

Психология и Психотехника

Правильная ссылка на статью:

Васильева Г.Н. Тренинг как технология коррекции эмоциональных и когнитивных нарушений у ВИЧ-инфицированных пациентов. Оценка эффективности // Психология и Психотехника. 2025. № 1. DOI: 10.7256/2454-0722.2025.1.72734 EDN: XAUPOG URL: https://nbpublish.com/library_read_article.php?id=72734

Тренинг как технология коррекции эмоциональных и когнитивных нарушений у ВИЧ-инфицированных пациентов. Оценка эффективности

Васильева Галина Николаевна

ORCID: 0000-0002-5052-9661

аспирант; кафедра Общей и клинической психологии; Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова

197706, Россия, г. Санкт-Петербург, Дубковское шоссе, 17, кв. 24

 galya@list.ru



[Статья из рубрики "Клиническая психология"](#)

DOI:

10.7256/2454-0722.2025.1.72734

EDN:

XAUPOG

Дата направления статьи в редакцию:

16-12-2024

Дата публикации:

25-01-2025

Аннотация: Предметом исследования является эмоциональная сфера и когнитивные функции (память, внимание, мышление) пациентов с ВИЧ-инфекцией. Объект исследования — пациенты с ВИЧ-инфекцией. Автор подробно анализирует когнитивные нарушения у данной категории пациентов, которые оказывают значительное влияние на приверженность лечению, эмоциональную стабильность и снижение качества жизни. В центре внимания находится опыт проведения группового тренинга, эффективность которого подтверждена улучшением эмоционального состояния и когнитивных функций участников. Исследование подчеркивает важность персонализированного подхода к оценке и коррекции когнитивных функций и эмоциональных нарушений, учитывая такие факторы, как стадия заболевания, сопутствующие патологии, психоэмоциональное

состояние и индивидуальные особенности пациентов. На основе этих данных автор разработал тренинг, адаптированный под потребности данной группы. В работе использовались информационная анкета, таблицы Шульте, «Проба запоминания 10 слов», «Тест Мюнстерберга», методики «Существенные признаки», «Исключение лишнего» (невербальный вариант), методика «Сложные аналогии», «Опросник выраженности психопатологической симптоматики», методика диагностики иррациональных установок А. Эллиса и методика «Индекс жизненной удовлетворенности». Психодиагностическое обследование проводилось до начала тренинга и после каждого восьми занятий. Основными выводами исследования являются доказанная эффективность проведенного тренинга в улучшении памяти (у 39% участников), внимания (у 83%), логического мышления (у 36%) и эмоционального состояния, включая значительное снижение соматизации, обсессивно-компульсивных проявлений, депрессии и тревожности (у 47–63%). Анкетирование участников продемонстрировало их высокую удовлетворенность тренингом и субъективное улучшение когнитивных функций и эмоционального состояния, что подтверждает актуальность такого подхода. Корреляционный анализ выявил значимую связь между эмоциональной напряженностью и иррациональными установками, подчеркивая необходимость их учета в реабилитационных программах. Установлено, что когнитивные нарушения, серьезно влияющие на приверженность лечению и качество жизни пациентов с ВИЧ-инфекцией, требуют персонализированного подхода, учитывая стадию заболевания, сопутствующие патологии, психоэмоциональное состояние и индивидуальные особенности. Разработанный тренинг, адаптированный под эти потребности, продемонстрировал высокую эффективность в снижении эмоционального напряжения, улучшении когнитивных функций и повышении способности участников к осознанному саморазвитию.

Ключевые слова:

ВИЧ-инфекция, когнитивные функции, когнитивные нарушения, тренинг, психологическая технология, эмоциональные нарушения, коморбидность, персонализированный подход, иррациональные убеждения, жизненная удовлетворенность

Введение

На сегодняшний день ВИЧ-инфекция больше не воспринимается как приговор. Благодаря достижениям в области высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) заболевание стало контролируемым. Тем не менее, вопрос полного излечения остается нерешенным. Согласно исследованиям продолжительности жизни, ВИЧ-позитивные пациенты, своевременно начавшие лечение и имеющие доступ к медицинской помощи, живут столько же, сколько их ВИЧ-негативные сверстники^[1]. Однако на первый план выходит проблема качества жизни ВИЧ-инфицированных^[2].

