

**И.Б.БОВИНА, Т.Б.ПАНОВА**

## **ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О ВИЧ И ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ: КОЛЛЕКТИВНАЯ ЗАЩИТА ПЕРЕД ЛИЦОМ КОЛЛЕКТИВНОЙ УГРОЗЫ**

(Авторы выражают благодарность Н.Г. Малышевой за помощь в сборе данных)

*В работе излагаются результаты исследования особенностей коллективной защиты в ответ на коллективную угрозу (эпидемия ВИЧ-инфекции). Исследование предпринято в рамках теории социальных представлений. Объектом исследования выступили*

*представители целевой аудитории профилактических программ в области ВИЧ (N=307 человек в возрасте от 14 до 48 лет). В работе обсуждаются особенности социальных представлений о ВИЧ и ВИЧ-инфицированных в четырех возрастных группах.*

*Социальные представления, структура представления, уровни коммуникации, ВИЧ, «не я»-«другие».*

**И**стория распространения ВИЧ-инфекции в России имеет определенную специфику: первые случаи болезни были зафиксированы позже, чем в странах Западной Европы и США; болезнь была официально признана как серьезная проблема и угроза не сразу, а спустя некоторое время, что, безусловно, усугубило не только эпидемиологическую, но и социальную ситуацию; наконец, преимущественные пути распространения ВИЧ-инфекции также иные, чем в западноевропейских странах, где выполнено преимущественное количество работ по проблемам ВИЧ и СПИДа. Отсюда изучение проблем ВИЧ в рамках социальных наук в отечественной ситуации остается актуальным. С другой стороны, необходимость создания профилактических программ и проведения превентивных кампаний определяет практическую значимость исследования проблем, связанных с ВИЧ, в рамках социальных наук. Социальная значимость исследования определяется тем, что разработка превентивных и профилактических программ по ВИЧ включена в национальный проект «Здоровье».

Широкое распространение ВИЧ-инфекции позволило людям почувствовать, что они живут в «обществе риска», обществе «неопределенности и двойственности» [7, с. 14], порождающем риски различного рода. Эти условия провоцируют тревогу, в особенности в силу того, что природа рисков, создаваемых современным обществом, все больше и больше оказывается вне контроля тех институций, которые должны быть ответственны за него [9]. В самом начале эпидемия этой болезни вызывала панический ужас: она была чем-то совершенно новым, случаи этой болезни не были зафиксированы раньше, проявления отсутствовали до момента перехода в терминальную стадию; в то же время эта болезнь явилась возвращением к «несовременным», *страшным* средневековым болезням, ибо причины и способы распространения ее были неизвестны, как и способы и средства излечения, она оказалась непредсказуемой болезнью, потенциально угрожающей миру большим количеством жертв.

При разработке профилактических программ в области ВИЧ требуется учитывать одно достаточно важное противоречие: с одной стороны, необходимо, чтобы люди обучались безопасному поведению, с другой – не дискриминировали и не отвергали ВИЧ-инфицированных. Реализация этих задач осложняется тем, что смертельно опасная болезнь «делает» смертельно

опасными больных на уровне обыденного знания [2]. Более того, в отечественной ситуации кампании по профилактике ВИЧ-инфекции стали проводиться с 1997 г., а кампании солидарности с больными – только с 2004 г., тогда как в западноевропейских странах эти два типа кампаний реализовывались одновременно. Временная разница в реализации мер, касающихся болезни и больных, способствует построению стратегий символической защиты от болезни и больных.

Наш исследовательский интерес направлен на рассмотрение того, как люди противостоят этой коллективной угрозе, какие стратегии защиты вырабатывают в отношении болезни и больных. Наибольший потенциал для разрешения данной проблемы имеет теория социальных представлений [12]. Будучи направленной на понимание отношений между индивидом и обществом [1], она позволяет анализировать обыденные представления, вырабатываемые людьми в ответ на угрозу.

В нашем исследовании под социальным представлением, вслед за Ж.-К.Абриком, предлагается понимать «функциональное видение мира, которое позволяет индивидам или группам придавать значение их поведению, понимать реальность через собственную систему отношений, таким образом адаптироваться к ней и определять свое место в ней» [8, с. 42-43]. Представления выполняют ряд функций [12]: 1) защитную – трансформации чего-то неизвестного, пугающего, зловещего в известное; 2) облегчения осуществления коммуникаций – появляясь в коммуникациях, позволяют вырабатывать определенные «коды», которые затем индивиды используют в коммуникациях; 3) ориентации поведения индивидов и оправдания их социальных отношений; 4) конструирования и поддержания социальной идентичности.

Отдавая предпочтение методологическому подходу школы Экс-ан-Прованса, мы исходили из положения о том, что представление имеет определенную структуру: центральное ядро и периферическая система [8]. Ядро, будучи связанным с коллективной памятью, с историей группы, с ее ценностями и нормами, определяет структуру всего представления, придает ему смысл, обеспечивает его стабильность. Периферическая система конкретизирует значение ядра, обеспечивает связь между ядром и конкретной ситуацией, в которой вырабатывается и действует само представление. Эта часть структуры опирается на индивидуальную память и индивидуальный опыт. В противоположность стабильному и устойчивому ядру

периферическая система характеризуется вариативностью и изменчивостью, что позволяет представлению адаптироваться к изменяющемуся контексту. Это своего рода «защитная система» ядра представления, по сути, и всего представления, т.к. с изменением ядра изменяется само представление.

