

УДК 316.454.52

<http://dx.doi.org/10.22328/2077-9828-2020-12-3-111-119>

ТРЕНИНГ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ ДЛЯ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЖЕНЩИН

© ¹Г. Н. Савченко, ^{2,3}О. В. Кольцова¹СПб ГОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный институт психологии и социальной работы», Россия²СПб ГБУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями», Россия³ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» Минздрава РФ, Россия

Цель исследования: изучение связи жизнестойкости ВИЧ-инфицированных женщин с психологическим состоянием, смысложизненными ориентациями, копинг-стратегиями для разработки психологического вмешательства.

Материалы и методы. Участниками исследования были пациентки Санкт-Петербургского Центра по профилактике и борьбе со СПИД. Анкета включает в себя социально-демографические характеристики женщин. «Тест жизнестойкости» С. Мадди (в адаптации Леонтьева, Рассказовой), тест «Смысложизненные ориентации» (СЖО) Д. А. Леонтьева, опросник «Стратегии преодоления стрессовых ситуаций» (SACS) С. Хобфолл, шкала SSD-12, шкала оценки влияния травматического события IES-R (Impact of Event Scale) разработана для измерения специфических реакций человека на стрессоры, где общая шкала оценивает степень влияния реакции на ВИЧ-инфекцию как на травматическое событие.

Результаты. Средний возраст женщин, принявших участие в тренинге, составляет 38,9 года. 48,1% (13/27) имеют высшее образование. 37% (10/27) не имеют детей. 48,1% (13/27) женщин одиноки (не имеют постоянного сексуального партнера). 33,3% (9/27) участниц получили диагноз ВИЧ-инфекция менее чем год назад. Тренинг включал комплекс из трех занятий. Участники собирались один раз в неделю с 18:00 до 20:00 часов. Группа была открытого типа. Тех, кто завершил комплекс из трех занятий, просили заполнить анкету обратной связи. Показатели теста «Жизнестойкость» на высоком уровне статистической значимости положительно связаны с показателями СЖО «Общая осмысленность», «Цели в жизни», «Процесс жизни», «Результативность жизни», «Локус контроля — Я», «Локус контроля — Жизнь». Выраженность восприятия диагноза ВИЧ-инфекции как травматического события имеет двустороннюю связь с психологической напряженностью (на когнитивном, аффективном и поведенческом уровнях), отрицательную связь со смысложизненными ориентациями и потребностью найти «источник» смысла жизни в настоящий момент времени. Травматическое влияние ВИЧ-инфекции связано с агрессивным поведением, затруднениями в осмысленности происходящего, с потерей бдительности и уверенности в себе.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, жизнестойкость, психологическая помощь, невротические расстройства, стресс, психологический тренинг

Контакт: Савченко Галина Николаевна, e-mail: galya@list.ru

HARDINESS TRAINING FOR HIV-INFECTED WOMEN

© ¹Galina N. Savchenko, ^{2,3}Olga V. Koltsova¹St. Petersburg State Institute of Psychology and Social Work, St. Petersburg, Russia²St. Petersburg Center for Prevention and Control of AIDS and Infectious Diseases, St. Petersburg, Russia³Pavlov First St. Petersburg State Medical University, St. Petersburg, Russia

Aim objective is to study the relationship between the viability of HIV-infected women and their psychological state, lifelong orientations, and coping strategies for developing psychological intervention.

Materials and methods. The study participants were patients of the St. Petersburg Center for the Prevention and Control of AIDS. The questionnaire includes the socio-demographic characteristics of women. «Resilience Test» S. Muddy, test «Meaningful Life Orientations» (SJO) D. A. Leont'ev, Stress Management Strategies (SACS) Questionnaire C. Hobfall, the SSD-12 scale evaluates the psychological stress associated with somatic symptoms. The Impact of Event Scale is designed to measure specific human responses to stressors, where a common scale measures the degree to which a response to HIV infection is a traumatic event.

Results. The average age of women who participated in the training is 38.9 years. 48.1% (13/27) have higher education. 37% (10/27) have No children. 48.1% (13/27) of women are single (do not have a permanent sexual partner). 33.3% (9/27) of the

participants were diagnosed with HIV infection less than a year ago. The training included a complex of three classes. Participants gathered once a week from 6 p.m. to 8 p.m. The group was open. Those who completed a set of three classes were asked to fill out a feedback form. The indicators of the «Resilience» test at a high level of statistical significance are positively associated with the indicators of the LSS «General Intelligence», «Goals in Life», «Life Process», «Life Efficiency», «Locus of Control-I», «Locus of Control-Life». The severity of the perception of the diagnosis of HIV infection as a traumatic event has a two-way connection with psychological tension (at the cognitive, affective and behavioral levels), a negative connection with the meaning of life orientations and the need to find the «source» of the meaning of life at the moment. The traumatic effect of HIV infection is associated with aggressive behavior, difficulties in the meaningfulness of what is happening, with a loss of vigilance and self-confidence.

Key words: HIV infection, hardiness, resilience, psychological care, neurotic disorders, stress, psychological training

Contact: Galina N. Savchenko, e-mail: galya@list.ru

Конфликт интересов: авторы заявили об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Савченко Г.Н., Кольцова О.В. Тренинг жизнестойкости для ВИЧ-инфицированных женщин // *ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии*. 2020. № 3. С. 111–119, <http://dx.doi.org/10.22328/2077-9828-2020-12-3-111-119>.