ВИЧ-инфекция значительно увеличивает вероятность возникновения проблем с психическим здоровьем, начиная от дистресса и заканчивая серьезными психическими расстройствами^[3]. Несмотря на наличие множества исследований, посвященных психическому состоянию пациентов с ВИЧ^[3-5], многие аспекты этой темы до сих пор остаются недостаточно изученными. Основное внимание исследователей сосредоточено на связи качества жизни с клиническими характеристиками заболевания, такими как

вирусная нагрузка, степень иммунодефицита, коморбидные состояния и схемы лечения [6-8]. При этом психологические аспекты, включая особенности когнитивной сферы пациентов и их изменения, зачастую остаются за рамками исследований.

Когнитивные нарушения у ВИЧ-инфицированных существенно ухудшают клиническую картину заболевания и ускоряют наступление инвалидизации [9]. В этой связи коррекция подобных нарушений приобретает важное социальное значение. Своевременная диагностика состояния когнитивной и эмоциональной сфер может способствовать предупреждению или замедлению их прогрессирования, сохранению качества жизни и снижению риска инвалидизации [10,11]. Кроме того, значительную роль в усугублении эмоциональных нарушений играют стресс и психологическое давление, связанные с неопределенностью, вызванной диагнозом, и стигматизацией больных [3].

Несмотря на проведенные исследования в области психологической помощи и когнитивного функционирования ВИЧ-инфицированных [9,11-13], практически отсутствуют предложения по разработке вмешательств, направленных на улучшение или восстановление когнитивных функций у данной группы пациентов.

Таким образом, актуальность настоящего исследования определяется необходимостью динамического исследования когнитивной и эмоциональной сферы пациентов с ВИЧ-инфекцией и возможностей их восстановления или коррекции.

Когнитивные нарушения при ВИЧ-инфекции являются одной из самых распространенных проблем, сопровождающих это хроническое инфекционное заболевание. Эмоционально-аффективные расстройства (тревога, депрессия, эмоциональная лабильность/раздражительность) и поведенческие проблемы (апатия, ажитация, нарушения сна и пищевого поведения) негативно сказываются на когнитивных функциях и адаптивных способностях пациента с ВИЧ. Недооценка важности эмоциональных и поведенческих расстройств в общей картине болезни и отсутствие их адекватной коррекции приводят к более быстрому прогрессированию когнитивных нарушений и значительному снижению повседневной активности и качества жизни. Необходимость разработки и внедрения психологических технологий для коррекции или компенсации таких нарушений не вызывает сомнений и подтверждается многими исследованиями. Собственный опыт проведения группового когнитивно-эмоционального тренинга для людей, живущих с ВИЧ, согласно результатам полученной обратной связи от его участников, интерес со стороны врачей, направляющих пациентов, показал актуальную потребность и приемлемость в разработке такой технологии.

Мы определяем когнитивно-эмоциональный тренинг как метод обучения, направленный на приобретение человеком практических знаний и навыков, которые помогают укреплять и развивать свои когнитивные функции или компенсировать их нарушения, а также способствует улучшению эмоционального состояния. Впервые когнитивные тренинги были внедрены в рамках психосоциальной реабилитации пациентов с шизофренией для коррекции нейрокогнитивного дефицита [14,15]. Сегодня когнитивные тренинги разрабатываются для людей с различными ограничениями по здоровью и разными заболеваниями, которые сопровождаются когнитивным снижением.

Тренинговые программы приобретают всё большую популярность в соматической медицине, поскольку способствуют повышению эффективности социального функционирования и улучшению качества жизни пациентов. Ставятся востребованными тренинги, которые направлены на улучшение жизнестойкости, управление эмоциями и

развитие эмоционального интеллекта.

