

# ИССЛЕДОВАНИЯ В ОБЛАСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

**ПОНОМАРЕВА ИРИНА МИХАЙЛОВНА**

*кандидат психологических наук,  
доцент кафедры консультативной психологии и психологии здоровья  
Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы,  
ipono@inbox.ru*

**IRINA M. PONOMAREVA**

*Cand.Sc. (Psychology), Associate Professor at the Department of Counselling and Health Psychology  
of St. Petersburg State Institute of Psychology and Social Work*

**САВЧЕНКО ГАЛИНА НИКОЛАЕВНА**

*психолог, Институт психологического консультирования «Новый век»  
galya@list.ru*

**GALINA N. SAVCHENKO**

*Psychologist, Institute of Psychological Counseling «New Century»*

УДК 159.9

## ПРОГРАММА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМ ЖЕНЩИНАМ

### PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE PROGRAM FOR HIV-INFECTED WOMEN

*Аннотация. В данной статье рассматривается проблема заболевания вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ). Ежегодное увеличение темпов роста заболеваемости ВИЧ подчёркивает необходимость рассматривать данную проблему не только с медицинской, но и с психологической позиции. Автор выделяет и описывает характерные особенности эмоционально-личностной сферы ВИЧ-инфицированных женщин. Значительное внимание уделяется теоретическому анализу психологических особенностей ВИЧ-инфицированных больных. Представлены результаты диагностики уровня жизнестойкости, осмысленности жизни и стратегий совладания со стрессом. Рассматриваются основные цели и задачи программы психологической помощи ВИЧ-инфицированным женщинам. Представлены результаты проведённой оценки эффективности программы психологической помощи. Полученные результаты позволяют наметить пути и способы психокоррекционной работы по гармонизации эмоционально-личностной сферы ВИЧ-инфицированных, что, на наш взгляд, определяет актуальность избранной темы исследования.*

*ABSTRACT. This article discusses the problem of human immunodeficiency virus (HIV) disease. The annual increase in the growth rate of HIV incidence underlines the need to consider this problem not only from a medical, but also from a psychological point of view. The author identifies and describes the characteristic features of the emotional and personal sphere of HIV-infected women. Considerable attention is paid to the theoretical analysis of the psychological characteristics of HIV-infected patients. The results of diagnostics of the level of resilience, meaningfulness of life and strategies of coping with stress are presented. The main goals and objectives of the program of psychological assistance to HIV-infected women are considered. The results of the evaluation of the effectiveness of the psychological assistance program are presented. The obtained results will help to outline ways and means of psycho-correctional work to harmonize the emotional and personal sphere of HIV-infected people, which, in our opinion, determines the relevance of the chosen research topic.*

*Ключевые слова: стресс, кризис, вирус иммунодефицита человека (ВИЧ), копинг-стратегии, жизнестойкость, психологическая помощь.*

*KEYWORDS: stress, crisis, human immunodeficiency virus (HIV), strategies of coping with stress, resilience, psychological help.*

Проблема заболевания вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) остаётся в настоящее время всё такой же острой и актуальной. С каждым годом число ВИЧ-инфицированных в мире растёт и выходит за рамки групп риска. Актуальной данная проблема является и для России — так, по темпам роста заболеваемости ВИЧ-инфекцией наша страна вышла на 3-е место после Южноафриканской Республики и Нигерии [15].

Как отмечает Н. Недзельским и Е. Морозовой [9], иногда ВИЧ-инфекцию ошибочно рассматривают как главным образом медицинскую проблему. В то же время людям, живущим с ВИЧ, нередко задолго до того, как им понадобится медицинская помощь, приходится сталкиваться с социально-психологическими проблемами, связанными с адаптацией-дезадаптацией и социализацией. Говоря о самих ВИЧ-инфицированных, следует отметить, что ВИЧ-инфекция связана для них с риском осуждения, негативного отношения, дискриминации и гонения. Различные виды предвзятого отношения к ВИЧ-инфицированным ведут к самым разнообразным критическим последствиям как для здоровья и развития, так и для адаптации и социализации заболевшего человека.

Следует подчеркнуть очевидный факт, что ВИЧ угрожает биологическому существованию личности. И несмотря на то что, по словам профессора Л. Монтанье (*L. Montagnier*), «ВИЧ не ведёт к неизбежной смерти», для большинства больных известие об этом диагнозе представляет собой, по словам В. В. Покровского, «пример экстремальной ситуации и воспринимается как вынесение смертного приговора» [12, с. 124]. В связи с этим данная болезнь достаточно часто вызывает одну из самых сильных фрустраций в жизни человека. Смертельный диагноз для любого человека является сильнейшим стрессом и активизирует различные психологические реакции, в том числе заставляет переосмыслить всё своё существование. Такие кризисные моменты жизненного пути определяют весь дальнейший сценарий жизни.

Л. А. Пергаменщик отмечает: «Кризис — это ситуация эмоционального и умственного стресса, требующая значительного изменения представлений о мире и о себе за короткий промежуток времени. Зачастую подобный пересмотр представлений влечёт за собой изменения в структуре личности. Эти изменения могут носить как позитивный, так и негативный характер. По определению, личность, находящаяся в кризисе, не может оставаться прежней» [11, с. 7]. Таким образом, смертельный диагноз вынуждает человека приспособляться к новым условиям жизни. Привычные способы адаптации уже не действуют, и человеку приходится вырабатывать новые способы и стратегии поведения в трудных жизненных ситуациях. Д. Холлис (*J. Hollis*) пишет: «Так, в микрокосме создаётся смысл кризиса для каждого из нас — жизнь приглашает нас разобраться, разделить, различить, просеять, чтобы появилась возможность двигаться к её обогащению, перерастать удобные прежде представления о себе и внешнем мире. Мы можем не радоваться наступлению

кризиса, но у нас нет другого выбора, кроме как его выстрадать» [14, с. 90].