Вслед за П.Молинером можно различать несколько уровней коммуникации, на которых происходит обсуждение волнующих тем [11]:

**1) межличностный уровень:** коммуникативный процесс происходит среди людей, обладающих высокой социальной близостью, например, среди членов семьи, соседей, друзей, коллег. Это неформальная коммуникация, происходящая в реальном времени, характеризуется теми особенностями, которые присущи межличностному общению. Это достаточно важный уровень, предполагающий большую вовлеченность индивидов, а также – имплицитно – консенсус, ибо собеседники намерены поддерживать сложившиеся социальные контакты. Именно здесь происходит социальная валидизация выводов, категоризаций, атрибуций, которые мы делаем;

**2) уровень публичных дебатов:** межличностная коммуникация осуществляется в нашем присутствии, но мы не принимаем непосредственного участия в ней. Важным отличием этого уровня коммуникации от первого является отсутствие необходимости достигать консенсуса, наоборот, каждый участник стремится высказывать свое мнение, прояснять и аргументировать свою позицию. Очевидно, что на этом уровне коммуникации имеет место столкновение мнений, поляриность взглядов, определение своих позиций;

**3) уровень средств массовой коммуникации:** массовая коммуникация, в которую оказываются вовлечены большие социальные группы. Здесь возникает феномен «снежного кома» – чем больше мы говорим о чем-либо, тем более важным это становится, а следовательно, мы ещё больше об этом говорим. Индивиды сталкиваются здесь с большим количеством разнообразной, противоречивой информации, причем она не принимается полностью как истинная, но и не рассматривается как ложная;

**4) уровень культурной коммуникации:** речь идет о литературной, театральной, кинематографической продукции. Например, коммуникация на этом уровне оказала влияние на трансформацию представления о больных СПИДом/ВИЧ-позитивных в западных странах в 90-е годы [10].

Среди этих уровней коммуникации можно различать непосредственный и опосредованный тип коммуникации. В первом случае речь идет о непосредственном разговоре, беседе лицом к лицу, где предполагается большая активность и вовлеченность самого индивида. В другом – о коммуникации, опосредованной различными средствами. Один и тот же индивид может оказаться вовлеченным в коммуникации, происходящие на различных уровнях. П.Молинер ничего не говорит об интернет-коммуникации, однако она занимает важное место в системе коммуникаций. С точки зрения формирования представлений о ВИЧ следует подчеркнуть, что Интернет позволяет не только узнать информацию, но и обсуждать посредством различных средств (чаты, форумы, блоги и пр.) волнующие

проблемы в связи с собственным состоянием здоровья, а также в связи с различными способами лечения болезни. Такого рода коммуникации могут выполнять не только функцию информирования индивидов (явным преимуществом здесь является *анонимность* контактов), но и социальной поддержки, которая важна для больных.

Таким образом, в рамках данной теории открывается возможность исследовать то, как в отношении объекта коллективной угрозы – ВИЧ-инфекции – вырабатываются стратегии коллективной защиты, регулирующие соответствующую стратегию поведения по отношению к болезни и к больным.

**Цель** исследования заключалась в изучении специфики стратегий коллективной защиты в ответ на коллективную угрозу (ВИЧ). Достижение этой цели предполагало описание, анализ и сравнение структуры представлений о ВИЧ и ВИЧ-инфицированных в различных группах. **Объектом** исследования были представители различных возрастных групп, соответствующие основной части целевой аудитории превентивных кампаний в области ВИЧ-инфекции. Выборку составили учащиеся школ г. Москвы и Московской области, учащиеся колледжей г. Москвы, обучающиеся различным специальностям, студенты различных вузов, работающая молодежь, а также специалисты различных профессий. В исследовании приняли участие 307 испытуемых (204 женщины и 103 мужчины) в возрасте от 14 до 48 лет. Нами были выделены четыре группы испытуемых: старшеклассники в возрасте от 14 до 18 лет (группа 1,  $N_1=81$ ) ( $M=16,9$  лет,  $SD=1,32$ ), студенческая молодежь в возрасте от 19 до 25 лет (группа 2,  $N_2=96$ ) ( $M=20,95$  лет,  $SD=2,17$ ), работающая и учащаяся молодежь от 26 до 35 лет (группа 3,  $N_3=70$ ) ( $M=29,46$  лет,  $SD=2,89$ ), в возрасте от 36 до 48 лет (группа 4,  $N_4=60$ ) ( $M=40,8$  лет,  $SD=3,95$ ). **Предметом** исследования стали особенности социальных представлений о ВИЧ и ВИЧ-инфицированных.