При разработке тренинговых программ, в том числе для работы с эмоциональной сферой, необходимо учитывать комплексное психотравмирующее воздействие факта выставления диагноза ВИЧ или другого тяжелого угрожающего жизни заболевания на когнитивные, поведенческие и эмоциональные аспекты психики пациентов. Согласно данным исследования, ВИЧ-инфицированные пациенты, прошедшие тренинг жизнестойкости, считают ВИЧ-инфекцию травматическим опытом, оказывающим значительное влияние на их эмоциональное состояние и восприятие будущего [16]. Они отметили, что тренинг жизнестойкости является эффективным способом повышения устойчивости к стрессу, преодоления кризисных состояний и изменения отношения к будущему.

В связи с этим важно, чтобы психологические тренинги фокусировались на: повышении стрессоустойчивости, преодолении кризисных состояний и коррекции когнитивных и эмоциональных нарушений. Важно включать элементы, направленные на изменение негативных убеждений и эмоциональных реакций, связанных с травмой, что способствует развитию более адаптивных форм поведения и отношения к будущему.

Таким образом, тренинговые программы должны быть основаны на комплексном подходе, который учитывает не только поведенческие, но и эмоциональные, а также когнитивные особенности участников.

Когда пациенты с ВИЧ впервые узнают о своем заболевании, в процессе первичного психологического консультирования необходимо обсуждать с пациентами риски возникновения когнитивных нарушений в результате ВИЧ-инфекции и мотивировать их к развитию когнитивного резерва, а также к приверженности реабилитационным программам [4,17,18]. Однако еще более важно организовывать и предлагать психокоррекционные вмешательства, направленные на улучшение когнитивных функций.

Существуют исследования, показывающие, что когнитивные нарушения и когнитивный резерв у ВИЧ-инфицированных пациентов, госпитализированных в стационар Центра СПИД, связаны с совладающим поведением. Это означает, что способы реакции на стресс играют важную роль в этих взаимосвязях [11]. Такие данные также необходимо учитывать при разработке психологических технологий коррекции когнитивных нарушений для ЛЖВ.

Как показал наш опыт проведения такого тренинга для ВИЧ-инфицированных, регулярное участие пациентов может затрудняться из-за астении, депрессии, снижения мотивации, занятости, предвзятости к психологу и других факторов. Однако ограничения на пути к оценке эффективности психологических вмешательств значительно шире, чем просто сложности с набором участников: часто невозможно измерить когнитивные функции до возникновения заболевания, отсутствует информация о начале болезни, присутствует значительное разнообразие среди участников по физическим, психологическим и социальным характеристикам.

Необходимо учитывать индивидуальные особенности ВИЧ-инфицированных, их личностные и психологические характеристики при разработке любых технологий психологического воздействия. Такую возможность дает персонализированный подход. «Персонализированная медицина представляет собой совокупность методов профилактики патологического состояния, диагностики и лечения в случае его возникновения, основанных на индивидуальных особенностях пациента» [19]. Опираясь

на данный подход, можно сформулировать основные составляющие такого подхода к разработке технологии когнитивно-эмоционального тренинга для людей, живущих с ВИЧ и оценке эффективности участия в таком тренинге:

- гибкий протокол занятия с четким сценарием, содержащий обязательные (индикаторные) и произвольные упражнения;
- индикаторы персональной динамики участия;
- опора на сохранные когнитивные функции участников в работе тренинга;
- компенсация сниженных функций за счет сохранных;
- индивидуальное определение оптимального количества посещений;
- обсуждение отдельно с каждым участником тренинга его персональных достижений и позитивной роли когнитивных занятий, применении навыков в повседневной жизни.

ВИЧ-инфекция сопровождается сложными коморбидными состояниями, значительными эмоциональными нарушениями, низким уровнем жизнестойкости и неудовлетворенностью жизнью [4;16;20]. ВИЧ-позитивные пациенты нередко сталкиваются с социальной стигматизацией, которая выступает существенным барьером для их участия в когнитивно-ориентированных тренинговых программах, как продемонстрировал наш практический опыт. Учитывая эти особенности, наша задача заключалась в разработке когнитивного тренинга, адаптированного именно под нужды и психологические особенности этой группы. Программа тренинга опирается на принципы персонализированного подхода, который учитывает уникальные клинические и социальные аспекты, с которыми сталкиваются ВИЧ-инфицированные пациенты.