Conflict of interest: the authors stated that there is no potential conflict of interest.

For citation: Savchenko G.N., Koltsova O.V. Hardiness training for HIV-infected women // *HIV infection and Immunosuppressive Disorders*. 2020. No. 3. P. 111–119, <http://dx.doi.org/10.22328/2077-9828-2020-12-3-111-119>.

Введение. В настоящее время медико-социальные проблемы, связанные с ВИЧ-инфекцией, обусловлены не только постоянным увеличением количества людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), выходом заболевания за границы сообществ людей, которых традиционно принято считать группами риска. Благодаря появлению альтернативных источников информации в социальных сетях, интернет-ресурсах и др., которые искажают сведения о ВИЧ-инфекции, увеличивается риск формирования среды в обществе с широким разбросом негативных последствий: от полного отрицания заболевания до полного пессимизма в отношении курабельности пациентов с ВИЧ.

Первые годы жизни для ЛЖВ особенно сложны, поскольку психологическая адаптация к диагнозу сопряжена с большими трудностями под влиянием потрясения (стресса), связанного с ВИЧ-инфекцией: возникают проблемы для самого человека, в этот процесс вовлечены близкие люди, и не все из них способны оказывать поддержку в течение длительного времени. Большое значение в преодолении жизненного кризиса, мобилизации и эффективном использовании компенсаторных механизмов для борьбы с болезнью имеет выявление и осознание индивидуальных особенностей психологического ресурса, а именно жизнестойкости ЛЖВ.

Жизнестойкость (hardiness) представляет собой систему убеждений о себе, о мире, об отношениях с миром и включает в себя три сравнительно автономных компонента, таких как вовлеченность, контроль, принятие риска. Вовлеченность — это умение

увлечься своей работой и получать от нее удовольствие; принятие риска — убежденность человека в том, что все происходящее с ним, способствует развитию его личности за счет знаний, полученных опытным путем; контроль — представляет собой убежденность в том, что борьба может повлиять на результат происходящего. Впервые американские психологи Сальвадор Мэдди и Сьюзан Кобейс в 80-х годах XX века уделили внимание этому феномену, предложили рассматривать «hardiness» как особое интегративное качество, систему взглядов и убеждений о мире и о себе, позволяющую человеку противостоять стрессовой ситуации, сохраняя при этом внутреннее равновесие и гармонию [1]. Из многих отечественных психологов, которые явились последователями данного направления, Д. А. Леонтьев предложил термин «жизнестойкость», а наиболее близким к понятию «жизнестойкости» соотнес термин «жизнетворчество» [2].

Механизм действия жизнестойкости заключается во влиянии установок на оценку текущей жизненной ситуации и готовности человека активно действовать в пользу будущего. Особое значение жизнестойкость приобретает при тяжелых заболеваниях и терминальных состояниях. В этом случае жизнестойкость становится ресурсом, позволяющим справиться с отчаянием, ощущением беспомощности и потерей смысла. Жизнестойкие люди обладают тремя важными качествами. Они умеют принимать действительность такой, какова она есть; они глубоко убеждены, что жизнь имеет смысл; они готовы выходить победителем

из любых жизненных испытаний и выносить жизненный опыт.

Е. В. Соболева, ссылаясь на А. А. Баканову [3], выделяет четыре типа переживания кризисной ситуации ВИЧ-инфекции: «Убегающие от болезни», «Нуждающиеся в помощи», «Ищущие себя и смысл» и «Жизнестойкие». Такое разделение происходит в зависимости от индивидуально-психологических особенностей личности, проработанности экзистенциальных компонентов кризисной ситуации, принятия или отклонения значения событий, а также характеристик отношения человека к жизни, смерти и своему заболеванию. Предполагается, что «Убегающие от болезни» находятся на начальных этапах адаптации к диагнозу, в то время как «Жизнестойкие» являются примером его «удачного переживания».

В Великобритании было проведено исследование ВИЧ-положительных и ВИЧ-отрицательных взрослых на предмет связи возраста и «времени с диагнозом ВИЧ» с устойчивостью (resilience), а также связь устойчивости с депрессией, симптомами тревоги и проблемами, связанными с повседневной деятельностью. В результате исследования авторы выявили, что ВИЧ-статус в целом не был связан с сопротивляемостью. Тем не менее более длительное время проживания с диагнозом ВИЧ было связано с более низкой сопротивляемостью, а в более старшем возрасте наблюдалась незначительная тенденция к повышению устойчивости. У взрослых с ВИЧ высокая сопротивляемость была связана с более низкой распространенностью депрессии, тревоги и проблем, связанных с повседневной деятельностью [4].

Было проведено исследование связи между устойчивостью и психическим здоровьем у соматически больных, которое показало тесную связь между сопротивляемостью (resilience) и психическим здоровьем у соматически больных. В клинической практике отсутствие устойчивости (resilience) как ресурса для успешного преодоления может указывать на необходимость психосоциальной поддержки во время лечения соматических заболеваний [5].

В одном зарубежном исследовании провели глубокий анализ исследований устойчивости, связанной с ВИЧ, результатов приверженности антиретровирусной терапии (АРВТ), посещаемости клиник, количеству клеток CD4, вирусной нагрузки, вирусной супрессии и/или иммунной функции среди ЛЖВ. Большая часть исследований ВИЧ определяет устойчивость только на индивидуальном (то

есть психологическом) уровне или изучает индивидуальную и ограниченную межличностную устойчивость (например, социальную поддержку) [6].