Опираясь на результаты предыдущих исследований [2], мы выдвинули предположения о специфике социальных представлений о ВИЧ и ВИЧ-инфицированных:

1) представления о ВИЧ будут различаться в четырех группах, однако во всех группах ВИЧ будет отождествляться со СПИДом, т.е. элемент СПИД будет располагаться в зоне ядра представления о ВИЧ;

2) представления о ВИЧ-инфицированных в четырех группах испытуемых будут различаться, но в основе построения этих представлений во всех группах испытуемых лежит механизм «не-я» – «другие»;

3) испытуемые в первых трех группах будут демонстрировать большую заинтересованность проблемами ВИЧ, чем в группе 4.

Основным **методом** исследования было анкетирование. Анкета состояла из 5 частей. В первой части использовалась методика свободных ассоциаций [13] для выявления представлений о ВИЧ и ВИЧ-инфицированных, кроме того, задавался ряд вопросов для уточнения структуры представления. Во второй части использовалась методика «Незаконченных предложений». В третьей и четвертой частях содержались открытые и закрытые вопросы, направленные на выявление

ние представлений о превентивных кампаниях, об источниках информации о ВИЧ-инфицированных. В пятой части испытуемым задавались социально-демографические вопросы, ряд дополнительных вопросов.

Для обработки данных ассоциативной методики использовался прототипический анализ по П.Вержесу [13]; для анализа ответов на открытые вопросы – контент-анализ; для анализа ответов на закрытые вопросы – подсчитывались соответствующие показатели.

**Обсуждение результатов.** В результате анализа ассоциаций для каждого объекта в каждой группе была выявлена и описана структура представлений. Всего респонденты в группе 1 предложили 308 ассоциаций с объектом «ВИЧ», 247 – с объектом «ВИЧ-инфицированные», в группе 2, соответственно, 458 и 411, в группе 3 – 337 и 304, в группе 4 – 245 и 230. Для объектов представлений в каждой группе был составлен словарь. В группе 1 он включал 140 различных понятий – в случае ВИЧ и 132 понятия – в случае ВИЧ-инфицированных, в группе 2, соответственно, – 182 и 220 понятий, в группе 3 – 143 и 162 понятия, в группе 4 – 129 и 135 понятий.

Прототипический анализ позволил выявить структуру представлений о ВИЧ и ВИЧ-инфицированных в каждой группе испытуемых (ядро представления образовано элементами зоны ядра – высокочастотные и низкоранговые элементы представления, периферическая система состоит из двух частей – периферической системы, составляющей потенциальную зону изменения – высокочастотные и высокоранговые, а также низкочастотные и низкоранговые элементы, и собственно периферической системы – низкочастотные и высокоранговые элементы) [13].

В число элементов *зоны ядра представления о ВИЧ* в группе 1 попадают следующие (табл. 1): болезнь, страх, секс, СПИД. В число элементов *периферической системы, составляющих потенциальную зону изменения*, входят жалость, беспорядочные половые связи, надо предохраняться, инфекция, вирус, смерть, наркотики, опасность, шприц, неизлечимость. *Собственно периферическая система* представления образована понятиями: защита, ужас, обреченные, заразные.

Позиция меньшинства (низкочастотные и низкоранговые понятия) представлена указаниями на отношение к больным (жалость), пути передачи вируса – беспорядочные половые связи, приписывание вины за случившееся – надо предохраняться, указания на при-

роду болезни – вирус, инфекция. По сути, здесь присутствует указание на вину в заражении – надо предохраняться.

При более подробном рассмотрении результатов можно заметить, что в зоне ядра располагаются элементы, указывающие на эмоциональные реакции, на пути передачи болезни, на её смертельную опасность. Присутствие в зоне ядра элемента СПИД можно трактовать двояко: с одной стороны, можно говорить о том, что это факт в пользу отождествления ВИЧ и СПИДа (об этом говорит, например, то, что элемент СПИД имеет самый низкий средний ранг появления), с другой – отражает процесс развития болезни. Чтобы выбрать то или иное объяснение, обратимся к анализу ответов на открытый вопрос о том, как соотносятся ВИЧ и СПИД.

50 респондентов из 81 в этой группе отметили, что ВИЧ и СПИД отличаются друг от друга, 30 из 81 ответили, что это одна и та же болезнь. В обоих случаях испытуемые затруднились дать пояснения (в первой ситуации испытуемые говорили о том, что разные понятия должны соответствовать разным явлениям, что от ВИЧ можно вылечиться, но не от СПИДа; во втором акцентировали внимание на том, что в обоих случаях у больного поражен иммунитет, что он неизлечимо болен). Этот результат скорее всего можно проинтерпретировать как говорящий в пользу того, что в представлениях испытуемых ВИЧ и СПИД связаны, но более тонкого объяснения соотношения болезней они дать не могут.

Элементы зоны ядра выполняют свои функции (структурную и смыслообразующую), конкретизируются в периферической части за счет следующих элементов: указание на природу болезни (вирус, инфекция, заразные), на пути заражения (беспорядочные половые связи, наркотики, шприц), указание на эмоциональные реакции (ужас), на смертельную опасность болезни (смерть, неизлечимость, обреченные).

Показательно, что в представлении отсутствует указание на физические симптомы болезни, категории лечения или поддерживающей терапии отсутствуют.

