

Г.Н. Васильева

ПРОГРАММА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ КОГНИТИВНЫХ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова (Россия, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8)

Актуальность исследования проблемы обусловлена необходимостью психологической поддержки людей, живущих с ВИЧ-инфекцией, в условиях хронического течения заболевания, сопровождающегося когнитивными и эмоциональными нарушениями. Несмотря на то, что благодаря высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) ВИЧ-инфекция перешла в разряд контролируемых хронических состояний, проблема качества жизни и психологической адаптации ВИЧ-положительных пациентов остается крайне острой. Разработка и внедрение комплексной психологической технологии когнитивно-эмоционального тренинга представляет собой актуальное направление в клинической психологии, ориентированное на повышение адаптивных ресурсов ВИЧ-инфицированных пациентов, укрепление их мотивации к лечению и улучшение общего качества жизни. Программа основана на интеграции когнитивно-поведенческого, деятельностного и нейропсихологического подходов и является результатом проведенного автором эмпирического исследования, в рамках которого была апробирована система упражнений, адаптированных к потребностям данной группы.

Цель исследования заключается в разработке и апробации программы психологической коррекции, направленной на улучшение когнитивного функционирования и стабилизацию эмоционального состояния ВИЧ-инфицированных пациентов. Проведенное исследование подтвердило эффективность созданного когнитивно-эмоционального тренинга, что позволяет рекомендовать его к внедрению в практику психологической помощи и представить его результаты в рамках научного сообщества.

Материалы и методы исследования. Для выявления когнитивных и эмоциональных особенностей ВИЧ-инфицированных пациентов использовался комплекс психодиагностических методик, включающий: пробу на запоминание десяти слов для оценки кратковременной памяти; методику «Отыскивание чисел по таблицам Шульте» для измерения устойчивости и избирательности внимания; методику «Сложные аналогии» для анализа логического мышления. Оценка эмоционального состояния осуществлялась с использованием опросника выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R, методики диагностики иррациональных установок А. Эллиса, а также методики «Индекс жизненной удовлетворенности» (адаптация Н.В. Паниной). Для реализации целей исследования была разработана и внедрена программа когнитивно-эмоционального тренинга, направленная на коррекцию когнитивных дефицитов и снижение выраженности эмоционального дистресса у ВИЧ-положительных пациентов. Программа включала систему групповых занятий с элементами когнитивной стимуляции, мнестических упражнений, логических заданий и техник саморегуляции, а также сопровождалась динамической оценкой эффективности по индивидуальным индикаторам.

Результаты. В ходе реализации программы когнитивно-эмоционального тренинга у ВИЧ-инфицированных пациентов были зафиксированы положительные изменения в когнитивной и эмоциональной сферах. Отмечено достоверное улучшение кратковременной памяти, внимания и логического мышления, а также снижение выраженности тревожности, депрессии и психоэмоционального дистресса. Участники продемонстрировали повышение уровня жизненной удовлетворенности и самооценки, улучшение стрессоустойчивости и частичную коррекцию иррациональных установок. Программа показала высокую степень эффективности как в индивидуальной, так и в групповой динамике, что позволяет рассматривать ее как перспективную технологию психологической поддержки ВИЧ-инфицированных пациентов в клинической практике.

Ключевые слова: когнитивные нарушения, эмоциональные расстройства, ВИЧ-инфекция, когнитивно-эмоциональный тренинг, психологическая коррекция, качество жизни, стрессоустойчивость, эмоциональный дистресс.

Несмотря на достижения в лечении и увеличение продолжительности жизни, обусловленное совершенствованием и широким внедрением современных схем антиретровирусной терапии (АРВТ), люди, живущие с ВИЧ (ЛЖВ), продолжают испытывать физические, когнитивные, психологические и социальные трудности, обусловленные как самим ВИЧ-статусом, так и сопутствующими заболеваниями и возрастными изменениями.

Отсутствие устойчивого психологического состояния и дефицит знаний о влиянии ВИЧ-инфекции на когнитивное и эмоциональное здоровье [11] способствуют формированию выраженных эмоциональных нарушений и снижению качества жизни пациентов [7]. Эти состояния осложняют адаптацию к диагнозу, мешают формированию приверженности к лечению и повышают риск социальной изоляции. Психологическая адаптация ВИЧ-инфицированных зависит от множества факторов, включая осведомленность о заболевании, уровень социальной поддержки, эмоциональную устойчивость, а также особенности функционирования когнитивной сферы, которая часто остается вне фокуса внимания специалистов [4].

К тому же тревожные и депрессивные расстройства, широко распространенные среди ВИЧ-положительных пациентов, оказывают прямое негативное влияние на когнитивные функции [8, 10, 13]. Эмоциональный дистресс сопровождается нейровоспалительными реакциями и функциональными изменениями в мозге, что может усиливать нейрокогнитивные расстройства, даже при

стабильно контролируемом течении ВИЧ-инфекции [13]. В свою очередь, снижение когнитивной продуктивности – ухудшение памяти, трудности в концентрации внимания и планировании – становится источником дополнительного психологического напряжения, усиливает фрустрацию и снижает самооффективность, что приводит к росту тревожности, депрессивных переживаний и социальной изоляции [10, 15]. Таким образом, формируется замкнутый паттерн психической дезадаптации, при котором эмоциональные и когнитивные дефициты поддерживают и усугубляют друг друга.