Согласно данным, описанным в литературе, для кризисного состояния ВИЧ-инфицированного человека характерны: страх, повышенная тревожность, депрессия, чувства беспомощности и безнадежности, мысли о смерти [9]. На основании своего опыта работы Н. Недзельский подробно описывает динамику состояния ВИЧ-инфицированного человека, впервые узнавшего о своём диагнозе: «Кризисы мешают заботиться о своём здоровье и порой приводят к трудно исправимым ошибкам. В период кризиса человек сталкивается сразу с несколькими проблемами и не видит выхода из сложившейся ситуации. В таком состоянии ему сложно разобраться даже в собственных чувствах и желаниях. Не все люди с ВИЧ обязательно переживают кризис, но большинству из них не удаётся избежать этого серьёзного испытания. В первый момент при получении диагноза «ВИЧ-инфекция» большинство людей испытывают сильнейший шок. Затем перед ними встаёт вопрос, как сложится их дальнейшая жизнь, сколько она продлится и как это всё отразится на близких им людях. Не существует одинаковой или типичной реакции на этот диагноз: все воспринимают его по-разному. Многих охватывают гнев, подавленность, отчаяние, страх за себя или близких. Некоторые в первый момент думают о самоубийстве. Другие, напротив, абсолютно спокойны. Большинство людей, узнавших о ВИЧ-статусе, вынуждены пересматривать свои представления о собственной жизни» [9, с. 8–9].

Ю. А. Александровский (1993) замечает, что тревожное напряжение и страх возникают, по существу, при любой осознаваемой человеком катастрофе и «бесстрашных» психически нормальных людей в общепринятом понимании этого состояния не бывает. Н. М. Опп (2001) считает, что испытание ВИЧ-инфицированного человека страхом, вплоть до использования им такого механизма психологической защиты, как отрицание, при котором восприятие реальности искажается таким образом, что проблема как бы исчезает, — естественное и нормальное. В то же время автор подчёркивает, что чрезмерное применение ВИЧ-инфицированным данного механизма может привести к тяжёлым для здоровья и жизни последствиям, поскольку не способствует разрешению жизненно важных задач и проблем.

Отметим, что отрицание как защитный механизм является одним из главных способов адаптации личности к стрессовой ситуации и может принимать различные формы [3].

Как отмечает О. В. Кольцова, в исследованиях с участием индивидов, сталкивающихся с тяжёлой болезнью, обнаружено, что центральными вопросами для поддержания эмоционального равновесия являются поиск смысла и контроль над своим заболеванием, а также стремление повысить собственную ценность, самоуважение [7].

Для многих осознание смысла и переживание наличия ВИЧ-инфекции остаются тяжёлыми и требующими напряжения сил. Как правило, последствием полученной информации о положительном

ВИЧ-статусе на психологическое состояние нередко является острый стресс. ВИЧ-инфицированные люди часто поглощены мыслями о развитии заболевания и смерти, так же как и люди с любым другим заболеванием, угрожающим жизни. В этих ситуациях звучит отчётливая тема безнадежности и беспомощности. Последствия ВИЧ-инфекции для социальной жизни также могут быть печальными. Людей, живущих с заболеванием, связанным с ВИЧ, стали подвергать стигматизации с начала эпидемии. Чувство стыда, навязанное убеждениями общества («они заслуживают свою болезнь»), может неблагоприятно сказываться на обращении за медицинской помощью и на соблюдении схемы проведения лечения [13].

Решение раскрыть или сообщить другим людям о положительном статусе ВИЧ также сопровождается выраженным эмоциональным и психологическим дистрессом. По мнению специалистов, раскрытие статуса занимает второе место по степени напряженности после тестирования и получения сообщения о диагнозе ВИЧ [10].

Работающие с ВИЧ-инфицированными пациентами специалисты подчеркивают, что известие о данном диагнозе, несомненно, травмирует человека и реакции могут быть при этом самыми различными. Те, кто уже прошел через многие недели и месяцы болезни и уже долго не мог нормально работать и продолжать нормальную социальную активность, могут уже быть в какой-то мере готовы к такому диагнозу; более того, постановка диагноза может даже принести своеобразное облегчение, так как завершает стадию неопределенности. У тех же, кто заболел внезапно и не был готов к диагнозу смертельной болезни, эмоциональная реакция на новость может быть чрезвычайно мучительной. Эмоциональная поддержка и антикризисные мероприятия в момент постановки диагноза обычно имеют колоссальное значение [5].

Ситуация осложняется тем, что в группу риска попадают люди на подъеме жизненной активности (от 20 до 40 лет), которые испытывают жалость к себе. Будучи молодыми и ранее практически здоровыми, они не готовы к своей инвалидности и тяжёлому заболеванию и часто не способны решить финансовые вопросы в связи с возникновением тяжёлой хронической болезни.