В Бразилии в 2018 г. было проведено исследование устойчивости как одного из факторов, который позволяет людям, живущим с ВИЧ, сохранять сопротивляемость и адаптироваться к медицинским, психологическим и социальным последствиям, связанным с диагнозом. Процесс, с помощью которого люди через религию пытаются справиться с личными или ситуативными требованиями в своей жизни, называется религиозным преодолением. Это исследование было направлено на изучение предикторов устойчивости среди социально-демографических, медико-клинических и религиозных стратегий выживания (положительных и отрицательных). Участниками исследования были 200 ВИЧ-положительных людей (52,5% мужчин), наблюдавшихся в амбулаторной клинике по ВИЧ/СПИДу. По результатам исследования устойчивость не была связана с какими-либо социально-демографическими и медико-клиническими переменными, однако она значительно и положительно коррелировала с положительным религиозным преодолением и отрицательно коррелировала с отрицательным религиозным преодолением. В множественном регрессионном анализе как негативное, так и позитивное религиозное преодоление были значимыми предикторами устойчивости, причем более высокие баллы по этой переменной были результатом более широкого использования позитивного религиозного копинга и меньшего использования негативного религиозного копинга в выборке ЛЖВ этого исследования. Результаты указывают на важные эффекты, которые может оказать религиозное преодоление на процесс преодоления трудностей, связанных с диагнозом ВИЧ [7].

Отмечена необходимость оказания психологической помощи ВИЧ-инфицированным людям, которые находятся в кризисной ситуации. Авторы отмечают, что отношение к жизни, смерти и диагнозу дает возможность оказывать психологическую помощь, изменяя отношение к жизни, «обогащая» ее смыслом, исследуя экзистенциальные проблемы, изменяя отношение к лечению, а также способствуя адаптации к ВИЧ-статусу, что позволяет принять, преобразовать или создать жизненную реальность. Чтобы помочь пациенту выбрать наилучший способ пережить кризис, необходимо оказывать психологическую помощь ВИЧ-инфицированным мужчинам и женщинам [8].

Цель исследования: изучение связи жизнестойкости ВИЧ-инфицированных женщин с психологическим состоянием, смысложизненными ориентациями, копинг-стратегиями для разработки психологического вмешательства.

Материалы и методы. Участниками исследования были пациентки Санкт-Петербургского Центра по профилактике и борьбе со СПИД в возрасте от 25 до 50 лет с установленным диагнозом ВИЧ-инфекция, испытывающие трудности психологической адаптации, без наркологического анамнеза и без тяжелой психиатрической патологии. Все участницы дали согласие участвовать в занятиях тренинга жизнестойкости и заполнили анкету и психологические опросники.

Анкета включает в себя социально-демографические характеристики женщин (возраст, семейное положение, наличие детей, образование, длительность заболевания).

«Тест жизнестойкости» С. Мадди (опросник Hardiness Survey) в адаптации Д. А. Леонтьева и Е. И. Рассказовой [9] оценивает способность личности к эффективному совладанию со стрессовой ситуацией, ее саморегуляцию как на экзистенциальном, так и на психофизиологическом уровне функционирования. Высчитывается как общий балл жизнестойкости, так и показатели для каждой из трех субшкал (вовлеченности, контроля и принятия риска). Можно говорить как об индивидуальных различиях каждого из трех компонентов в составе жизнестойкости, так и о необходимости их согласованности между собой и с общей (суммарной) оценкой жизнестойкости.

Тест «Смысложизненные ориентации» (СЖО) Д. А. Леонтьева содержит 20 пар утверждений. Для каждого испытуемого рассчитывается общий показатель осмысленности жизни (ОЖ) и показатели по пяти субшкалам: цели, процесс жизни, результат, локус контроля — Я, локус контроля — Жизнь. Тест смысложизненных ориентаций позволяет оценить «источник» смысла жизни, который может быть найден человеком либо в будущем (цели), либо в настоящем (процесс) или прошлом (результат), либо во всех трех составляющих жизни.

Опросник «Стратегии преодоления стрессовых ситуаций» (SACS) С. Хобфолл (русскоязычная версия Н. Водопьяновой, Е. Старченковой) [10] предназначен для выявления предпочитаемых стратегий преодоления стрессовых ситуаций. Опросник содержит девять моделей преодолевающего поведения: ассертивные действия, вступле-

ние в социальный контакт, поиск социальной поддержки, осторожные действия, импульсивные действия, избегание, непрямые действия, асоциальные действия, агрессивные действия.

Шкала SSD-12 (The Somatic Symptom Disorder — B Criteria Scale) [11] разработана А. Toussaint и соавт. для оценки психологической напряженности, связанной с соматической симптоматикой, состоит из 12 утверждений. Психологическая напряженность в связи с наличием соматической симптоматики дифференцирована по трем подкритериям: когнитивный, аффективный и поведенческий аспекты.