Разработанная когнитивно-эмоциональная программа психологической коррекции основывается на результатах эмпирического исследования когнитивных и эмоциональных характеристик ВИЧ-инфицированных пациентов. Было установлено, что данную группу характеризуют выраженная тревожность, депрессия, психоэмоциональный дистресс, низкая самооценка, сниженная стрессоустойчивость и неудовлетворенность жизнью. В частности, дистресс проявляется посредством высокого уровня обсессивно-компульсивных симптомов, повышенной межличностной тревожности, депрессивных переживаний, обилия соматических жалоб. В составе иррациональных убеждений преобладают катастрофизация и чрезмерные требования к себе. В показателях жизненной удовлетворенности наиболее выраженные проблемы наблюдаются в таких областях, как согласованность между поставленными и достигнутыми целями, а также положи-

тельная оценка себя и собственных поступков. Когнитивные нарушения проявляются в снижении кратковременной памяти, нарушении концентрации и переключаемости внимания, а также в недостаточном развитии логического мышления.

Материалы и методы

На основании данных, полученных в ходе психодиагностического этапа, была сформирована и реализована программа психологической коррекции когнитивных и эмоциональных нарушений у ВИЧ-инфицированных пациентов.

Методологическая структура программы основана на совмещении теоретических положений отечественной психологической школы и актуальных международных исследований в области нейропсихологии, когнитивной терапии и психосоциальной реабилитации.

Одним из фундаментальных оснований программы является *деятельностный подход*, сформулированный в работах Л.С. Выготского и А.Н. Леонтьева, согласно которому развитие психических функций осуществляется в процессе активной деятельности и социального взаимодействия [1, 5]. Этот подход реализуется в тренинге через практические групповые задания, ориентированные на восстановление и развитие внимания, памяти, мышления и рефлексии, а также через совместную работу участников, способствующую личностной активности и внутренней мотивации к изменениям.

Важным теоретическим основанием тренинга является *когнитивно-поведенческий подход (КПТ)*, основанный на представлении о взаимосвязи между мышлением, эмоциями и поведением. Работа с иррациональными установками, характерными для пациентов, переживающих хронические заболевания, реализуется посредством упражнений на самонаблюдение, перестройку деструктивных когнитивных схем и формирование более адаптивного мышления. Доказанная эффективность КПТ в работе с тревожными и депрессивными расстройствами под-

тверждается как классическими, так и современными исследованиями [3].

Особое место в построении программы занимает *нейропсихологический подход*, в частности концепция А.Р. Лурии о восстановлении высших психических функций на основе системной тренировки сохраненных функциональных блоков [6]. Упражнения на произвольное внимание, логическое и образное мышление, запоминание и ассоциативную активность направлены на компенсацию когнитивного дефицита и активацию пластичности нейронных связей.

Методологически значимым компонентом тренинга является концепция когнитивного резерва, согласно которой тренировка когнитивных функций даже при наличии нейроорганического поражения способствует сохранению адаптационного потенциала и отсрочке выраженных когнитивных расстройств. Исследования подтверждают, что высокий уровень когнитивного резерва может снижать выраженность нейрокогнитивных расстройств у ВИЧ-инфицированных лиц [12, 14].

Важной составляющей тренинга является акцент на развитии стрессоустойчивости и психологической устойчивости как факторов, обеспечивающих эмоциональное восстановление и сопротивление дезадаптивному влиянию хронического заболевания. Упражнения, направленные на развитие навыков саморегуляции, повышение самооценки и субъективного контроля, опираются как на классические концепции, так и на современные нейробиологические модели устойчивости [9].

Когнитивные нарушения у ВИЧ-инфицированных пациентов формируются под влиянием нейровоспалительных процессов, вызванных прямым воздействием вируса на структуры головного мозга, что приводит к снижению памяти, внимания и логического мышления [2, 16]. Эти дефициты усугубляются тревожными и депрессивными расстройствами, характерными для данной группы, в результате чего возникает замкнутый круг: эмоциональные нарушения усиливают когнитивные проблемы, а последние, в свою

очередь, затрудняют адаптацию, снижают самооценку и повышают уровень дистресса [16, 23]. Дополнительным отягощающим фактором выступает переживание стигмы и наличие иррациональных установок, связанных с заболеванием, что нарушает эмоциональное равновесие и искажает восприятие жизненной ситуации [9] пациентов.

Таким образом, построение когнитивно-эмоционального тренинга представляет собой целостную интеграцию *деятельностного, когнитивно-поведенческого, нейропсихологического и ресурсно-ориентированного подходов*, обоснованных классической психологической теорией и подкрепленных новейшими эмпирическими данными. Это обеспечивает теоретическую целостность и практическую эффективность технологии коррекции когнитивных и эмоциональных нарушений у ВИЧ-инфицированных пациентов.

Цель программы – создание специальной системы групповых занятий, сопровождающихся регулярной динамической оценкой когнитивных функций и эмоционально-личностных характеристик каждого из участников в отдельности, побуждающих их к самопознанию, развитию и пониманию своих возможностей с учетом сохраненных когнитивных функций и компенсации утраченных.