Как подчеркивает Е.Р. Исаева, острота переживаемых ВИЧ-инфицированными проблем, в том числе межличностных противоречий, нарушения профессиональных и семейных связей, оказывает влияние на индивидуально-психологические особенности личности, что проявляется в изменении социального стиля поведения, выражающегося в подозрительности, импульсивности, раздражительности, беспокойстве, повышенной тревожности, неуверенности в себе. При этом у данных пациентов обнаруживается снижение активности, смелости в выборе собственной линии поведения. У ВИЧ-инфицированных лиц отмечаются также нарушения и в эмоциональной сфере: эмоциональный дискомфорт, склонность к агрессии (аутоагрессии), конфликтному поведению, депрессии и суицидальному поведению [6].

По данным И.Б. Бовиной, в ситуации возникновения и распространения малоизвестного смертельно опасного заболевания, природа которого не совсем понятна и поиски путей исцеления ещё только ведутся, а информация о нём достаточно противоречива, индивид пытается адаптироваться к происходящему, ассимилировать информацию, чтобы как-то объяснить это новое заболевание. На основе противоречивой информации, почерпнутой из средств массовой информации или из интрагрупповой коммуникации, индивиды конструируют представления о новой болезни [2].

Таким образом, первые годы жизни с ВИЧ-положительным статусом особенно тяжелы для человека и содействуют развитию психологических особенностей, характерных для данного контингента. Из-за сложности самой природы человеческой личности в целом и личности ВИЧ-инфицированного человека в частности посттравматическая адаптация лиц, инфицированных ВИЧ, связана с большими трудностями для них самих и для окружающих, причём эффект адаптации оказывается значительно менее стойким, если в личности ВИЧ-инфицированного не присутствуют определённые морально-этические ценности и смысложизненные ориентации.

В своём исследовании Е.С. Гумирова анализирует жизненные стратегии ВИЧ-инфицированных людей. Под жизненной стратегией автор понимает основную линию жизни, выбранную человеком исходя из его представлений о ценностях, смысле жизни и образе будущего, а также из оценки своего потенциала и ресурсов. Автор отмечает, что в этой связи установление ВИЧ-положительного статуса «воспринимается как жёсткий приговор и вызывает одновременно формирование стигмы и страха дискриминации» [4, с. 38]. Всё это, безусловно, отражается на ценностях личности, её жизненных целях и планах на будущее. Испытывая неприязнь со стороны других людей, ВИЧ-инфицированные пациенты вынуждены прорабатывать такие жизненные стратегии, которые ориентированы на «управление стигмой», «изменение поведения в отношении ВИЧ-инфицированных».

Всё это показывает важность оказания психологической помощи ВИЧ-инфицированным пациентам. Психологическая помощь представляет собой психосоциальную практику, полем деятельности которой служит совокупность вопросов, затруднений и проблем, относящихся к психической жизни человека. Содержание психологической помощи заключается в обеспечении эмоциональной, смысловой и экзистенциальной поддержки человеку в трудных жизненных ситуациях [1; 7; 9]. Варианты психологической помощи человеку разнообразны, но они эффективны только тогда, когда применяются в сочетании теории, методологии и технологии использования психологических знаний. Среди направлений психологической помощи в кризисных ситуациях, к которым относится заболевание ВИЧ, наиболее эффективными специалисты считают такие как психотерапия, психологическое консультирование и психокоррекция, представляющая собой, с точки зрения

Б. Д. Карвасарского (2002), направленное психологическое воздействие на определённые психологические структуры с целью обеспечения полноценного функционирования и развития индивида.

В качестве методологического подхода к исследованию проблемы оказания психологической помощи принимается системный подход, который как в медицине, так и в психологии основывается не на симптомах болезни, но определяет стратегию целостного изучения человека, существующего в условиях болезни, «предболезни» или психической дезадаптации [1; 7]. В особой мере это касается помощи людям, страдающим хроническими (порой неизлечимыми) заболеваниями. Направленность психологической помощи ВИЧ-инфицированным изменялась с появлением новых возможностей медицины. Если до появления АРВТ (антиретровирусной терапии), когда смерть ВИЧ-инфицированного от СПИДа была почти неизбежной, психологическая помощь была приемлемой только в форме поддержки пациента, которому нужно было справиться со страхом или депрессией, подготовиться к смерти, то сейчас, с назначением АРВТ, смертность уменьшилась в 8 раз. Однако, обеспечивая для пациентов образ жизни, приближающийся к таковому у здоровых людей, АРВТ требует пожизненного приёма препаратов и жёсткого выполнения врачебных предписаний. Если для большинства пациентов, страдающих хроническими заболеваниями (гипертоническая болезнь, сахарный диабет и др.), приём 70–80% выписанных им медикаментов обеспечивает стабильную ремиссию, то пропуск всего нескольких доз АРВТ для ВИЧ-инфицированного на протяжении недели чреват неудачей всего лечения. Инфекционисты соприкоснулись с тем, что многие пациенты отказывались от этой терапии. Отказы были связаны с тем, что предлагаемая терапия требовала принятия на себя ответственности за регулярность приёма лекарственных средств, самоконтроля, а в дальнейшем — изменения уже устоявшегося стереотипа «поведения болезни», изменения качества жизни [1; 7]. В связи с появлением этой проблемы роль психологической помощи и в частности таких её направлений, как психотерапия и психокоррекция, резко повысилась. Психологическая помощь позволяет инфицированным не только обрести надежду, но и осознать собственную ответственность за качество своей жизни с болезнью, «повзрослеть».

О. В. Кольцова подчёркивает, что при оказании психологической помощи лицам с тяжёлыми заболеваниями необходимо учитывать современные тенденции в медицине, а именно — уход от нозоцентрического и переход к личностно-ориентированному и адаптационному подходам [7].