В группе 2 *зона ядра представления* образована элементами: СПИД, опасность, неизлечимость, ужас. *Потенциальная зона изменений представления* включает элементы: заболевания, жалость, зараза, кровь. Наконец, *собственно периферическая система представления* объединяет элементы: обреченность, секс, шприц, незащищенный секс, одиночество, лечение, дети.

Таблица 1

Элементы, образующие ядро и периферию представления о ВИЧ в четырех группах испытуемых

	Понятие (частота, ранг)			
	Группа 1 (6; 2,68)	Группа 2 (7; 3,08)	Группа 3 (5; 2,77)	Группа 4 (5; 2,84)
Зона ядра	Болезнь (29; 1,66) Страх (16; 2,31) Секс (11; 2,36) СПИД (9; 1,33)	СПИД (15; 2,00) Опасность (12; 2,42) Неизлечимость (9; 2,67) Ужас (8; 1,63)	Смерть (31; 2,65) Болезнь (30; 2,20) Страх (19; 2,11) Инфицированные (10; 1,90) Неизлечимость (10; 2,00) СПИД (9; 1,78) Заразность (6; 2,33) Вирусы (5; 2,20) Ужас (5; 2,40)	Болезнь (19; 1,89) Страх (14; 2,79) Опасность (8; 1,88) Неизлечимость (6; 2,17) Заразный (5; 2,00) Кровь (5; 2,80) Секс (5; 2,80)

Потенциальная зона изменений	Жалость (5; 2,00) Беспорядочные половые связи (5; 2,40) Надо предохраняться (5; 2,60) Инфекция (4; 1,75) Вирус (4; 2,00) Смерть (19; 3,21) Наркотики (13; 2,85) Опасность (8; 3,38) Шприц (7; 3,86) Неизлечимость (6; 3,50)	Заболевания (6; 2,00) Жалость (6; 3,00) Зараза (5; 2,80) Кровь (7; 3,14)	Бедя (4; 2,75) Безысходность (4; 2,75) Опасность (7; 2,86) Одиночество (6; 3,67) Горе для близких (5; 3,00) Боль (5; 3,40) Проблемы (5; 3,40) Секс (5; 3,60)	Шприц (4; 2,75) СПИД (3; 2,00) Несчастные (3; 2,33) Смерть (22; 2,91) Наркомания (8; 2,88) Безысходность (5; 3,00) Наркотики (5; 3,00) Ужас (5; 3,20) Чума (5; 5,00)
Собственно периферическая система	Защита (5; 3,40) Ужас (4; 3,25) Обреченные (4; 3,75) Заразные (4; 4,00)	Обреченность (6; 3,33) Секс (6; 3,33) Шприц (6; 3,50) Незащищенный секс (6; 4,00) Одиночество (6; 4,17) Лечение (6; 5,33) Дети (5; 4,40)	Жизнь закончилась (4; 3,25) Кровь (4; 3,50) Конец счастью (4; 3,75)	Гомосексуализм (4; 3,50) Проституция (4; 4,25)

Главная тема, вокруг которой выстраиваются представления в этой группе, – указание на смертельную опасность болезни (в периферической системе конкретизируется за счет элемента – обреченность), а также указание на эмоциональные реакции.

Результаты, полученные с помощью следующего открытого вопроса, свидетельствуют о том, что в этой группе испытуемых 76 из 96 указали на то, что существует разница между СПИДом и ВИЧ, при этом для 64 из них она выражается в том, что это две стадии болезни. Любопытно, что 43 испытуемых из этих 64 отметили, что от ВИЧ не умирают, от него можно излечиться, в то время как СПИД – смертельно опасная болезнь. Те, кто отождествляет ВИЧ и СПИД (20 испытуемых), давали очень простое объяснение – «это одно и то же». Опять же для испытуемых существует связь между ВИЧ и СПИДом, но они едва ли могут аргументировать свою позицию.

В группе 3 зона ядра представления образована элементами: смерть, болезнь, страх, инфицированные, неизлечимость, СПИД, заразность, вирусы, ужас. В потенциальной зоне изменений располагаются элементы: беда, безысходность, опасность, одиночество, горе для близких, боль, проблемы, секс. В собственно периферической системе – жизнь закончилась, кровь, конец счастью. В зоне ядра представления присутствует ряд тем: смертельная опасность болезни (смерть, СПИД, неизлечимость), указание на природу болезни (инфицирование, заразность, вирусы), а также указания на эмоциональные реакции (страх и ужас). Тема смертельной опасности болезни конкретизируется в периферической части представления за счет элементов – безысходность, жизнь закончилась, природа болезни – через элементы, указывающие пути передачи ВИЧ-инфекции – секс, кровь. Наконец, на эмоциональные проявления также указывают элементы – беда, горе для близких, конец счастью.

Ответы на открытый вопрос о соотношении ВИЧ и СПИДа в данной группе свидетельствуют о том, что, как и в остальных группах, большинство – 59 испытуемых из 70 ответили, что разница между ВИЧ и СПИДом существует, но не смогли прояснить, в чем

именно она заключается. Аналогично – 50 из этих 59 считают, что это две стадии болезни, от ВИЧ скорее всего можно излечиться, но не от СПИДа.