Метод работы – тренинг.

Форма работы – групповая.

Методика групповой работы реализовывалась в формате открытой, добровольной группы с еженедельными встречами. Участники могли присоединяться в удобное для себя время, что формировало атмосферу принятия и снижало тревожность. Групповой формат способствовал развитию коммуникативных навыков, формированию терпимости, стимулировал самопознание и обмен опытом. Регулярная обратная связь от участников использовалась для адаптации содержания и повышения эффективности тренинга.

В связи с отсутствием стандартизированного протокола когнитивного тренинга для лиц, живущих с ВИЧ, с целью обеспечения сопоставимости результатов и последующего

анализа, был разработан авторский протокол занятий, направленных на коррекцию когнитивных нарушений и стабилизацию эмоционального состояния у ВИЧ-инфицированных пациентов.

Занятия строились согласно единой структуре, включающей чередование разминки, когнитивных упражнений и эмоционально-рефлексивных блоков. На начальном этапе проводились игровые упражнения, способствующие знакомству, снижению напряженности и тренировке внимания, памяти и ассоциативного мышления. Далее следовали психогимнастика и самодиагностика. Основную часть тренинга составляли задания, направленные на развитие когнитивных функций: внимания, памяти и логического мышления, а также фонетической вербальной беглости. Использовались методики, повышающие стрессоустойчивость и межличностную включенность. Дополнительно вводились упражнения на развитие навыков саморегуляции, повышение самооценки и жизненной удовлетворенности. Каждое занятие завершалось обсуждением результатов, обратной связью и рефлексией по поводу применения освоенных техник в повседневной жизни.

Для получения достоверной оценки эффективности вмешательства требовалось обязательное участие в восьми занятиях по два академических часа, что было определено как минимально необходимый объем программы. Анализ пилотной фазы и сопоставление с зарубежными программами показали, что устойчивые положительные сдвиги у большинства участников возникали именно после восьми занятий по два академических часа. Такой формат обеспечивал формирование базовых навыков саморегуляции, сохранял ресурс участников и оказался оптимальным по эффективности и устойчивости изменений.

В рамках разработки программы когнитивного тренинга в период с июня 2022 по сентябрь 2024 г. в исследовании приняли участие 60 пациентов, состоящих на учете в Центре СПИД с диагнозом В23. Средний возраст составил 47 лет (от 18 до 75 лет),

что отражает демографический профиль взрослой популяции ЛЖВ. Такой широкий возрастной диапазон обусловлен необходимостью охвата всей взрослой популяции ЛЖВ, а полученные результаты показали, что эффективность тренинга не зависела от возраста участников. Женщины составляли 56 % выборки; 82 % не состояли в браке; 70 % имели трудовую занятость. Стаж заболевания (время с момента постановки диагноза) варьировал от 1 года до 23 лет. Все пациенты на момент исследования находились в стадии ремиссии, получали АРВТ и имели неопределяемую вирусную нагрузку, что указывает на высокую приверженность лечению и стабильное соматическое состояние. В исследование включались лица без признаков продуктивной психопатологии, наличия врожденного интеллектуального дефекта или приобретенной деменции. В совокупности разнообразие характеристик участников приблизило исследование к реальным условиям клинической практики, однако потребовало гибкости в организации тренинга и адаптации методов под индивидуальные возможности каждого пациента.

Участие в программе носило добровольный характер и осуществлялось с различной степенью вовлеченности и активности. 24 участника прошли все восемь занятий.

В исследовании был применен комплекс психодиагностических методик, направленный на всестороннюю оценку когнитивных и эмоциональных нарушений, характерных для ЛЖВ. Выбор инструментария обусловлен необходимостью охвата наиболее уязвимых функций при ВИЧ-инфекции и обеспечения валидного измерения эффективности коррекционной программы. Когнитивные параметры оценивались с помощью пробы на запоминание десяти слов для оценки кратковременной памяти, методики «Отсчитывание чисел по таблицам Шульте» для измерения устойчивости и избирательности внимания, методики «Сложные аналогии» для анализа логического мышления. Перечисленные методики позволяют выявлять легкие и умеренные нейрокогнитивные дефициты, часто наблюдаемые при ВИЧ-ас-

социированных нарушениях. Для анализа эмоционального состояния использовались: опросник SCL-90-R, методика диагностики иррациональных установок А. Эллиса и индекс жизненной удовлетворенности (ИЖУ). Эти инструменты позволили зафиксировать уровень тревожно-депрессивной симптоматики, особенности когнитивной установки, степень дистресса и субъективное восприятие качества жизни.

Все методики обладают высокой чувствительностью к минимальным нейрокогнитивным дефицитам, а также позволяют точно выявлять тревожно-депрессивные проявления, выраженность дистресса и дезадаптирующие иррациональные установки, существенно влияющие на качество жизни и приверженность терапии ЛЖВ. Каждая методика отобрана с учетом ее психометрических свойств, научной обоснованности и диагностической релевантности данной клинической категории.

Статистические методы обработки данных применялись с учетом ненормальности распределения. Вычислены абсолютные показатели в виде среднего арифметического значения (M) и среднеквадратичного отклонения (SD), также использован Т-критерий Вилкоксона для сравнительного анализа результатов до и после тренинга. Статистически значимыми различия считались при $p \leq 0,05$. Обработка данных проводилась с помощью SPSS 23.

