti J-P., Dab W., Pollak M.* Les attitudes et comportements des Français face au sida // *La Recherche.* 1990. No. 18. P. 888–895.
30. *Moatti J-P., Dab W., Pollak M.* Les Français et le sida // *La Recherche.* 1992. No. 23. P. 1202–1211.
31. *Moatti J-P., Grémy I., Bajos N., et al.* Sida: Dernière enquête nationale // *La Recherche.* 1995. No. 282. P. 30–34.
32. *Morin M.* Les espaces d'évolution des représentations sociales du sida // *Connaissances, représentations, comportements.* Paris: Agence Nationale de Recherches sur le Sida, 1994. P. 47–54.
33. *Moscovici S.* La psychanalyse: Son image et son public. Paris: Presses Universitaires de France, 1961.
34. *Moscovici S.* The phenomena of social representations // *Social representations / Ed. by R.M. Far, S. Moscovici.* Cambridge: Cambridge University Press, 1984. P. 3–69.
35. *Paicheler G.* Le public face à la menace du sida. Vol. I: Interprétation des connaissances et prise de conscience du risque. Paris: Agence Nationale de Recherche sur le Sida, 1994.
36. *Paicheler G.* Le public face à la menace du sida. Vol. II : Gérer le risque. Paris: Agence Nationale de Recherche sur le Sida, 1996.
37. *Paicheler G.* Perception of HIV risk and preventive strategies: A dynamic analysis // *Health.* 1999. Vol. 3. No. 1. P. 47–69.
38. *Pierret J.* Vivre avec la contamination par le VIH: Contexte et conditions de la recherche dans les années quatre-vingt-dix // *Sciences Sociales et Santé.* 2001. Vol. 19. No. 3. P. 121–175.

39. *Rudelic-Fernandez D., Lert F.* Information sur les nouveaux traitements et gestion du risque // *Séropositivité, vie sexuelle et risque de transmission du VIH*. Paris: Agence Nationale de Recherches sur le Sida, 1999. P. 159–173.
40. *Salovey P., Rothman A., Rodin J.* Health behavior // *The handbook of social psychology: Vol 2* / Ed. by D. Gilbert, S. Fiske, G. Lindze. New York: McGraw-Hill, 1998. P. 633–683.
41. *Schiltz M-A.* Séropositivité, sexualité et risques // *Séropositivité, vie sexuelle et risque de transmission du VIH*. Paris: Agence Nationale de Recherches sur le Sida, 1999. P. 13–30.
42. *Schoeneman T.J., Schoeneman K.A., Obradovic J.* Social representations of AIDS: Pictures in abnormal psychology textbooks, 1984–2001. Paper presented at the annual meeting of the American Psychological Society, June 9-12, 2002. New Orleans, LA., 2002.
43. *Setbon M.* La normalisation paradoxe du sida // *Revue Française de Sociologie*. 2000. Vol. 41. No. 1. P. 61–78.
44. *Taylor S.E., Kemeny M.E., Aspinwall L.G., et al.* Optimism, coping, psychological distress, and high risk behavior among men at risk for Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) // *Journal of Personality and Social Psychology*. 1992. Vol. 63. No. 3. P. 460–473.
45. *Walkey F.H., Taylor A.J., Green D.E.* Attitudes to AIDS: A comparative analysis of a new and negative stereotype // *Social Sciences and Medicine*. 1990. Vol. 30. No. 5. P. 549–552.
46. *Warwick I., Aggleton P., Homans H.* Constructing commonsense: Young people' beliefs about AIDS // *Sociology of Health and Illness*. 1988. Vol. 10. P. 213–233.