В группе 4 зона ядра представления образована элементами: болезнь, страх, опасность, неизлечимость, заразный, кровь, секс. Потенциальная зона изменений представления включает: шприц, СПИД, несчастные, смерть, наркомания, безысходность, наркотики, ужас, чума. Наконец, собственно периферическая система представления объединяет элементы гомосексуализм и проституция. Любопытно, что для меньшинства ВИЧ отождествляется со СПИДом (или, как и в случае группы 1, говорит о разных этапах развития болезни), он связывается с внутривенным использованием наркотиков. Опять же если обратиться к результатам, полученным с помощью последующих открытых вопросов, то можно говорить о том, что в этой группе испытуемых 45 из 60 указали на то, что существует разница между СПИДом и ВИЧ, она выражается в том, что это две стадии болезни.

Элементы зоны ядра конкретизируются за счет элементов периферии: указание на болезни – СПИД, чума; на эмоциональные реакции – ужас; на неизлечимость болезни – смерть, безысходность; пути передачи – шприц, наркомания, наркотики, гомосексуализм, проституция.

Сравнение результатов, полученных в четырех группах, свидетельствует о том, что некоторые элементы присутствуют в каждом представлении (СПИД, секс, ужас, опасность, неизлечимость, зараза (заразность, заразные), однако их местоположение не позволяет утверждать сходство структуры представлений. Элемент СПИД располагается в зоне ядра представлений в трех группах, что свидетельствует о том, что при определении ВИЧ на уровне представлений, указание на СПИД является ключевым, при этом низкий ранг ассоциирования свидетельствует о значимости этого элемента для представления, тот факт, что в ответ на дополнительный вопрос испытуемые говорят о том, что существует разница между ВИЧ и СПИДом, но не могут сформулировать, в чем именно она заключается, скорее говорит в пользу результата, полученного с

помощью ассоциативной методики. Итак, полученные результаты дают частичную поддержку первой гипотезы, т.к. во всех группах, кроме группы 4, элемент СПИД располагается в зоне ядра.

Интересно и то, что во всех случаях в зоне ядра отсутствуют указания на физические симптомы болезни, на медицинскую тематику. Это, видимо, отражает бессимптомность ВИЧ, а также отсутствие лекарств для излечения от болезни.

В число элементов *зоны ядра представления о ВИЧ-инфицированных* в группе 1 попадают следующие (табл. 2): жалость, несчастные, опасные. В число элементов *периферической системы, составляющих потенциальную зону изменений*, входят следующие элементы: больные, сострадание, болезнь, заразные, смерть, вина, помощь, неизлечимость, страх и такие же, как мы. *Собственно периферическая система* представления образована понятиями СПИД, лечение. Позиция меньшинства в данном случае представлена указаниями на отношение к больным (сострадание), а также на опасность больных (заразные). Основные те-

мы, вокруг которых структурируется представление о ВИЧ-инфицированных, – отношение к больным, указание на их социальные характеристики. Тема отношения к больным конкретизируется в периферической системе представлений – сострадание, помощь. Указание на опасность больных присутствует и в периферической сфере: заразные, болезнь, больные, смерть, неизлечимость, СПИД. Как и в случае представлений о ВИЧ, в представлении о ВИЧ-инфицированных отсутствует физическая составляющая болезни, основной здесь является социальная составляющая.

В зоне ядра представления в группе 2 располагаются элементы: жалость, страх, несчастье, наркоман, бедняги, больные, одиночество. *Потенциальная зона изменений представления* образована составляющими: заразный, желание помочь. Наконец, *собственно периферическая система представления* объединяет элементы: опасность, обреченный человек, боязнь, может случиться с каждым, дети, легкомысленный, смерть.

Таблица 2

Элементы, образующие ядро и периферию представления о ВИЧ-инфицированных в четырех группах испытуемых

	Понятие (частота, ранг)			
	Группа 1 (5; 2,30)	Группа 2 (6,5; 2,75)	Группа 3 (7; 2,71)	Группа 4 (4;2,76)
<b>Зона ядра</b>	Жалость (15; 2,00) Несчастные (6; 1,67) Опасные (5; 2,20)	Жалость (33; 2,48) Страх (14; 2,57) Несчастье (11; 1,55) Наркоман (11; 2,64) Бедняги (8; 1,00) Больные (7; 1,71) Одиночество (7; 2,71)	Жалость (21; 1,90) Несчастные (16; 2,06) Больные (9; 2,67) Бедные (8; 1,38) Болезнь (8; 2,13) Одиночество (8;2,38)	Несчастные (15; 1,93) Жалость (11; 2,27) Смертники (9; 2,67) Бедолаги (6; 2,17) Наркоманы (4; 1,75) Больные (4; 2,00) Изгои (4; 2,50) Виновные (4; 2,75)
<b>Потенциальная зона изменений</b>	Больные (4;1,50) Сострадание (4; 1,75) Болезнь (4; 1,75) Заразные (4;1,75) Смерть (15; 2,73) Вина (8; 2,38) Помощь (7; 2,48) Неизлечимость (6; 2,67) Страх (6; 3,17) Такие же, как мы (5; 2,80)	Заразный (6; 2,67) Желание помочь (9; 2,89)	Обреченные (6; 2,00) Заразные (5; 2,60) Не повезло (4; 1,50) Смерть (12;3,75) Страшно (8; 3,00) Опасный (7; 4,14)	Невезучие (3; 2,00) Обречены (3; 2,33) Отверженные (3; 1,33) Помощь (11; 3,73) Опасность (6; 3,00) Заразный (5;3,20) Сочувствие (4;3,25)
<b>Собственно периферическая система</b>	СПИД (4; 3,00) Лечение (4; 3,25)	Опасность (6; 2,83) Обреченный человек (6;3,00) Боязнь (6; 3,00) Может случиться с каждым (6; 3,50) Дети (6;3,83) Легкомысленный (5; 3,60) Смерть (5; 4,00)	Борьба за жизнь (5; 3,20) Лечение (5; 3,40) Поддержка (5; 3,40) Боль (4; 3,25) Что теперь будет делать? (4; 3,25)	Страдание (3; 3,67) Надежда (3; 3,67) Одиночество (3; 4,00) Горе (3; 4,33)