Научная новизна исследования: изучена динамика показателей эмоциональной и когнитивной сферы до и после проведения когнитивно-эмоционального тренинга, показана возможность восстановления когнитивных функций (память, внимание, мышление) и снижения эмоциональной напряженности. Доказана эффективность программы тренинга как психокоррекционной меры по коррекции эмоциональных и когнитивных нарушений для ВИЧ-инфицированных.

Предмет исследования: эмоциональная сфера и когнитивные функции (память, внимание, мышление) пациентов с ВИЧ-инфекцией.

Объект исследования: ВИЧ-инфицированные пациенты.

Цель исследования: разработка и апробация психологической технологии коррекции нарушений эмоциональной и когнитивной сферы у ВИЧ-инфицированных пациентов.

Теоретико-методологическую основу составили положения, отражающие медико-психологические и психосоциальные представления о ВИЧ-инфекции и о связанных с ней явлениях (Зинченко А.И., В. В. Покровский, В. Н. Зимина, В. В. Беляева, О.В Шаргородская, А. Г. Рахманова, Д., Кольцова О.В., Рыбников В.Ю, Ланга А.Пи др.); исследования в области психологической помощи ВИЧ-инфицированным пациентам (Бузина Т.С., Василенко А.Э., Курымбаева С.Р., Кольцова О.В., Александрова Н.Ви др.); положения, отражающие особенности когнитивных нарушений при ВИЧ-инфекции (Курамбаева С.Р., Рассохин В.В., Беляков Н.А., Трофимова Т.Н., Кольцова О.В. и др.). исследования в области нарушений эмоциональной сферы ВИЧ-инфицированных (Мурыванова Н.Н., Кольцова О.В., Беляева В.В., Ткаченко Т.Н., Валиева Т.В., Гимаева Р.

М., Зинченко А.И. и др.)

Материалы исследования:

Тип исследования – экспериментальное. В исследовании приняли участие 60 пациентов с ВИЧ инфекцией, которые прошли клинико-психологическое психодиагностическое обследование перед прохождением тренинга.

Критерии включения: 1) состоит на учете в центре СПИД с диагнозом В23; 2) возраст от 18 до 75; 3) подписание информированного согласия на участие в исследовании; 4) направление специалистов по психическому здоровью Центра СПИД (психиатра, невролога, психолога); 5) подтверждение от врача отсутствия в анамнезе продуктивных психопатологических синдромов или врожденного интеллектуального психического дефекта, приобретенной деменции; 6) стадия ремиссии на АРВТ (подавленная вирусная нагрузка).

Критерии исключения: 1) возраст моложе 18 и старше 75; 2) активное употребление ПАВ и алкоголя (ремиссия менее года в случае зависимости); 3) наличие тяжелых психических расстройств; 4) отказ от участия в тренинге.

Занятия тренинга проводились 1 раз в неделю (по субботам с 11 до 13 часов), каждое занятие длилось 2 часа. Рекомендовалось пройти не менее восьми занятий. Участие гибкое из-за болезней, сменного графика и командировок, группа имела открытый формат.

За 2 года приняли участие в занятиях 60 человек. Из них: 17 человек посетили тренинг однократно; 23 человека прошли 8 занятий; 6 человек прошли более 8 занятий. Остальные пациенты с разной степенью регулярности посещений посетили от 2 до 7 занятий.

Причины отказа от дальнейшего участия: заболел, переезд, изменился график работы. Негативных оценок в отношении тренинга мы не получали.

Методы исследования:

Для изучения и оценки параметров когнитивной и эмоциональной сферы у пациентов с ВИЧ-инфекцией использованы клинико-психологический, экспериментально-психологический и статистический методы. Клинико-психологический метод включает психологическое интервью, информационную анкету для анализа социально-демографических характеристик, клинических и клинико-психологических данных, а также наблюдение.