Шкала оценки влияния травматического события (Impact of Event Scale — IES-R) [12] разработана для измерения специфических реакций человека на стрессоры. Адаптированная Н. В. Тарабриной в 2001 г. шкала IES-R, содержит 22 утверждения и оценивается по трем субшкалам: «Вторжение», «Избегание», «Физиологическая возбудимость» и суммарному по этим трем субшкалам «Интегральному показателю». Так как шкала IES-R ориентирована на оценку влияния любого травматического события на психику человека, мы задали конкретное травматическое событие — диагноз ВИЧ-инфекция. «Вторжение» (В) — выявляет ночные кошмары, навязчивые чувства, образы или мысли, связанные с возможными последствиями ВИЧ-инфекции. «Избегание» (И) — позволяет идентифицировать симптомы избегания, включая попытки смягчить или избежать переживаний, связанных с возможными последствиями ВИЧ-инфекции. «Физиологическая возбудимость» (ФВ) — позволяет выявить гнев и раздражительность у испытуемого; гипертрофированные реакции страха на возможное влияние мыслей о ВИЧ; трудности с концентрацией психофизиологического возбуждения из-за воспоминаний о наличии ВИЧ, бессонницу. «Интегральный показатель» (ИП) — общая шкала для оценки влияния реакции на ВИЧ-инфекцию как на травматическое событие. Это позволяет выявить наличие неблагоприятных эмоциональных и личностных характеристик у обследуемых, которые развились в результате субъективного восприятия угрозы со стороны ВИЧ-инфекции.

Для статистического анализа использовалась программа IBM SPSS Statistics v.24. При анализе качественных данных использовались описательные статистики, корреляционный анализ, критерий Спирмена.

За основу разработки психологического тренинга для ВИЧ-инфицированных женщин был взят

метод, созданный американским психологом Сальвадором Мадди [13]. Мы начали разработку тренинга жизнестойкости для наиболее незащищенной части сообщества — для женщин с ВИЧ. Результаты тестирования и наблюдение за участниками тренинга позволили разработать программу, которую мы планируем в дальнейшем развивать для смешанных групп пациентов.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст женщин, принявших участие в тренинге, составляет 38,9 года. 48,1% (13/27) имеют высшее образование. 37% (10/27) не имеют детей. 48,1% (13/27) женщин одиноки (не имеют постоянного сексуального партнера). 33,3% (9/27) участниц получили диагноз ВИЧ-инфекция менее чем год назад.

Тренинг включал комплекс из трех занятий. Участники собирались один раз в неделю с 18:00 до 20:00 часов. Группа была открытого типа. Тех, кто завершил комплекс из трех занятий, просили заполнить анкету обратной связи.

Нами анализировалось каждое упражнение с учетом затрачиваемого времени и вовлеченности участников в его выполнение и обсуждение. Каждое занятие включает краткое знакомство, информационную часть, практические упражнения и завершение (обратная связь). Правила групповой работы: конфиденциальность, обсуждение «здесь и теперь», уважение к говорящему. Это минимальный набор, который обеспечивает психологическую безопасность участников тренинга.

Знакомство с понятием «Жизнестойкость» происходило в процессе выполнения упражнения «Ассоциации»¹. Для обучения навыкам конструктивного взаимодействия использовалось упражнение «Социальная реклама»¹. Поиску, осознанию и структурированию собственных ресурсов помогала техника коллажа «Мой герб»². Овладению навыками совладания со стрессом способствовало упражнение «Лекарство от стресса»¹. Упражнение «Зернышко» [14] использовалось для обучения навыкам саморегуляции. Рисунок «Я и стресс» [15] помогал осознать и вербализовать представления о стрессе, определении своего отношения к нему, выявлении субъективных трудностей, пере-

живаемых членами группы в настоящий момент, и личных ресурсов противостояния стрессовым ситуациям. При выполнении упражнения «Смыслжизненные ориентации» участниц стимулировали построить иерархию ценностей; осознать значимость ценностей; эмоционально пережить утрату ценностей в условиях игры, актуализировать цели и увидеть возможности их достижения. Выполнение упражнения «Взгляд из старости»³ также помогало задуматься над смыслом жизни, ее ценностях.

На занятии по теме «Жизнестойкость» центральное место заняла работа с убеждениями пациентов с ВИЧ-инфекцией, мешающими полноценной жизни (авторская разработка). Вначале участникам в свободной форме предлагалось озвучить все приходящие на ум установки, связанные с ВИЧ-инфекцией, препятствующие «нормальной» жизни. Тренер записывал их на флипчарте. Независимо от числа участников, получался список из 10–12 убеждений. Работа с убеждениями строилась по методу когнитивно-поведенческой терапии А. Бека [16]. В основе данного подхода лежит принцип, согласно которому эмоции и поведение человека в значительной степени обусловлены тем, как он понимает мир. Представления человека определяются его установками и умозаключениями, сформированными в результате прошлого опыта. Терапевтические техники, используемые в рамках данного подхода, позволяют выявить, проанализировать и скорректировать дисфункциональные убеждения и найти выход из проблемной ситуации.

На занятии, получившем название «Стрессоустойчивость», использовались различные «Техники работы с негативными эмоциями». В результате сложился комплекс упражнений для саморегуляции, включающий следующие техники:

- прогрессивная мышечная релаксация по Э. Джекобсону [17];
- «Дыхание по квадрату» [18];
- метод Седоны [19];
- метод «Ключ» Хасая Алиева [20];
- метод конкурирующей доминанты;
- техника «заземления»;

¹ Государственное бюджетное учреждение «Курганский центр социальной помощи семье и детям», программа тренинга «Жизнестойкость» / сост.: Ковалева Н.А. Педагог-психолог отделения психологической помощи женщинам и детям, оказавшимся в кризисной ситуации, ГБУ «Курганский ЦСПСиД» Курган, 2017.