Основные темы, вокруг которых выстраивается представление в группе 2, таковы: 1) отношение к больным (конкретизация в периферической системе – боязнь); 2) указание на социальную принадлежность больных (дети); 3) указание на опасность больных (заразные, опасность, смерть).

Зона ядра представления в группе 3 объединяет элементы: жалость, несчастные, больные, бедные, болезнь, одиночество. Потенциальная зона изменений представления состоит из элементов: обреченные, заразные, не повезло, страшно, опасный, смерть. Собственно периферическая система – борьба за жизнь, лечение, поддержка, боль, что теперь будет делать? Пред-

ставление в группе 3 выстраивается вокруг основных тем: 1) отношение к больным (страшно); 2) указание на опасность больных (заразные, опасный, смерть).

В группе 4 в зоне ядра располагаются элементы: несчастные, жалость, смертники, бедолаги, наркоманы, больные, изгои, виновные. *Потенциальная зона изменений представления* образована составляющими: невезучие, обречены, отверженные, помощь, опасность, заразный, сочувствие. Наконец, *собственно периферическая система представления* объединяет элементы: страдание, надежда, одиночество, горе. К основным темам, вокруг которых сформировано представление, относятся: 1) указание на социальные характеристики больных (в периферической системе конкретизируется за счет элементов – отверженные, одиночество, опасный), на их *друговость* – это наркоманы; 2) отношение к больным (помощь и сочувствие); 3) тема смерти (в периферической системе – обречены). Если сопоставить позицию большинства и меньшинства, то можно заметить, что в первом случае больным приписывается вина в заболевании (элемент ядра – «виновные»), а в другом – они оказываются невинными (элемент «невезучие» – позиция меньшинства в потенциальной зоне изменений).

Сравнение представлений в четырех группах, с одной стороны, позволяет говорить, что их содержания близки, ибо многие элементы присутствуют во всех представлениях: жалость, больные, несчастные (несчастье), опасные (опасность), страх (страшно), смерть, заразные (заразный), неизлечимость (обреченные, обреченный). С другой – местоположение этих элементов различается, что свидетельствует о различиях в структуре представлений. В группах 2, 3 и 4 представления кристаллизуются вокруг большего количества тем, соответственно, элементов, чем в группе 1. В то же время важно заметить, что ВИЧ-инфицированные во всех группах испытуемых лишены физических характеристик, лишены физического облика. Этот результат можно рассматривать как проявление символического способа защиты от угрозы, исходящей от больных, ибо смертельно опасная болезнь делает таковыми самих больных. Таким образом, мы имеем дело с процессом дегуманизации, посредством которого больные становятся *другими*. Полученные результаты позволяют принять вторую гипотезу, согласно которой представления о ВИЧ-инфицированных различны (имеют различную структуру), однако в основе их формирования лежит сходный механизм «не-я»-«другие».

Элемент «жалость» является высокочастотным понятием в представлениях во всех группах испытуемых. Расположение этого элемента в зоне ядра указывает на его важность с точки зрения структуры представления. С одной стороны, это местоположение элемента может объясняться проводимыми в последние годы кампаниями по солидарности с ВИЧ-инфицированными, что отразилось, по крайней мере, на уровне приемлемой реакции на больных в публичной ситуации, какой является участие в исследовании. С другой – можно найти объяснение этой жалости к больным. Возможно, респонденты чувствуют свою собственную уязвимость и по аналогии с респондентами С. Шехтера, ощущают возможную общую судьбу

(оказываются в «одной лодке») с больными, что и объясняет присутствие элемента «жалость». Аналогичным образом пытаются объяснить результаты массовых опросов населения и социологи [3]. Наконец, жалость может возникать как реакция в ситуации безнадежно больного, человека перед лицом смерти.

Дополнительный анализ показывает, что понятие «жалость» чаще всего (2/3 всех респондентов, упомянувших его) соседствует с понятиями, указывающими на смертельную опасность болезни в группе 1, в группе 2 у 53% испытуемых «жалость» соседствует со «страхом», «ужасом», «боязнью» и «тревогой», в группе 3 «жалость» чаще всего соседствует со «страхом» и «отвращением», в группе 4 – нет какой-либо общей тенденции в ответах. Такой результат говорит скорее в пользу первого или третьего объяснения в группе 1, 2 и 3.