Экспериментально-психологический метод представлен следующими методиками.

Для оценки когнитивной сферы:

- 1) «Тест Мюнстерберга» для оценки уровня избирательности и концентрации внимания.
- 2) Методика «Отыскивание чисел по таблицам Шульте» для оценки темпа психической деятельности, наличия истощаемости, устойчивости, концентрации и избирательности внимания.
- 3) «Проба запоминания 10 слов» для оценки объема рече-слуховой кратковременной памяти и отсроченного воспроизведения.
- 4) Методики «Существенные признаки» и «Исключение лишнего» (неверbalный

вариант) для оценки нарушений динамики мышления.

5) Методика «Сложные аналогии» для оценки уровня логического мышления.

Для оценки эмоциональной сферы:

1) «Опросник выраженности психопатологической симптоматики» (SCL-90-R) для оценки глубины эмоциональных нарушений и изучения психологического состояния пациента.

2) Методика диагностики иррациональных установок А.Эллиса для оценки выраженности иррациональных установок, влияющих на эмоциональное состояние.

3) Методика «Индекс жизненной удовлетворенности» (адаптация Н. В. Паниной, 1993) для оценки индекса жизненной удовлетворенности – комплексного показателя, который отражает общую способность человека адаптироваться и приспосабливаться к жизненным обстоятельствам. Люди с высокими значениями данного индекса, как правило, имеют низкую эмоциональную напряженность, низкий уровень тревожности и высокую устойчивость к стрессам.

Статистические методы обработки данных применялись с учетом ненормальности распределения, так как выборка была небольшая. Использовались: описательные статистики, коэффициент ранговой корреляции Спирмена, Т-критерий Вилкоксона. Обработка данных проводилась с помощью SPSS 23.

Психодиагностическое обследование проводилось перед началом участия в тренинге и после прохождения участником каждого восьми занятий.

Результаты и обсуждение:

Описание выборки

В рамках апробации программы тренинга в период с июня 2022 по сентябрь 2024 г. приняли участие 60 человек с разной степенью активности участия. Средний возраст участников составил 47 лет; 76 % участников – женщины. В среднем, участники тренинга узнали о диагнозе ВИЧ-инфекция от 1 до 23 лет назад. У 45% были сопутствующие заболевания (гепатит ВСД, атеросклероз, энцефалопатия, онкология, диабет, гипертония и др.), у 30% была инвалидность. Образование пациентов-участников тренинга: 13% - среднее; 22% - средне-специальное, 27% - высшее. Большинство пациентов не состояли в браке (82%) и были трудоустроены (70%).

По результатам предварительной психодиагностики когнитивных процессов было установлено, что незначительное и умеренное снижение рече-слуховой кратковременной памяти (по методике «10 слов») отмечалось у 43,4 % участников, выраженное снижение памяти – у 26 %. Структура мышления была не нарушенa, но модус мыслительной деятельности крайне неустойчив, что может свидетельствовать о повышенной истощаемости мыслительной деятельности. Уровень логического мышления (по методике Сложные аналогии) снижен у 30% участников. Средняя скорость выполнения таблиц Шульте оказалась в норме у 58,6 % участников. Снижение концентрации и избирательности внимания (по тесту Мюнстерберга) наблюдалось у 45,6% участников.

Тестирование по шкале выраженности психопатологических симптомов (SCL-90-R) в среднем показало значительное превышение нормативных показателей по всем подшкалам (рис.1). Диагностика иррациональных установок (по методике Эллиса)

выявила преобладание установок «катастрофизации» и «долженствования в отношении себя» (рис.2). То есть, участникам тренинга свойственно оценивать каждое неблагоприятное событие как ужасное и невыносимое с чрезмерно высокими требованиями к себе. Индекс жизненной удовлетворенности (по одноименной методике) показал низкий уровень, в составе которого наименьшие значения были у таких показателей, как «согласованность между поставленными и достигнутыми целями» и «положительная оценка себя и собственных поступков» (рис.3). Таким образом, участники тренинга были убеждены в том, что они не достигли или не способны достичь тех целей, которые считают для себя важными, а также низко оценивали себя и свои поступки.