Автором отмечается, что психологическая поддержка и доброжелательность медицинских работников и родственников, которые активно участвуют в процессе лечения, а также психотропной терапии, снижают уровень негативных реакций у ВИЧ-инфицированных пациентов и реализацию ими деструктивных поведенческих намерений, способствуют включению механизмов психологической адаптации [7].

С. Абрамовиц и его коллеги, анализируя возможности психодинамической психотерапии с ВИЧ-инфицированными, отмечают, что «СПИД — это кризис самого себя, но также и шанс, и возможность для роста и развития, для того, чтобы сделать жизнь более значимой. Жизнь с болезнью, угрожающей жизни, лицом к смерти, ведёт к более полному чувствованию жизни» [1, с. 11]. То есть психотерапевтическое вмешательство позволяет инфицированным не только обрести надежду, но и осознать собственную ответственность за качество своей жизни с болезнью, и «повзрослеть».

При этом специалисты подчёркивают, что в связи с тем, что главной психологической мишенью, на которую должны быть направлены психокоррекционные воздействия в работе с ВИЧ-инфицированными, является прежде всего страх смерти, у психолога должна быть общая готовность к работе с такими клиентами [1; 7; 9]. А это предполагает собственную проработанность темы смерти, знания о динамике процесса умирания, а также о методах и формах психологической помощи таким клиентам.

Многие специалисты считают, что лица, имеющие ВИЧ-положительный статус, нуждаются в психологической работе на протяжении всего периода заболевания. И основной целью психокоррекционной работы с данными лицами является гармонизация их эмоционального состояния, так как выявлено, что сам факт болезни, несомненно, травмирует пациентов, особенно в начальный период болезни [1; 8; 9; 12].

Всё вышеизложенное свидетельствует об актуальности проведения эмпирического исследования, целью которого является изучение особенностей эмоционально-личностной сферы ВИЧ-инфицированных женщин, для разработки программы оказания им психологической помощи. Данная цель определила постановку следующих задач:

1. Провести диагностику уровня жизнестойкости, осмысленности жизни и стратегий совладания со стрессом.
2. Разработать на основании полученных результатов программу психологической помощи ВИЧ-инфицированным взрослым и апробировать её.
3. Провести повторную диагностику и сравнительный анализ исследуемых параметров «до» и «после» проведения программы психологической помощи.
4. Сделать выводы об эффективности разработанной программы и возможности её внедрения в практику работы специалистов, оказывающих психологическую помощь ВИЧ-инфицированным взрослым.

*Объект исследования:* ВИЧ-инфицированные взрослые женщины в возрасте 28–48 лет, наблюдающиеся в Центре СПИД, имеющие ВИЧ-положительный статус до пяти лет, в количестве 21 человек.

*Предмет исследования:* эмоционально-личностная сфера ВИЧ-инфицированных женщин.

*Гипотеза исследования:* реализация разработанной программы психологической помощи

повысит уровень жизнестойкости и осмысленности жизни респондентов, будет способствовать выбору эффективных способов совладания со стрессом.

*Методы исследования:*

1) Диагностические:

- Авторская анкета;
- «Тест жизнестойкости» С. Мадди (адаптация Д. А. Леонтьева и Е. А. Рассказовой);
- «Тест смысложизненных ориентаций» Д. А. Леонтьева;
- Опросник «Стратегии преодоления стрессовых ситуаций» (SACS) С. Хобфолл (русскоязычная версия Н. Водопьяновой, Е. Старченковой);

2) Математико-статистические:

- Подсчёт первичных статистик;
- Подсчёт Т-критерия Вилкоксона.

*База исследования:* СПб ГБУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями».

Остановимся на полученных результатах.

Как показали результаты анкетирования, средний возраст по выборке составил 37 лет. У большинства респондентов нет детей (47%), в то же время 43% респондентов имеют по одному ребёнку. Более половины респондентов (52%) имеют высшее образование. Примерно одинаковое количество респондентов находятся «замужем» и «в отношениях» (28% и 29% соответственно). Всего 5% респондентов «в разводе» и 38% — «не замужем».

Средние значения исследуемых показателей и их интерпретация по всем методикам представлены в таблице 1.

Как показывает анализ полученных результатов по «Тесту жизнестойкости» С. Мадди,

средние значения показателей по шкалам «Контроль», «Принятие риска» и «Жизнестойкость» в основном лежат в зоне нормы. Однако по шкале «вовлечённость» средние значения показателя лежат в зоне ниже среднего. Вовлечённость (*commitment*), с точки зрения автора, определяется как убеждённость в том, что вовлечённость в происходящее даёт максимальный шанс найти нечто стоящее и интересное для личности. Отсутствие подобной убеждённости порождает чувство отвержения, ощущение себя «вне» жизни. Человек с неразвитым компонентом вовлечённости не получает удовольствие от собственной деятельности. В ситуации заражения ВИЧ происходит сильная утрата вовлечённости в собственную жизнь и снижается общая жизнестойкость.

Как показал анализ полученных результатов по тесту смысложизненных ориентаций Д. А. Леонтьева, средние значения показателей по всем шкалам теста находятся в зоне среднего уровня. Это позволяет говорить о том, что, в целом, для данных респондентов характерны: достаточный уровень осмысленности своей жизни, относительная удовлетворённость прожитой жизнью и своей самореализацией.