Если сравнить данные по информированности в отношении превентивной кампании, то получается следующая картина: в группе 1 58 испытуемых из 81 знают о превентивных кампаниях по проблемам ВИЧ-инфекции, при этом они указывали на различные рекламные сюжеты (преобладали упоминания о телевизионной рекламе (о способах передачи ВИЧ-инфекции, особенно об использовании наркотиков), а также о способах защиты и привлечении внимания к проблеме. Упомянутая реклама вызывает чаще всего страх у испытуемых в группе 1, сострадание в отношении ВИЧ-инфицированных или оставляет их равнодушными, не вызывает никаких эмоциональных переживаний. Целевая аудитория превентивной кампании, с точки зрения испытуемых в группе 1, – молодежь, реже упоминалась категория «всем» (это подразумевало, что реклама обращается ко всему населению страны).

В группе 2 80 человек из 96 знают о превентивной кампании и смогли вспомнить некоторые сюжеты. В целом испытуемые смогли указать широкую палитру (шире, чем в группе 1) преимущественно телевизионных сюжетов (69 испытуемых из 80), а также плакатов внешней рекламы (19 из 80), которые можно иерархизировать так: пути передачи вируса и контекст заражения; способы защиты от ВИЧ-инфекции; привлечение внимания, осознание угрозы; больные и отношение к ним, другое. Самые запоминающиеся сюжеты – телевизионные передачи с выступлениями знаменитостей и лозунг (или щиты внешней рекламы этой же кампании) «Касается каждого!», сюжеты, призывающие сдать анализ на ВИЧ и не искать причин, по которым не нужно этого делать, сюжеты, касающиеся использования презервативов. Как отмечали респонденты, рекламные сюжеты вызывают чаще всего страх, настороженность, в меньшей степени они заставляют людей задуматься над проблемой. Рекламные сюжеты превентивной кампании, с точки зрения испытуемых, адресованы всем людям и, в частности, молодежи.

В группе 3 52 испытуемых из 70 смогли вспомнить рекламные сюжеты, разработанные в рамках превентивной кампании. В целом было упомянуто меньше рекламных сюжетов по сравнению с группой 2, чаще всего упоминались телевизионные сюжеты (40 из 52 испытуемых), а также щиты внешней рекламы (13 из 52) «Касается каждого!»; рекламные сюжеты, затрагивающие проблемы способов защиты от ВИЧ-инфек-

ции. С точки зрения испытуемых этой группы рекламные сюжеты адресованы как всем категориям в целом, так и молодежи в частности. Именно эти две категории указывались чаще всего.

В группе 4 только 35 испытуемых из 60 смогли вспомнить о превентивных кампаниях по проблемам ВИЧ-инфекции, здесь было указано меньше всего вариантов сюжетов. Чаще всего упоминались сюжеты о способах защиты. Среди каналов передачи информации чаще всего называлось телевидение, а целевой аудиторией – молодежь. Испытуемые в этой группе чаще указывали на отсутствие каких-либо определенных эмоциональных переживаний в связи с рекламными сюжетами, чуть реже называли страх. Этот результат обращает на себя внимание, потому что данная группа, будучи частью целевой аудитории, к таковой себя не относит, адресуя проблемы ВИЧ более молодой аудитории. Хотя потенциально испытуемые из этой группы имеют детей разных возрастов, соответственно, тот факт, что их проблема может касаться в таком аспекте, ими не учитывается (они не упоминали рекламных сюжетов, затрагивающих детско-родительские отношения перед лицом эпидемии ВИЧ или помощь больным). Более того, есть основания считать эту группу «уязвимой», потому что ее представители в наибольшей степени считают себя отстраненными от проблем ВИЧ, при этом статистические данные свидетельствуют о тревожном росте ВИЧ-инфекции именно в этой группе. Данный факт требует внимания, т.к. эта группа, по сути, оказывается вне фокуса внимания превентивных программ [6].

Полученные результаты также обращают внимание на тот факт, что страх, ассоциирующийся с рекламными сюжетами, сильнее выражен, чем побуждение к действию (будь то прохождение анализов крови на ВИЧ или использование презервативов и пр.). Настороженность в отношении больных и страх в отношении болезни, которые присутствуют в представлениях во всех группах, согласуются с оценками масштаба эпидемии. Так, в группе 1 испытуемые считают, что процент ВИЧ-инфицированных в стране составляет 26,12%, в группе 2 – 23,1%, в группе 3 – 16,6%, в группе 4 – 13,5%, в то время как на момент проведения исследования (январь-февраль 2009 г.) официальный показатель составил 0,35% всего населения страны [5]. Этот факт ставит под сомнение эффективность превентивных кампаний в области ВИЧ, апеллирующих к страху как к основному конструкту, который связывается с изменением поведения по отношению к болезни (не говоря о теоретическом обосновании его неэффективности с позиций ряда социально-психологических подходов).