² Упражнение личностного роста «Мой герб» [Электронный ресурс] // А. Я. Психология (azps.ru): 30.06.2012. Режим доступа: http://azps.ru/training/volya/signamen_meum.html (30.06.2012).

³ Змановская Е.В., Рыбников В.Ю. Девиантное поведение личности и группы: учебное пособие. СПб.: Питер, 2016. 352 с.

— задание нарисовать свой стресс.

Главная задача этого занятия — овладеть навыками расслабления, чтобы использовать их в будущем.

На занятии по теме «Жизнь как ценность» от поиска смысла жизни развился тренинг по осознанию своих потребностей, ценностей и жизненных целей. Внимание участниц акцентировалось на любимом занятии, не связанном с работой. Применялись арт-терапевтические техники.

В результате разработки и отработки на практике получился готовый тренинг жизнестойкости для ВИЧ-инфицированных женщин.

Уже в процессе привлечения потенциальных участниц мы нередко сталкивались с настороженностью, которая проявлялась в виде прямого отказа от участия: «Я человек здоровый, с психикой у меня все в порядке» или косвенным образом: «А разве это поможет? С такими диагнозами какая жизнестойкость!». Часто пациентки по телефону благодарили за внимание и соглашались прийти, но не приходили по разным причинам: в основном ссылаясь на характер работы. Если женщине не с кем было оставить ребенка, ей предлагалось взять его с собой и на время занятий оставить под присмотром социального работника в специальной комнате, оборудованной для детей. Иногда женщины преодолевали сопротивление и появлялись на тренинге после нескольких приглашений по телефону.

Все три занятия посетили девять женщин, остальные участвовали в одном или двух занятиях. Статистический анализ показал, что активность посещения тренинга не связана с уровнем образования, наличием детей, стажем заболевания, наличием невротического расстройства. Можно отметить тенденцию к более активному участию в тренинге у незамужних пациенток. Среди девяти участниц, прошедших все три занятия, семь женщин не замужем. Результат скрининга показал, что семь из восьми женщин, у которых был выявлен высокий уровень психологической напряженности по сумме баллов шкалы SSD-12, не смогли пройти все три занятия тренинга. Участницы со средним и низким уровнем психологической напряженности распределились поровну: 50% прошли все три занятия, 50% — ограничились участием в одном-двух занятиях.

При выполнении упражнений пациентки переживали глубокие чувства. Они говорили о многочисленных жизненных стрессорах, дилеммах принятия решения, делились горем утраты близких людей, обсуждали конфликты с 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 ее мужа от СПИДа был для нее 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.

Для тех, кто участвовал во всех трех занятиях, мы попросили заполнить анонимно полуструктурированную «Анкету обратной связи», которая содержала вопросы со списком готовых ответов и давала возможность свободно интерпретировать свои ответы.

На первый вопрос: «По какой причине Вы решили участвовать в Тренинге Жизнестойкости?», чаще других были выбраны ответы: «Чтобы снизить свое беспокойство по поводу ВИЧ» и «Чтобы справиться с жизненным кризисом». На втором месте по частоте был ответ «Это любопытно», на третьем — «Узнать, на что я способна». Ни разу на первый вопрос не были выбраны ответы: «Это бесплатно», «Меня пригласили, отказываться неудобно». Строчка «Другие причины» никем не была заполнена.

На вопрос «Что мешало участвовать?» чаще отвечали: «Неудобное время встречи», а в графе «Другое» дописано — «ничего». Однократно отметили: «Вдруг кто-то увидит или узнает меня» и «Жалко тратить личное время».

На вопрос «Какая тема для Вас была наиболее важной?», чаще других была отмечена тема «Жизнь как ценность» (занятие № 3), второе место присвоено теме «Стрессоустойчивость» (занятие № 2), однократно отмечена «Жизнестойкость» (занятие № 1). Никто не выбрал ответ: «Не было важных тем».

На вопрос «Какие техники/методики для Вас были полезными?» предпочтение отдано арт-терапевтической технике в виде рисунка, второе место заняли ответы: «Работа с убеждениями» и «Оценка потребностей», на третьем месте — «Расслабление».

На вопрос «Какие дополнительные «бонусы» дал Вам тренинг?» чаще всего был выбран ответ: «Изменилось отношение к будущему», на втором месте — «Обмен опытом», на третьем — «Снизилось напряжение», на четвертом месте — «Получила представление о психологической

помощи». Этот последний вариант ответа подчеркивает значение инициативы со стороны сотрудников для направления и приглашения пациентов на психопрофилактическое мероприятие, так как ВИЧ-инфицированные женщины могут не знать о возможности получения психологической помощи при ВИЧ-инфекции. Тренинг жизнестойкости открывает для них новый ресурс поддержки.

На вопрос о домашнем задании «Что Вы пробовали сделать самостоятельно?» получены следующие ответы: «Обнимашки», «Правильно дышать», «Посмотрела фильм», «метод Седоны» [19], «Примерно 30% заданий».

На просьбу «Напишите в свободной форме обращение к другим людям — зачем нужен тренинг жизнестойкости» участницы написали: «Тренинг нужен для того, чтобы преодолеть свои страхи, переживания, эмоции», «Посмотреть на ситуацию более объективно», «Пообщаться с людьми с аналогичным диагнозом», «Реальная помощь, исчезновение страхов, помогает разобраться в себе», «Данный тренинг нужен для того, чтобы получить (дополнить) свои знания, открыть что-то новое», «Если вы чувствуете себя неуверенно, одиноко и не с кем поделиться своими сомнениями, посещайте тренинг жизнестойкости», «Все решаемо, главное — преодолеть себя, найти время прийти. Это не страшно».