Результаты и их анализ

Проведенная программа когнитивно-эмоционального тренинга показала статистически значимую эффективность по ряду ключевых показателей. После восьми занятий у участников было зафиксировано улучшение кратковременной и отсроченной памяти (табл. 1), а также повышение устойчивости внимания, подтверждаемое снижением времени выполнения заданий по таблицам Шульте (табл. 2). Логическое мышление также улучшилось, о чем свидетельствует рост баллов по методике «Сложные аналогии» (табл. 3). В эмоциональной сфере

наблюдалось значительное снижение показателей по шкалам психопатологической симптоматики (SCL-90-R): тревожности, депрессии, обсессивности-компульсивности, психотизма и общего уровня дистресса (табл. 4), что свидетельствует о стабилизации психоэмоционального состояния участников. По методике А. Эллиса выявлены изменения

в иррациональных установках: значимая динамика отмечена по шкале «Долженствование в отношении себя» (табл. 5), что может указывать на рост чувства личной ответственности и мотивации к саморегуляции. По данным методики ИЖУ зафиксировано достоверное повышение общего индекса удовлетворенности жизнью и положитель-

Таблица 1

Сравнение показателей кратковременной и отсроченной памяти до и после тренинга, (M ± SD) балл

Показатель	До тренинга (N = 24)	После 8 занятий (N = 24)	T-критерий Вилкоксона	Значимость, p
Объем речеслуховой кратковременной памяти	5,17 ± 1,32	6,29 ± 1,57	0,0	p < 0,05
Объем отсроченного воспроизведения	6,5 ± 1,85	7,29 ± 1,80	30,0	p < 0,05

Таблица 2

Сравнительные результаты тестирования по таблицам Шульте до и после тренинга, (M ± SD) балл

Показатель	До тренинга (N = 24)	После 8 занятий (N = 24)	T-критерий Вилкоксона	Значимость, p
Средняя скорость выполнения заданий по таблицам Шульте	50,0 ± 20,1	43,4 ± 20,25	-3,8	p < 0,05

Таблица 3

Результаты сравнительного анализа уровня логического мышления до и после тренинга, (M ± SD) балл

Показатель	До тренинга (N = 24)	После 8 занятий (N = 24)	T-критерий Вилкоксона	Значимость, p
Логическое мышление (методика «Сложные аналогии»)	9,32 ± 2,4	14,74 ± 3,24	12,5	p < 0,05

Таблица 4

Выраженность психопатологической симптоматики до и после тренинга, (M ± SD) балл

Подшкалы SCL-90-R	До тренинга (N = 24)	После 8 занятий (N = 24)	T-критерий Вилкоксона	Значимость, p
Соматизация	0,85 ± 0,70	0,51 ± 0,69	-2,10	p < 0,05
Обсессивность-компульсивность	1,35 ± 0,92	0,96 ± 0,76	-2,90	p < 0,05
Межличностная сензитивность	1,05 ± 0,86	0,80 ± 0,80	-0,26	p > 0,05
Депрессия	1,25 ± 0,93	0,85 ± 0,89	-1,92	p < 0,05
Тревожность	1,10 ± 0,61	0,43 ± 0,55	-2,20	p < 0,05
Враждебность	0,45 ± 0,57	0,47 ± 0,68	-0,07	p > 0,05
Фобическая тревожность	0,52 ± 0,54	0,23 ± 0,30	-1,18	p > 0,05
Паранойяльные симптомы	0,53 ± 0,79	0,58 ± 0,80	-0,50	p > 0,05
Психотизм	0,30 ± 0,59	0,25 ± 0,36	-2,32	p < 0,05
Общий индекс тяжести (дистресс)	0,82 ± 0,65	0,60 ± 0,59	-2,20	p < 0,05

Таблица 5

Анализ выраженности иррациональных установок до и после тренинга, (M±SD) балл

Показатель	До тренинга (N = 24)	После 8 занятий (N = 24)	T-критерий Вилкоксона	Значимость, p
Катастрофизация	29,09 ± 9,94	30,6 ± 10,3	40,0	p > 0,05
Долженствование в отношении себя	24,17 ± 10,16	26,74 ± 7,89	28,5	p < 0,05
Долженствование в отношении других	30,22 ± 7,74	30,47 ± 6,70	55,0	p > 0,05
Рациональность мышления	33,91 ± 12,37	32,47 ± 9,80	52,0	p > 0,05
Фрустрационная толерантность (стрессоустойчивость)	32,30 ± 8,99	35,84 ± 11,10	63,0	p > 0,05

Таблица 6

Выраженность уровня жизненной удовлетворенности до и после тренинга, (M ± SD) балл

Показатель	До тренинга (N = 24)	После 8 занятий (N = 24)	T-критерий Вилкоксона	Значимость, p
Индекс ЖУ	19,2 ± 10,3	24,4 ± 9,93	-3,01	p < 0,05
Интерес к жизни	4,4 ± 2,84	5,6 ± 2,82	-1,02	p > 0,05
Последовательность в достижении целей	4,5 ± 1,94	5,1 ± 1,82	-1,14	p > 0,05
Согласованность между поставлен- ными и достигнутыми целями	3,4 ± 2,17	4,5 ± 2,30	-1,07	p > 0,05
Положит оценка себя и своих поступков	3,5 ± 2,31	4,7 ± 2,21	-2,96	p < 0,05
Общий фон настроения	3,9 ± 2,59	4,6 ± 3,16	-0,201	p > 0,05

ной самооценки (табл. 6), что также отражает позитивный эффект от участия в программе.