Для исследования копинг-стратегий ВИЧ-инфицированных женщин применялся опросник «Стратегии преодоления стрессовых ситуаций» (SACS) С. Хобфолл (русскоязычная версия Н. Водопьяновой, Е. Старченковой). Полученные результаты показали, что у респондентов присутствуют высокие значения по таким шкалам, как «Импульсивные действия», «Стратегия избегания», «Агрессивные действия» и «Индекс

Табл. 1

Среднее значение исследуемых показателей и их интерпретация

Шкалы	Средние значения показателей (в баллах)	Стандартное отклонение	Уровень соответствия
<b>Тест жизнестойкости С. Мадди</b>			
Вовлечённость	29,9	5,1	Ниже среднего
Контроль	25,4	6,0	Средний
Принятие риска	13,3	3,1	Средний
Жизнестойкость	68,5	12,4	Средний
<b>Тест СЖО Д.А. Леонтьева</b>			
Цели	26,6	6,0	Средний
Процесс	25,7	9,5	Средний
Результат	22,3	5,3	Средний
ЛК-Я	15,8	4,6	Средний
ЛК-Ж	25,8	5,8	Средний
Общая осмысленность	89	17,8	Средний
<b>«Стратегии преодоления стрессовых ситуаций», опросник SACS С. Хобфолл</b>			
Ассертивные действия	17,6	2,1	Средний
Соц. контакт	25,1	2,9	Средний
Соц. поддержка	25,2	4,12	Средний
Осторожные действия	21,5	3,5	Средний
Импульсивные действия	19,7	2,9	Высокий
Стратегия избегания	21,2	1,8	Высокий
Манипулятивные действия	21,2	1,6	Средний
Асоциальные действия	15,8	3,6	Средний
Агрессивные действия	21,1	3,7	Высокий

конструктивности». Это находит подтверждение в исследованиях О. В. Шаргородской: «... человек, инфицированный ВИЧ, независимо от того, каким способом он был инфицирован, не находит в себе сил для самостоятельного разрешения сложившейся ситуации, оказания себе помощи и поддержки, стремится уйти от неё, забыть, отказывается верить в происходящее. У него включаются психологические защиты. Ситуация воспринимается как чрезвычайно травмирующая» [16, с. 18]. А также подтверждается в исследованиях Е. Р. Исаевой: «Больные с ВИЧ используют в большей степени эмоционально-фокусированные стратегии совладания. Для данного контингента больных характерно пассивное отношение к преодолению трудностей, стремление к избеганию и эмоциональному отстранению от проблем, склонность к агрессивному реагированию на жизненные трудности. В стрессовых ситуациях им плохо удаётся контролировать свои действия и эмоции. Указанные копинг-стратегии предполагают определённую степень враждебности и готовности к риску ВИЧ-инфицированных больных. ВИЧ-больные, как показало исследование, не признают своей роли в проблеме и не пытаются её адекватно разрешить, ищут виновников своих неудач во внешней среде, перенося ответственность на других людей» [6, с. 95].

Так как теоретический анализ литературы показал, что важнейшими коррекционными мишенями являются гармонизация эмоционального состояния ВИЧ-инфицированных пациентов, повышение уровня осмысленности их жизни, принятие своего заболевания и ответственности за своё здоровье и жизнь, а результаты эмпирического исследования выявили низкий уровень такого важного показателя жизнестойкости, как вовлечённость, а также средние значения всех показателей смысловых ориентаций, нами были намечены цели и задачи программы психологической помощи ВИЧ-инфицированным женщинам.

*Цель программы* — повышение уровня жизнестойкости и осмысленности жизни взрослых с диагнозом ВИЧ+.

*Задачи:*

1. Содействовать формированию отношения к жизни как ценности.
2. Оказать помощь в принятии неопределённости и приспособлении к ней.
3. Способствовать формированию адекватного стиля поведения в преодолении жизненных трудностей.
4. Обучить навыкам саморегуляции.
5. Содействовать достижению более глубокого понимания стрессовых обстоятельств, путей совладания с ними; нахождению путей активного разрешения проблем.
6. Использовать систематическую обратную связь для углубления самовосприятия вовлечённости, контроля и принятия риска.

*Структура каждого занятия:*

1. Знакомство-приветствие. Разминка. Цель: установление контакта, командообразование, снижение уровня психоэмоционального напряжения, активизация работы в группе.

2. Основная часть занятия. Цель: отработка упражнений, направленных на решение основных задач программы.

3. Рефлексия — обратная связь. Завершение. Цель: ретроспективная оценка занятия, отреагирование чувств.

Программа психологической коррекции проводилась в течение месяца один раз в неделю и включала три блока:

1. «Жизнестойкость» (формирование доступа к ресурсам, осознание жизненной позиции, формирование навыков саморегуляции).

2. «Стрессоустойчивость» (развитие способностей эффективного совладания со стрессом, развитие навыков саморегуляции).

3. «Жизнь как ценность» (формирование активной жизненной позиции, повышение общего уровня активности в формировании смысла жизни).

Участники — пациентки Санкт-Петербургского Центра по профилактике и борьбе со СПИДом (далее — Центр СПИДа) в возрасте от 25 до 50 лет с установленным диагнозом «ВИЧ-инфекция», испытывающие трудности психологической адаптации, без наркологического анамнеза и без тяжёлой психиатрической патологии. Количество участников — 10 человек, согласившихся участвовать в программе.

Для оценки эффективности программы психологической помощи был осуществлён сравнительный анализ результатов «до» и «после» её проведения с использованием Т-критерия Вилкоксона. Результаты представлены в таблице 2.