По результатам корреляционного анализа данных психологического тестирования выявлена связь жизнестойкости с факторами, отражающими реакцию на ВИЧ-инфекцию как травматическое событие («Вторжение», «Избегание», «Физиологическая возбудимость»), со смысловыми ориентациями и некоторыми стратегиями совладающего поведения (рис. 1).

Показатели теста «Жизнестойкость» на высоком уровне статистической значимости положительно связаны с показателями СЖО «Общая осмысленность», «Цели в жизни», «Процесс жизни», «Результативность жизни», «Локус контроля — Я», «Локус контроля — Жизнь». Это позволяет нам определить мишени психологического вмешательства для повышения жизнестойкости у ВИЧ-инфицированных женщин.

Положительная двусторонняя связь жизнестойкости с активной стратегией преодоления стрессовых ситуаций (ассертивные действия) и общим индексом конструктивности указывает на то, что вмешательство должно быть направлено на создание стимулов, которые побуждают активно и последовательно отстаивать свои интересы, более открыто заявлять о своих целях и намерениях, уважая при этом интересы окружающих, использовать конструктивные способы преодоления стрессовых ситуаций.

Выраженность восприятия диагноза ВИЧ-инфекции как травматического события имеет двустороннюю связь с психологической напряженностью (на когнитивном, аффективном и поведенческом уровнях), отрицательную связь со смысловыми ориентациями и потребностью найти «источник» смысла жизни в настоящий момент времени. Травматическое влияние ВИЧ-инфекции связано с агрессивным поведением, затруднениями в осмысленности происходящего, с потерей бдительности и уверенности в себе (рис. 2).

Отрицательная двусторонняя связь интегрального показателя по методике IES-R (восприятие ВИЧ-инфекции как травматического события) и «Жизнестойкости» свидетельствует о необходи-

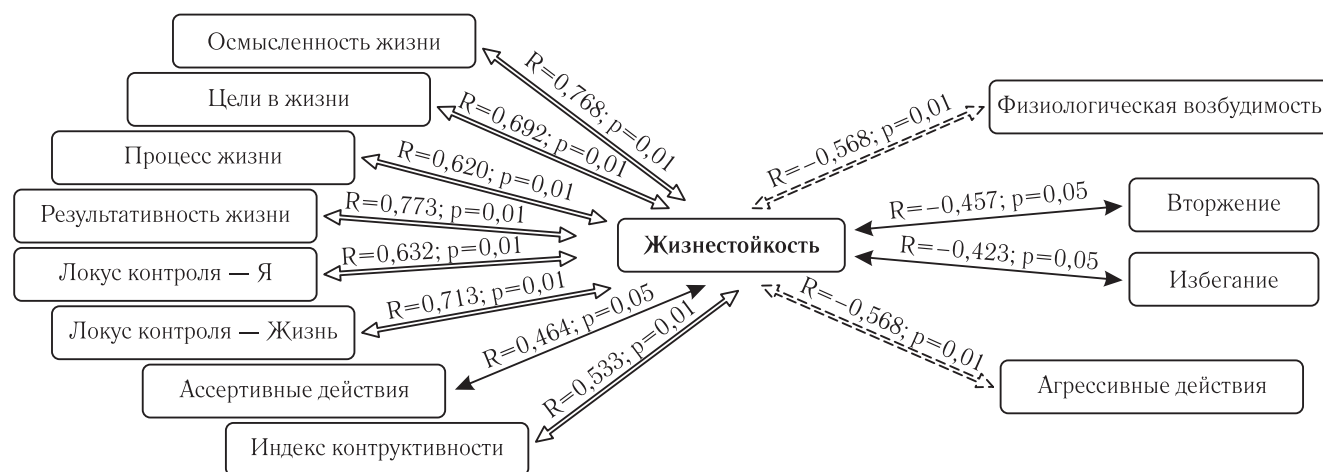


Рис. 1. Корреляционные связи фактора «Жизнестойкость»