Достигнутые улучшения объясняются воздействием тренинга на когнитивные и эмоционально-личностные ресурсы пациентов. Во-первых, повысилась способность к саморефлексии и самоанализу, что позволило участникам лучше осознавать свои трудности и активнее применять стратегии совладания. Во-вторых, за счет регулярных упражнений на переключение задач и абстрактное мышление улучшилась когнитивная гибкость, что снизило исходную ригидность мышления и его уязвимость к стрессу. В-третьих, благодаря использованию рационально-эмотивной терапии снизились иррациональные убеждения: участники научились заменять деструктивные мысли на адаптивные, что способствовало уменьшению тревожности и депрессии. Наконец, освоение техник эмоциональной саморегуляции (релаксация, дыхательные упражне-

ния) и развитие личностной осмысленности повысили мотивацию и способность справляться с неопределенностью и стрессом, связанным с ВИЧ-инфекцией. Таким образом, ключевыми механизмами позитивных изменений стали рефлексия, когнитивная гибкость, коррекция иррациональных установок и эмоциональная саморегуляция.

Предложенный тренинг уникален интеграцией нескольких подходов: когнитивно-поведенческого, нейропсихологического, деятельностного и ресурсно-ориентированного. В одном протоколе сочетаются когнитивные техники (коррекция искажений), нейропсихологические упражнения (развитие памяти и внимания), групповые задания (общение, мотивация) и стресс-менеджмент (релаксация, контроль эмоций). В отличие от существующих аналогов, данный тренинг адаптирован именно к специфическим потребностям ВИЧ-пациентов (принятие диагноза, преодоление стигмы, социальная поддержка). Подобная комплексная программа ранее

практически не встречалась в литературе и показала более высокую эффективность по сравнению с отдельно взятыми методиками.

Полученные результаты расширяют понимание пластичности когнитивных и эмоциональных процессов. Всего восемь встреч обеспечили значительные улучшения одновременно в сфере памяти, внимания, мышления и по аффективным показателям. Такой комплексный эффект особенно важен для ВИЧ-инфицированных: улучшение когнитивных функций способствует повышению повседневной эффективности и приверженности АРВТ, снижение эмоционального напряжения облегчает социализацию и поддерживает эмоциональную устойчивость, а рост самооценки и удовлетворенности жизнью способствует поддержанию здоровых поведенческих стратегий. Высокая эффективность тренинга при минимальных ресурсных затратах подтверждает его перспективность для широкого внедрения в практику ВИЧ-сервисов.

Заключение

Таким образом, программа тренинга продемонстрировала комплексное воздействие на когнитивные, эмоциональные и личностные характеристики ВИЧ-инфицированных пациентов, подтвердив свою эффективность в условиях краткосрочного группового формата.

Полученные данные представляют существенный интерес как для клинической практики, так и для развития психотерапевтических подходов в научной среде.

С клинической точки зрения продемонстрировано, что целенаправленная психологическая помощь способна снизить риск развития вторичной психопатологии у людей, живущих с ВИЧ. Известно, что ВИЧ-инфекция повышает вероятность эмоциональных расстройств – от хронического дистресса до тяжелой депрессии. В нашем исследовании после тренинга уровень тревожных и депрессивных симптомов у пациентов значимо снизился, что потенциально уменьшает вероятность эскалации этих состояний в кли-

нически выраженные расстройства. Кроме того, укрепление когнитивных функций (памяти, исполнительных навыков) и повышение стрессоустойчивости могут благоприятно сказаться на повседневном функционировании пациентов: улучшение памяти и внимания помогает им справляться с работой и бытовыми задачами, а эмоциональная стабильность – эффективнее выдерживать долгосрочное лечение. Это особенно важно для повышения приверженности лечению. Ранее отмечалось, что нейрокогнитивные нарушения и эмоциональные проблемы ведут к снижению комплаентности и отказам от терапии [2]. Соответственно, коррекция этих нарушений – за счет тренинга – способна опосредованно улучшить приверженность: пациенты с более ясным мышлением и меньшим уровнем дистресса лучше организуют прием медикаментов и реже прерывают лечение. Также результаты тренинга важны для социальной адаптации ВИЧ-позитивных лиц: снижение тревожности и повышение самооценки облегчает выстраивание взаимоотношений, возвращение к труду, участие в сообществе, что в конечном итоге ведет к росту качества жизни.