На основании приведённых данных мы можем говорить, что в группе респондентов в результате прохождения программы психологической помощи было достигнуто статистически значимое повышение показателей «Вовлечённость» и «Принятие риска». Это говорит о том, что программа дала возможность участницам вовлечься в реальную действительность и найти в ней важное и интересное для себя. А также участницы поверили в то, что всё, что с ними происходит, необходимо для развития, поскольку даёт им опыт — как положительный, так и отрицательный. По таблице 2 мы видим, что все показатели незначительно повысились, однако статистически значимые результаты выявлены только по двум шкалам.

Статистически значимые изменения зафиксированы и при сравнении результатов до и после программы по показателям осмысленности жизни Д. А. Леонтьева (табл. 2). Так, достоверно возросли такие компоненты осмысленности жизни, как «цели» и «Локус контроля — Я». Это позволяет нам также говорить об эффективности проведённой программы. Участницы стали воспринимать процесс своей жизни как более интересный, эмоционально насыщенный и наполненный смыслом, а также расширили представление о себе как о сильной личности, обладающей достаточной свободой выбора, чтобы построить свою жизнь в соответствии со своими целями и задачами и представлениями о её смысле. По таблице 2 мы также видим, что все показатели незначительно повысились, однако статистически значимые результаты были получены только по двум шкалам.

Сравнительный анализ исследуемых показателей до и после проведения программы психологической помощи ВИЧ-инфицированным женщинам

Шкалы	Средние значения показателей (в баллах)		Стандартное отклонение		Z (Вилкоксона)	p (значимость)
	До	После	До	После		
<b>Тест жизнестойкости С. Мадди</b>						
Вовлечённость	29,90	34,0	5,1	7,6	-2,111	<b>0,035</b>
Контроль	25,4	28,1	6,0	7,1	-1,474	0,141
Принятие риска	13,3	15,7	3,1	5,1	-2,003	<b>0,045</b>
Жизнестойкость	68,5	77,8	12,4	19,6	-1,790	0,074
<b>«Тест смысложизненных ориентаций Д. А. Леонтьева»</b>						
Цели	26,6	29,7	6,0	8,3	-1,186	0,236
Процесс	25,7	30,6	9,5	7,0	-2,102	<b>0,036</b>
Результат	22,3	25,4	5,3	4,9	-1,307	0,191
ЛК-Я	15,8	19,7	4,6	5,1	-2,103	<b>0,035</b>
ЛК-Ж	25,8	28,6	5,8	6,2	-1,023	0,306
Общая осмысленность	89,0	100,9	17,8	18,5	-1,478	0,139
<b>«Стратегии преодоления стрессовых ситуаций», опросник SACS С. Хобфолл</b>						
Ассертивные действия	17,6	19,6	2,1	1,1	-1,911	<b>0,050</b>
Соц. контакт	25,1	25,1	2,9	2,9	-0,282	0,778
Соц. поддержка	25,2	25,1	4,1	3,0	-0,424	0,672
Осторожные действия	21,5	20,9	3,5	2,9	-0,411	0,681
Импульсивные действия	19,7	20,8	2,9	2,8	-1,053	0,292
Стратегия избегания	21,2	19,6	1,6	3,4	-1,556	0,120
Манипулятивные действия	21,2	20,4	1,6	4,0	-0,714	0,475
Асоциальные действия	15,8	15,3	3,6	2,5	-0,653	0,514
Агрессивные действия	21,1	19,8	3,7	4,8	-1,126	0,260

Как видно из приведённых в таблице 2 данных, значимые различия обнаружились по такой стратегии совладающего поведения, как «ассертивные действия». То есть после участия в программе психологической помощи участницы стали больше выбирать модель поведения, при которой человек активно и последовательно отстаивает свои интересы и открыто заявляет о своих целях и намерениях, уважая при этом интересы окружающих.

Группа была открытого типа, поэтому допускалось, что кто-то начинал тренинг со второго или даже с третьего занятия. Тех, кто завершил комплекс из трёх занятий, просили заполнить анкету обратной связи. Занятия проводили два психолога. Тренинг включал комплекс из трёх занятий. Участники собирались один раз в неделю с 18:00 до 20:00 часов. Рекомендуемая последовательность: первое занятие проводилось по теме «Жизнестойкость», второе — «Стрессоустойчивость» и третье — «Жизнь как ценность».

В таблице 3 представлена краткая программа тренинга.

При выполнении упражнений участницы переживали глубокие чувства. Они говорили о многочисленных жизненных стрессорах, дилеммах принятия решения, делились горем утраты отношений с близкими людьми, обсуждали конфликты со взрослеющими детьми. Одновременно они искали стимулы для построения новых планов, реализации отложенных намерений.

Одна из участниц, например, сообщила, что долго не могла решиться на раскрытие своего диагноза «ВИЧ-инфекция» 21-летнему сыну, который после смерти её мужа от СПИДа был для неё единственным родным человеком. Она испытывала страх быть отвергнутой. Работа с негативными убеждениями облегчила эту задачу — она смогла сказать о своем заболевании сыну, от которого получила поддержку.

Таким образом, результаты эмпирического исследования позволяют нам сделать вывод о подтверждении выдвинутой гипотезы: в ходе реализации разработанной программы психологической помощи обнаружено достоверное повышение уровня жизнестойкости и осмысленности жизни респондентов, выявлено использование участниками программы эффективных способов совладания со стрессом. Факт, что далеко не все показатели обнаружили значимые различия после проведения коррекционной программы, позволяет предположить, что для более заметных изменений личностных особенностей требуется более продолжительная работа.