Сравнение показателей по заинтересованности проблемами ВИЧ говорит о том, что испытуемые в первых трех группах продемонстрировали в равной мере среднюю заинтересованность, которая, однако, значимо отличалась от таковой в группе 4 (значения Т-критерия при сравнении каждой группы с группой 4 значимы на уровне 0,05). Полученные данные позволяют принять нашу третью гипотезу.

Сравнение иерархии групп обсуждения проблем ВИЧ в четырех группах позволяет получить следующие результаты: в группе 1 – друзья, родители,

сексуальный партнер; в группе 2 – друзья, сексуальный партнер, родители; в группе 3 – друзья, сексуальный партнер, коллеги или знакомые; в группе 4 – друзья, сексуальный партнер и коллеги. Различия по вовлеченности в обсуждение проблемы отсутствуют. Испытуемые в четырех группах получают информацию о ВИЧ преимущественно из телевизионных передач и печатных СМИ. Кроме того, для группы 1 источниками информации являются также интернет-сайты и фильмы, для группы 2 – Интернет и фильмы, для группы 3 – фильмы и Интернет, для группы 4 – фильмы и радиопередачи. Как показывают эти результаты, испытуемые во всех группах декларируют свою вовлеченность в коммуникацию по проблемам ВИЧ на различных уровнях (межличностном, уровне публичных дебатов, СМК, культурной коммуникации).

Итак, результаты нашего исследования, предпринятого в русле теории социальных представлений, позволяют сделать ряд важных выводов относительно специфики социальных представлений в различных возрастных группах, соответствующих целевой аудитории программ по профилактике ВИЧ.

Коллективной угрозе – эпидемии ВИЧ-инфекции – люди противопоставляют коллективные защиты посредством выработки социальных представлений в процессе коммуникаций на различных уровнях. ВИЧ в представлениях испытуемых, будучи болезнью без внешних симптомов, без физических ощущений, остается проблемой социального, а не медицинского порядка, болезнь поражает социальное тело больного (в пользу этого говорит наличие в представлениях о ВИЧ и ВИЧ-инфицированных социальных характеристик при отсутствии физических). Факт лишения больных каких-либо физических черт говорит в пользу действия механизма «не-я» – «другие» при формировании представлений о ВИЧ-инфицированных. Посредством этого процесса дегуманизации больные становятся *другими*, таким образом открывается возможность защититься от угрозы без изменения собственного поведения.

Болезнь, не имеющая «читаемых» проявлений на теле больного, связанная так или иначе со СПИДом (природа этой связи – на уровне представлений – противоречивая, с одной стороны, СПИД – один из ключевых элементов зоны ядра представлений во всех группах, с другой – испытуемые констатируют, что существует разница между ВИЧ и СПИДом, однако затрудняются объяснить суть различий), ассоциируется с сильными негативными эмоциональными переживаниями – страх и ужас. Выявленные особенности социальных представлений позволяют говорить о механизмах, лежащих в основе коллективных защит.

Полученные результаты представляют интерес с точки зрения формулирования рекомендаций, необходимых для построения концепции превентивной кампании, ибо «разработка эффективных профилактических программ не может иметь под собой никакого другого сколько-нибудь прочного основания, кроме результатов эмпирических социально-психологических исследований здоровья» [4, с. 519].

В фокусе внимания должна оказаться та часть целевой аудитории, которая соответствует нашей группе 4, ибо на настоящий момент ее представители ощу-

щают свою неуязвимость благодаря действию символической защиты.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. *Андреева Г.М.* Социальная психология и социальные изменения// Психологический журнал. 2005. Т. 26. №5.
2. *Бовина И.Б.* Социальные представления о здоровье и болезни: структура, динамика, механизмы. Дис. ... д-ра псих. наук, М., 2009.
3. *Вовк Е.* ВИЧ/СПИД в России: образ проблемы и стратегии поведения// Социальная реальность. 2006. №11.
4. *Гурвич И.Н.* Социальная психология здоровья. СПб., 1999.
5. Данные Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом// [www.hivpolicy.ru/national/?type=BS](http://www.hivpolicy.ru/national/?type=BS).
6. Национальный доклад Российской Федерации о ходе выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом// <http://www.unaids.ru/files/documents/ru369.pdf>.
7. *Яницкий О.Н.* Социология риска: ключевые идеи// Мир России. 2003. №1.
8. *Abrie J-C.* A structural approach to social representations// Representations of the social: bridging theoretical traditions/ Eds. by K.Deaux, G.Philogène. Oxford, 2001.
9. *Joffe H.* Risk: from perception to social representation// British journal of social psychology. 2003. Vol. 42.
10. *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. № 2.
11. *Moliner P.* Une approche chronologique des représentations sociales// La dynamique des représentations sociales/ Ed.by P.Moliner, Grenoble, 2001, p.245-68.
12. *Moscovici S.* The phenomenon of social representations// Social representations: explorations in social psychology. S.Moscovici/ Ed. By G.Duveen. N.Y., 2000.
13. *Vergès P.* L'Evocation de l'argent: une méthode pour la définition du noyau central d'une représentation// Bulletin de psychologie. 1992. Tome XLV. №405.