Fig. 1. Correlations of the «Resilience» factor

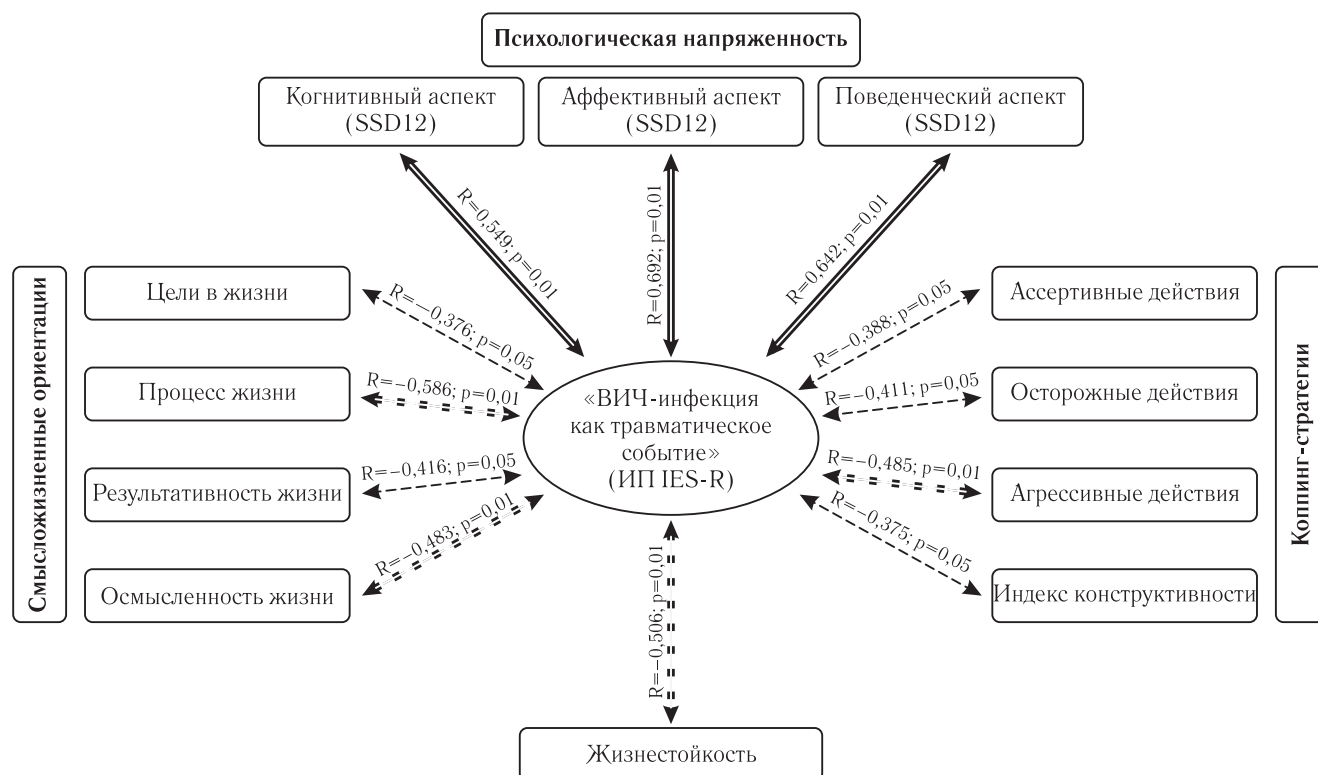


Рис. 2. Корреляционные связи фактора «ВИЧ-инфекция как травматическое событие»
 Fig. 2. Correlations of the factor «HIV infection as a traumatic event»

мости снижения значимости представления о ВИЧ-инфекции как о травматическом событии.

Положительная двусторонняя связь интегрального показателя по тесту IES-R с индикаторами психологической напряженности по тесту SSD-12 говорит о том, что такое травматическое событие, как ВИЧ-инфекция затрагивает когнитивно-поведенческие и эмоциональные аспекты психики человека, что также позволяет нам определить мишени психологического вмешательства.

Заключение. Проблемы психического здоровья среди пациентов с ВИЧ-инфекцией имеют массовый характер, часто обусловлены стигмой и дискриминацией и могут возникать на любой стадии заболевания. Психическое здоровье ВИЧ-инфицированных остается недооцененным, малоизученным. Пациентам, наблюдающимся в Центрах СПИД, важно получать регулярные консультации психиатров и психологов с тем, чтобы своевременно диагностировать расстройства адаптации и выявлять факторы риска развития психических

расстройств. Потребность в психологической помощи важно учитывать у самых уязвимых пациентов, в первую очередь — у женщин. По результатам исследования было обнаружено, что ВИЧ-инфекция для них является травматическим событием, которое затрагивает когнитивно-поведенческие и эмоциональные аспекты психики.

Участие в тренинге жизнестойкости многие считают приемлемой формой повышения устойчивости к стрессу и преодоления кризиса, изменение отношения к будущему. Вмешательства, направленные на решение проблем психического здоровья у ВИЧ-инфицированных, могут принести пользу не только пациентам, но и опосредованно их семьям, партнерам и обществу в целом, так как они способствуют предотвращению передачи ВИЧ и более эффективному использованию услуг здравоохранения. Наш тренинг жизнестойкости разработан и апробирован для ВИЧ-инфицированных женщин. Возможно, в будущем нам удастся расширить целевую аудиторию.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Наливайко Т.В. К вопросу осмысления концепции жизнестойкости С. Мадди // *Вестник интегративной психологии: журнал для психологов*. Ярославль, 2006. № 4. С. 211–216. [Nalivaiko T.V. On the issue of understanding the concept of resilience S. Muddy. *Bulletin of integrative psychology: a magazine for psychologists*. Yaroslavl, 2006, No. 4, pp. 211–216 (In Russ.).]