Результаты данного эмпирического исследования мы можем считать определённым вкладом в борьбу со СПИДом и в развитие психологической помощи в здравоохранении.

В то же время следует отметить, что данная программа психологической помощи является только началом и её можно считать пилотным вариантом,

## Краткая программа тренинга

<b>Занятие № 1: Жизнестойкость</b>	
Цель	Формирование представления о понятии «Жизнестойкость», развитие навыков саморегуляции
Оборудование	Листы, ручки, заготовки с флагом
Ход занятия	Приветствие. Ожидания участников. Обсуждение правил работы в группе. Время: 10–15 мин Упражнение «Ассоциации». Время: 10–15 минут Упражнение «Социальная реклама». Представление задания 10 минут Обсуждение. Время: 25 минут Коллаж «Мой герб». Время: 20 минут Рефлексия. Релаксация «Безопасное место». Упражнение «Зёрнышко». Время: 7 мин Упражнение на завершение. Время: 7–10 мин
Время итого	95 мин
<b>Занятие № 2: Стрессоустойчивость</b>	
Цель	Формирование способностей выбирать эффективные методы совладающего поведения в стрессовой ситуации; развитие способностей эффективного совладания со стрессом, формирование навыков саморегуляции
Оборудование	Листы, ручки, карандаши
Ход занятия	Приветствие. Разминка. Упражнение «Снежный ком». Время: 10 мин Упражнение «Лекарство от стресса». Обсуждение. Время: 20 мин. Упражнение «Мыльные пузыри». Время: 15 мин Упражнение 5 «Я и стресс». Обсуждение. Время: 30 мин Упражнение «Напряжение — расслабление». Время: 10 мин Упражнение на завершение. Время: 10 мин
Время итого	95 мин
<b>Занятие № 3: Жизнь как ценность</b>	
Цель	Формирование активной жизненной позиции, повышение общего уровня активности в формировании смысла жизни
Оборудование	Листы, ручки, карандаши
Ход занятия	Приветствие. Разминка. Упражнение «Три любимые вещи». Время: 10 мин Мозговой штурм — Что такое смысл жизни? Выводы. Рефлексия. Время: 25 мин Упражнение «Смыслжизненные ориентации». Рефлексия. Время: 35 минут. Упражнение на саморегуляцию. Верёвка. Обсуждение. Время: 10 мин Упражнение на завершение. Время: 15 мин
Время итого	95 мин

так как она проводилась только в течение месяца. Как отмечалось выше, серьёзная кризисная ситуация, вызванная диагнозом ВИЧ+, требует систематической психологической поддержки пациентов. Поэтому данная работа требует продолжения и развития. Но уже сегодня результаты позволяют

сделать вывод о том, что оказание психологической помощи людям в ситуации неизлечимого заболевания должно быть направлено на обучение больного методам самопомощи, в том числе направленным на переструктурирование жизненных целей и порождение новых смыслов собственного бытия.

1. Александрова Н. В., Городнова М. Ю., Эйдемиллер Э. Г. Современные модели психотерапии при ВИЧ/СПИДе: учеб. пособие для врачей и психологов. СПб.: Речь, 2010. 191 с.
2. Бовина И. Б., Панова Т. Б., Малышева Н. Г. ВИЧ-инфекция и ВИЧ-инфицированные: особенности социальных представлений в двух возрастных группах // Психология и право. 2012. № 1. С. 171–177.
3. Большой психологический словарь / сост. Б. Г. Мещеряков, В. П. Зинченко. СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2008. 672 с.
4. Гумирова Е. С. Вопросы изучения жизненных стратегий ВИЧ-инфицированных // Вестник Нижегородского университета им. Н. И. Лобачевского. Серия Социальные науки. 2010. № 4 (20). С. 32–39.
5. Ивашкина М. Г. Психологические особенности личности ВИЧ-инфицированных: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.01. М., 1998. 125 с.
6. Исаева Е. Р. Копинг-поведение и психологическая защита личности в условиях здоровья и болезни. СПб.: Изд. СПбГМУ, 2009. 136 с.
7. Кольцова О. В. Психологическая помощь больным с ВИЧ-инфекцией в специализированном учреждении здравоохранения — Центре СПИД: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.01. СПб., 2013. 116 с.
8. Кольцова О. В., Яковлева Н. Л., Рассохин В. В. Социальные и поведенческие особенности людей, заразившихся ВИЧ-инфекцией // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. 2011. Т. 3, № 4. С. 75–80.
9. Недзельский Н., Морозова Е. Поддержка людей, живущих с ВИЧ. М.: Инфо-плюс, 2003. 148 с.

10. Официальная статистика ВИЧ, СПИДа в России (подробно). [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://spid-vich-zppp.ru/statistika/ofitsialnaya-statistika-vich-spid-rf-2016.html> (дата обращения: 20.06.2020).
11. Пергаменишчик Л. А., Пузыревич Н. Л. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. Практикум. 2-е изд., перераб. и доп. Минск: Изд-во Гревцова, 2013. 384 с.
12. Покровский В. В. ВИЧ-инфекция и СПИД. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. 488 с.
13. Фернандез Ф., Руиз П. Психиатрические аспекты ВИЧ/СПИДа. К.: Сфера, 2009. 512 с.
14. Холлис Дж. Сотвори свою жизнь. Поиски своего пути. М.: Класс, 2006. 192 с.
15. Шаргородская О. В. Динамика совладания у ВИЧ-инфицированных на разных этапах переживания стресса // Вестник КГУ им. Н. А. Некрасова. 2015. Т. 21. С. 138–142.
16. Шаргородская О. В. Совладающее поведение у ВИЧ-инфицированных женщин: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.01. Кострома. 2016. 194 с.