С научной точки зрения наше исследование заполняет существенный пробел в области психокоррекции при ВИЧ. Если ранее упор делался преимущественно на медикаментозное лечение и поддержание соматического статуса, то сейчас очевидна необходимость развивать эффективные протоколы психологической реабилитации для данной группы пациентов. Наш опыт демонстрирует модель такого протокола и подтверждает его эффективность, предоставляя эмпирическую базу для дальнейшего распространения подхода. В более широком плане результаты согласуются с общемировой тенденцией интеграции когнитивных и психотерапевтических интервенций для повышения адаптационных ресурсов пациентов с хроническими заболеваниями. Данные нашей работы могут послужить основой для внедрения аналогичных тренингов в практику медицинских и клинических психологов, работающих с ВИЧ-инфицированными, и способствуют

обоснованию психотерапевтических вмешательств как неотъемлемой части комплексного ведения таких пациентов.

Однако, интерпретируя результаты, необходимо учитывать ряд ограничений проведенного исследования. Во-первых, выборка была небольшой, что снижает статистическую надежность и ограничивает обобщение выводов. Во-вторых, отсутствие контрольной группы не позволяет исключить влияние внешних факторов (например, спонтанное улучшение). В-третьих, краткосрочность наблюдения не дает возможности оценить долговременность полученных эффектов. Кроме того, не все участники посетили все занятия, и выборка состояла из наиболее мотивированных пациентов, что ограничивает распространение результатов на всю популяцию ВИЧ-инфицированных. Наконец, психологические изменения невозможно полностью отделить от влияния медицинских факторов (АРТ, вирусная нагрузка). Эти ограничения указывают на предварительный характер выводов и необходимость их подтверждения в более масштабных и контролируемых исследованиях.

Для укрепления доказательности полученных выводов и развития данного направления требуется продолжить исследования с учетом обозначенных выше ограничений.

Во-первых, назрела необходимость провести лонгитюдное исследование эффектов тренинга. Желательно проследить состояние участников через продолжительный срок после окончания занятий (6–12 месяцев и более), что позволит определить стойкость когнитивных и эмоциональных улучшений и выявить, не происходит ли возврат симптоматики со временем. Долговременное наблюдение также поможет оценить отдаленные позитивные исходы, к примеру: действительно ли повышенная стрессоустойчивость уменьшает частоту развития депрессии или улучшает медицинские показатели (приверженность АРТ, уровень иммунного статуса).

Во-вторых, целесообразно проверить, сопровождаются ли улучшения когнитивных функций и снижение дистресса у пациентов

объективными изменениями: стабилизацией иммунного статуса, снижением показателей воспаления или улучшением нейрокогнитивных маркеров (например, по данным нейровизуализации). Подобные данные укрепили бы научное обоснование тренинга, показав его многоуровневое действие.

В-третьих, следует провести рандомизированные контролируемые исследования с достаточным числом участников, распределенных в группы (тренинг vs контроль), чтобы строго оценить эффективность программы. Рандомизированный дизайн исключит систематические смещения и позволит определить, какие именно компоненты тренинга вносят наибольший вклад в успех (можно, например, сравнить полноформатную программу с укороченными вариантами или с акцентом на отдельные модули).

Наконец, заслуживает внимания дальнейшая персонализация тренинга. Наш анализ индивидуальной динамики показал, что не все изменения отражаются на групповом уровне, однако отдельные участники демонстрируют выраженные улучшения в плане когнитивной гибкости, внимания, эмоциональной саморегуляции даже при умеренных среднегрупповых эффектах. Это указывает на ценность дифференцированного подхода – в будущем стоит разрабатывать адаптивные версии программы, учитывающие исходный когнитивно-эмоциональный профиль пациента. Возможно, предварительная диагностика сможет выявлять, кому больше нужны нейрокогнитивные упражнения, а кому – расширенный блок работы с эмоциями. Индивидуализация повысит эффективность вмешательства и расширит его применение для различных подгрупп ВИЧ-положительных (с различным стадией болезни, с коморбидными расстройствами и т.д.).

В целом, дальнейшие исследования должны не только подтвердить эффективность когнитивно-эмоционального тренинга на больших выборках и в контролируемых условиях, но и оптимизировать его содержание, делая программу еще более результативной и доступной для клинической практики.