2. Евтушенко Е.А. Жизнестойкость личности как психологический феномен // *Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии*. 2016. № 60. С. 72–78. [Evtushenko E.A. The resilience of the personality as a psychological phenomenon. *Person, family and society: issues of pedagogy and psychology*, 2016, No. 60, pp. 72–78 (In Russ.)].
3. Соболева Е.В., Курбатова М.А. Адаптация ВИЧ-положительных больных в кризисной ситуации установления диагноза // *Вестник СМУС74*. 2014. № 5. С. 35–38. [Soboleva E.V., Kurbatova M.A. Adaptation of HIV-positive patients in a crisis situation of establishing a diagnosis. *Bulletin of SMUS74*, 2014, No. 5, pp. 35–38 (In Russ.)].
4. McGowan J.A., Brown J., Lampe F.C., Lipman M., Smith C., Rodger A. Resilience and Physical and Mental Well-Being in Adults with and Without HIV // *AIDS and Behavior*. 2018. Vol. 22, Issue 5. P. 1688–1698.
5. Färber F., Rosendahl J. The Association Between Resilience and Mental Health in the Somatically Ill // *Dtsch. Arztebl. Int.* 2018. Sep 21. Vol. 115 (38). P. 621–627.
6. Dulin A.J., Dale S.K., Earnshaw V.A., Fava J.L., Mugavero M.J., Napravnik S., Hogan J.W., Carey M.P., Howe Ch.J. Resilience and HIV: a review of the definition and study of resilience // *AIDS Care*. 2018. Vol. 30. Suppl. 5. P. 6–17.
7. Brito H.L., de, Fleury E.M. Seidi Resilience of People with HIV/AIDS: Influence of Religious Coping // *Trends Psychol.* 2019. Vol. 27. No. 3. Ribeirão Preto July/Sept.
8. Решетова П.С., Семенова П.А., Соболева И.И. Психологическая реабилитация ВИЧ-инфицированных // *Вестник совета молодых ученых и специалистов Челябинской области*. 2016. Т. 2. № 3 (14). С. 56–57. [Reshetova P.S., Semenova P.A., Sobolev I.I. Psychological rehabilitation of HIV-infected. *Bulletin of the Council of Young Scientists and Specialists of the Chelyabinsk Region*, 2016, Vol. 2, No. 3 (14), pp. 56–57 (In Russ.)].
9. Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И. *Тест жизнестойкости*. М.: Смысл, 2006. 63 с. [Leontiev D.A., Rasskazova E.I. *Test of viability*. Moscow: Publisher Sense, 2006, 63 p. (In Russ.)].
10. Водопьянова Н.Е. *Психодиагностика стресса*. СПб.: Питер, 2009. 336 с. [Vodopyanova N.E. *Psychodiagnosis of stress*. Saint Petersburg: Publisher Peter, 2009, 336 p. (In Russ.)].
11. Toussaint A., Murray A.M., Voigt K., Herzog A., Gierk B., Kroenke K., Rief W., Henningsen P., Löwe B. Development and Validation of the Somatic Symptom Disorder-B Criteria Scale (SSD-12) // *Psychosomatic Medicine*. 2016. Vol. 78 (1). P. 5–12.
12. Тарабрина Н.В. *Практикум по психологии посттравматического стресса*. СПб.: Питер, 2001. 272 с. [Tarabrina N.V. *Workshop on the psychology of post-traumatic stress*. Saint Petersburg: Publisher Peter, 2001, 272 p. (In Russ.)].
13. Maddi S. *The Hardiness Enhancing Lifestyle Program (HELP) for Improving Physical, Mental and Social Wellness*. Oakland (CA): University of California/Health Network, 1994. (Wellness Lecture Series).
15. Мостовая Л. Создай себе настроение. Элементы саморегуляции для учителей // *Школьный психолог*. 2003. № 32 [Mostovaya L. Create your mood. Elements of self-regulation for teachers. *School psychologist*, 2003, No. 32 (In Russ.)].
16. Мони́на Г.Б., Ранна́ла Н.В. *Тренинг «Ресурсы стрессоустойчивости»*. СПб.: Речь, 2009. 250 с. [Monina G.B., Rannala N.V. *Training «Resources of stress resistance»*. St. Petersburg: Speech, 2009, 250 p. (In Russ.)].
17. Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г. *Когнитивная терапия депрессии*. СПб.: Питер, 2003. 304 с. [Beck A., Rush A., Shaw B., Emery G. *Cognitive therapy for depression*. St. Petersburg: Peter, 2003. 304 p.].
18. Jacobson E. *Progressive relaxation*. 2nd ed. Chicago: University of Chicago Press, 1938.
19. Палладино Л.Д. *Максимальная концентрация*. М.: Манн, Иванов и Фербер, 2017. 272 с. [Palladino L.D. *Maximum concentration*: Moscow: Publisher Mann, Ivanov and Ferber, 2017, 272 p. (In Russ.)].
20. Двоскин Г. *Метод Седоны. Как избавиться от эмоциональных проблем*. М.: Попурри, 2012. 416 с. [Dvoskin G. *Method of Sedona. How to get rid of emotional problems*. Moscow: Publisher Poppuri, 2012, 416 p. (In Russ.)].
20. Алиев Х. *Метод «Ключ»*. СПб.: Питер, 2009. 190 с. [Aliev H. *The Key Method*. Saint Petersburg: Publisher Peter, 2009, 190 p. (In Russ.)].

Поступила в редакцию: Received by the Editor: 31.01.2020

Сведения об авторах:

Савченко Галина Николаевна — магистрант Санкт-Петербургского ГОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный институт психологии и социальной работы»; 199178, Санкт-Петербург, 12-я линия В.О., д. 13, лит. А; e-mail: galya@list.ru;

Кольцова Ольга Владимировна — кандидат психологических наук, заведующая отделом медицинской и социальной психологии СПб ГБУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями», доцент кафедры общей и клинической психологии ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П.Павлова» Минздрава Российской Федерации; 190103, Санкт-Петербург, наб. Обводного канала, д. 179; e-mail: ovkoltsova@yandex.ru.