### References

1. Aleksandrova N. V., Gorodnova M. Yu., Eydemiller E. G. *Sovremennyye modeli psikhoterapii pri VICH/SPiDe: Uchebnoye posobiye dlya vrachev i psikhologov* [Modern models of psychotherapy for HIV/AIDS: Manual for doctors and psychologists]. St. Petersburg: Rech Publ., 2010. 191 p. (In Russian).
2. Bovina I. B., Panova T. B., Malysheva N. G. VICH-infektsiya i VICH-infitsirovannyye: osobennosti sotsialnykh predstavleniy v dvukh vozrastnykh gruppakh [HIV infection and HIV-infected: features of social representations in two age groups]. *Psikhologiya i pravo – Psychology and Law*, 2012, (1), pp. 171–177 (in Russian).
3. Meshcheryakov B. G., Zinchenko V. P. (Eds.) *Bolshoy psikhologicheskiy slovar* [Large psychological dictionary]. St. Petersburg: Prime-EUROSNACK Publ., 2008. 672 p. (In Russian).
4. Gumirova E. S. Voprosy izucheniya zhiznennykh strategiy VICH-infitsirovannykh [Issues of studying the life strategies of HIV-infected people]. *Vestnik Nizhegorodskogo universiteta imeni N. I. Lobachevskogo. Seriya: Sotsialnyye nauki — Bulletin of Nizhny Novgorod University named after N. I. Lobachevsky. Series: Social Sciences*, 2010, 4 (20), pp. 32–39 (in Russian).
5. Ivashkina M. G. *Psikhologicheskiye osobennosti lichnosti VICH-infitsirovannykh: dis. ... kand. psikhol. nauk* [Psychological characteristics of a personality of the HIV-infected: Cand. Sc. (Psychology) dissertation]. Moscow, 1998. 125 p. (In Russian).
6. Isayeva E. R. *Koping-povedeniye i psikhologicheskaya zashchita lichnosti v usloviyakh zdorovya i bolezni* [Coping behavior and psychological protection of a person in conditions of health and illness]. St. Petersburg: Saint-Petersburg State Medical University Publ., 2009. 136 p. (In Russian).
7. Koltsova O. V. *Psikhologicheskaya pomoshch bolnym s VICH-infektsiyey v spetsializirovannom uchrezhdenii zdravookhraneniya — Tsentre SPiD: dis. ... kand. psikhol. nauk* [Psychological assistance to patients with HIV infection in a specialized healthcare institution — AIDS Center: Cand. Sc. (Psychology) dissertation]. St. Petersburg, 2013. 116 p. (In Russian).
8. Koltsova O. V., Yakovleva N. L., Rassokhin V. V. Sotsialnyye i povedencheskiye osobennosti ludey, zarazivshikhsya VICH-infektsiyey [Social and behavioral characteristics of people infected with HIV infection]. *VICH infektsiya i immunosupressii — HIV infection and immunosuppression*, 2011, 3 (4), pp. 75–80 (in Russian).
9. Nedzelskiy N., Morozova Ye. *Podderzhka ludey, zhivushchikh s VICH* [Support for people living with HIV]. Moscow: Info-plus Publ., 2003. 148 p. (In Russian).
10. *Official statistics of HIV, AIDS in Russia*. (n.d.) (in Russian). Available at: <https://spid-vich-zppp.ru/statistika/ofitsialnaya-statistika-vich-spid-rf-2016.html>. (accessed 20.06.2020).
11. Pergamenshchik L. A., Puzyrevich N. L. *Psikhologicheskaya pomoshch v krizisnykh situatsiyakh: Praktikum* [Psychological assistance in crises: Practicum]. Minsk: Grevtsov Publ., 2013. 384 p. (In Russian).
12. Pokrovskiy V. V. *VICH-infektsiya i SPiD* [HIV infection and AIDS]. Moscow: GEOTAR — Media Publ., 2013. 488 p. (In Russian).
13. Fernandez F. *Psikhiatricheskiye aspekty VICH/SPiD* [Psychiatric aspects of HIV/AIDS]. Kostroma: Sfera Publ., 2009. 512 p. (In Russian).
14. Hollis J. *Sotvory svoyu zhizn: Poiski svoego puti*. [Create your life: Finding Your Way]. Moscow: Class Publ., Hollis. 2006. 192 p. (In Russian).
15. Sharгородская О. В. Динамика совладания у ВИЧ-инфицированных на разных этапах переживания стресса [The dynamics of coping in HIV-infected people at different stages of experiencing stress]. *Vestnik Kostromskogo gosudarstvennogo universiteta imeni N. A. Nekrasova. — Bulletin of Kostromskoy State University named after N. A. Nekrasov*, 2015, (21), pp. 138–142 (in Russian).
16. Sharгородская О. В. *Sovladayushcheye povedeniye u VICH-infitsirovannykh zhenshchin: dis. ... kand. psikhol. nauk* [Coexisting behavior in HIV-infected women: Cand. Sc. (Psychology) dissertation abstract]. Kostroma, 2016. 194 p. (In Russian).