Литература

1. Выготский Л.С. Психология развития человека. М.: Смысл; Эксмо, 2005. 1136 с.
2. Громова Е.А., Катаева Г.В., Хоменко Ю.Г. [и др.]. Психоэмоциональное состояние и когнитивные функции у ВИЧ-инфицированных пациентов и функциональное состояние структур головного мозга (по данным позитронно-эмиссионной томографии и магнитно-резонансной спектроскопии) // Клиническая и специальная психология. 2020. Т. 9, № 1. С. 78–103. DOI: 10.17759/CPSE.2020090105.
3. Когнитивно-поведенческая терапия: учебник и практикум для вузов / под ред. Л.А. Карвасарского. М.: Юрайт, 2023. 512 с.
4. Курамбаева С.Р. Нарушение когнитивных функций у больных ВИЧ // Доброхотовские чтения: Материалы III междисциплинарной науч. конф. (Махачкала, 2018 г.) / под ред. Б.А. Абусуева. Махачкала: ПБОЮЛ «Зулумханов», 2018. С. 70–74.
5. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. М.: Смысл, 2005. 431 с.
6. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии: Учеб. пособие для студ. учреждений высш. проф. образования. 8-е изд., стер. М.: Издат. центр «Академия», 2013. 384 с.
7. Рехтина Н.В. Качество жизни лиц, живущих с ВИЧ, в современной России: автореф. дисс. ... канд. социол. наук: 22.00.04. Барнаул, 2012. 24 с.
8. Hoare J., Sevenoaks T., Mtukushe B. [et al.]. Global systematic review of common mental health disorders in adults living with HIV // *Current HIV/AIDS Reports*. 2021. Vol. 18. Pp. 569–580. DOI: 10.1007/s11904-021-00583-w.
9. Kalisch R., Muller M.B., Tuscher O. A conceptual framework for the neurobiological study of resilience // *Behavioral and Brain Sciences*. 2015. Vol. 38. e92. DOI: 10.1017/S0140525X1400082X.
10. Lu P.H., Lee G.J., Raven E.P. [et al.]. Age-related slowing in cognitive processing speed is associated with myelin integrity in a very healthy elderly sample // *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*. 2011. Vol. 33, N 10. Pp. 1059–1068. DOI: 10.1080/13803395.2011.595397.
11. Rao M.A. Assessment of emotional problems faced by people living with HIV/AIDS and to study the role of family support and role of a counselor to manage the emotional problems // *Imperial Journal of Interdisciplinary Research*. 2016. Vol. 2, Iss. 7. Pp. 546–551.
12. Satz P. Brain reserve capacity on symptom onset after brain injury: a formulation and review of evidence for threshold theory // *Neuropsychology*. 1993. Vol. 7, N 3. Pp. 273–295. DOI: 10.1037/0894-4105.7.3.273.
13. Shan Z.Y., Sun G., Ji J. [et al.]. Neuroinflammation and brain function in HIV-positive individuals with comorbid anxiety // *Frontiers in Psychiatry*. 2024. Vol. 15. Article 1336233. DOI: 10.3389/fpsy.2024.1336233.
14. Stern Y. Cognitive reserve: implications for assessment and intervention // *Folia Phoniatrica et Logopaedica*. 2013. Vol. 65, N 2. Pp. 49–54. DOI: 10.1159/000353443.
15. Tareke M., Belete T., Ergetie T. [et al.]. Triple burden of neurocognitive impairment and co-occurring depression and anxiety among people living with HIV in Bahir Dar, Ethiopia: a multicenter study // *Frontiers in Psychiatry*. 2022. Vol. 13. Article 732229. DOI: 10.3389/fpsy.2022.732229/

Поступила 05.07.2025

Автор декларирует отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией данной статьи.

Для цитирования. Васильева Г.Н. Программа психологической коррекции когнитивных и эмоциональных нарушений у ВИЧ-инфицированных пациентов // Вестник психотерапии. 2025. № 96. С. 69–80. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-96-69-80

G.N. Vasilieva

Program of Psychological Correction for Cognitive and Emotional Disorders in HIV-positive Patients

Pavlov First Saint-Petersburg State Medical University (6–8, L'va Tolstogo Str., St. Petersburg, Russia)

✉ Galina Nikolaevna Vasilieva – postgraduate student, Pavlov First Saint-Petersburg State Medical University (6–8, L'va Tolstogo Str., St. Petersburg, 197022, Russia); ORCID 0000-0002-5052-9661; SPIN 4002-5330, e-mail: galya@list.ru

Abstract

Relevance. Relevance of the research problem is determined by the need for psychological support for people living with HIV infection in the context of the chronic disease course accompanied by cognitive and emotional impairments. Although highly active antiretroviral therapy (HAART) has transformed HIV infection into a manageable chronic condition, the issue of quality of life and psychological adaptation in HIV-positive patients remains highly acute. The development and implementation of a comprehensive psychological technology – cognitive-emotional training – represents a current direction in clinical psychology, aimed at enhancing the adaptive resources of HIV-infected patients, strengthening their motivation for treatment, and improving overall quality of life. The program is based on the integration of cognitive-behavioral, activity-based, and neuropsychological approaches and is the result of empirical research conducted by the author, during which a system of exercises adapted to the needs of this group was tested.

Purpose. The aim of the study is to develop and test a psychological correction program aimed at improving cognitive functioning and stabilizing the emotional state of HIV-infected patients. The study confirmed the effectiveness of the developed cognitive-emotional training, which allows it to be recommended for implementation in psychological care practice and to present the results to the scientific community.

Materials and methods. To identify cognitive and emotional characteristics of HIV-infected patients, a set of psychodiagnostic methods was used, including: the ten-word memorization test for short-term memory assessment, the Schulte tables for measuring attention stability and selectivity, and the “Complex Analogies” method for logical thinking analysis. Emotional state was assessed using the SCL-90-R symptom checklist, A. Ellis's irrational beliefs diagnostic, and the Life Satisfaction Index (adapted by N.V. Panina). To achieve the study's objectives, a cognitive-emotional training program was developed and implemented, aimed at correcting cognitive deficits and reducing emotional distress in HIV-positive patients. The program included a system of group sessions with elements of cognitive stimulation, mnemonic exercises, logical tasks, and self-regulation techniques, accompanied by dynamic assessment of effectiveness using individual indicators.

Results. Implementation of the cognitive-emotional training program in HIV-infected patients led to positive changes in cognitive and emotional domains. Significant improvements were observed in short-term memory, attention, and logical thinking, as well as a reduction in anxiety, depression, and psychoemotional distress. Participants demonstrated increased life satisfaction and self-esteem, improved stress resilience, and partial correction of irrational beliefs. The program showed a high degree of effectiveness both individually and in group dynamics, making it a promising approach.

Keywords: cognitive impairments, emotional disorders, HIV infection, cognitive-emotional training, psychological correction, quality of life, stress resilience, emotional distress.

References

1. Vygotskii L.S. *Psikhologiya razvitiia cheloveka* [The psychology of human development]. Moscow, 2005. 1136 p. (In Russ.)
2. Gromova E.A., Kataeva G.V., Khomenko Yu.G. [et al.]. *Psikhoemotsional'noe sostoyanie i kognitivnye funktsii u VICH-infirtsirovannykh patsientov i funktsional'noe sostoyanie struktur golovnogogo mozga (po dannym pozitronno-emissionnoy tomografii i magnitno-rezonansnoy spektroskopii)* [Psycho-emotional state and cognitive functions in HIV-infected patients and the functional state of brain structures (according to positron emission

- tomography and magnetic resonance spectroscopy data)]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya* [Clinical and Special Psychology]. 2020; 9(1): 78–103. <https://doi.org/10.17759/cpse.2020090105>. (In Russ.)
3. Kognitivno-povedencheskaia terapiia: uchebnik i praktikum dlia vuzov [Cognitive-behavioral therapy: textbook and practical guide for universities]. Ed. L.A. Karvasarskogo. Moscow, 2023. 512 p. (In Russ.)
 4. Kurambaeva S.R. Narushenie kognitivnykh funktsii u bol'nykh VICH [Cognitive impairment in HIV patients]. Dobrokhotovskie chteniia: materialy III mezhdistsiplinarnoi nauchnoi konferentsii (Makhachkala, 2018) [Dobrokhotov readings: proceedings of the III interdisciplinary scientific conference (Makhachkala, 2018)]. Ed. B.A. Abusueva. Makhachkala, 2018. Pp. 70–74. (In Russ.)
 5. Leont'ev A.N. Deiatel'nost'. Soznanie. Lichnost' [Activity. Consciousness. Personality]. Moscow, 2005. 431 p. (In Russ.)
 6. Lurii A.R. Osnovy neiropsikhologii: uchebnoe posobie dlia studentov uchebnykh zavedenii vysshego professional'nogo obrazovaniia [Fundamentals of neuropsychology: textbook for higher education students]. Moscow, 2013. 384 p. (In Russ.)
 7. Rekhtina N.V. Kachestvo zhizni lits, zhivushchikh s VICH, v sovremennoi Rossii [Quality of life of people living with HIV in modern Russia: abstract of PhD Sci. Sociology dissertation]. Barnaul, 2012. 24 p. (In Russ.)
 8. Hoare J., Sevenoaks T., Mtukushe B. [et al.]. Global systematic review of common mental health disorders in adults living with HIV. *Current HIV/AIDS Reports*. 2021; 18: 569–580. DOI: 10.1007/s11904-021-00583-w.
 9. Kalisch R., Muller M.B., Tuscher O. A conceptual framework for the neurobiological study of resilience. *Behavioral and Brain Sciences*. 2015; 38: e92. DOI: 10.1017/S0140525X1400082X.
 10. Lu P.H., Lee G.J., Raven E.P. [et al.]. Age-related slowing in cognitive processing speed is associated with myelin integrity in a very healthy elderly sample. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*. 2011; 33(10): 1059–1068. DOI: 10.1080/13803395.2011.595397.
 11. Rao M.A. Assessment of Emotional Problems faced by People Living with HIV/AIDS and to study the role of family support and role of a counsellor to manage the emotional problems. *Imperial Journal of Interdisciplinary Research*. 2016; 2(7): 546–551.
 12. Satz P. Brain reserve capacity on symptom onset after brain injury: A formulation and review of evidence for threshold theory. *Neuropsychology*. 1993; 7(3): 273–295. DOI: 10.1037/0894-4105.7.3.273.
 13. Shan Z.Y., Sun G., Ji J. [et al.]. Neuroinflammation and brain function in HIV-positive individuals with comorbid anxiety. *Frontiers in Psychiatry*. 2024; 15: Article1336233. DOI: 10.3389/fpsyt.2024.1336233.
 14. Stern Y. Cognitive reserve: implications for assessment and intervention. *Folia Phoniatr Logop*. 2013; 65(2): 49–54. DOI: 10.1159/000353443.
 15. Tareke M., Belete T., Ergetie T. [et al.]. Triple burden of neurocognitive impairment and co-occurring depression and anxiety among people living with HIV in Bahir Dar, Ethiopia: A multicenter study. *Frontiers in Psychiatry*. 2022; 13: Article 732229. DOI: 10.3389/fpsyt.2022.732229.

Received 05.07.2025

For citing: Vasil'eva G.N. Programma psikhologicheskoi korrektsii kognitivnykh i emotsional'nykh narushenii u VICH-infitsirovannykh patsientov. *Vestnik psikhoterapii*. 2025; (96): 69–80. (In Russ.)

Vasilieva G.N. Program of psychological correction for cognitive and emotional disorders in HIV-positive patients. *Bulletin of Psychotherapy*. 2025; (96): 69–80. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-96-69-80