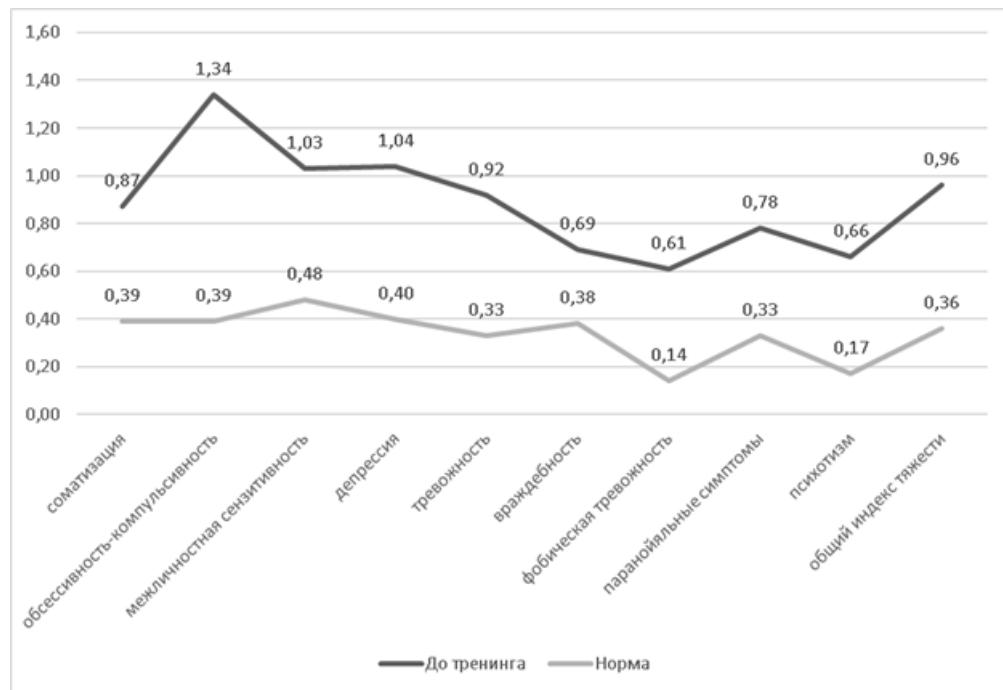


Рисунок №1 Выраженность психопатологической симптоматики (до тренинга)

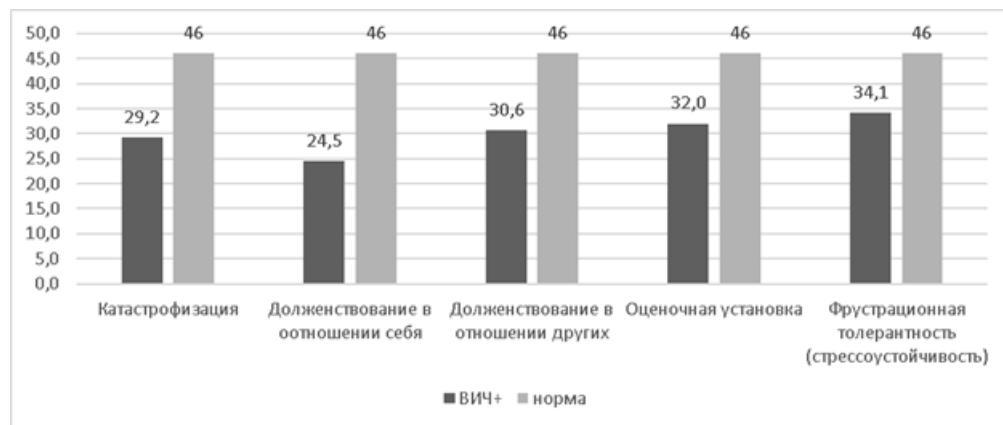


Рисунок №2 Наличие и выраженность иррациональных убеждений (до тренинга)

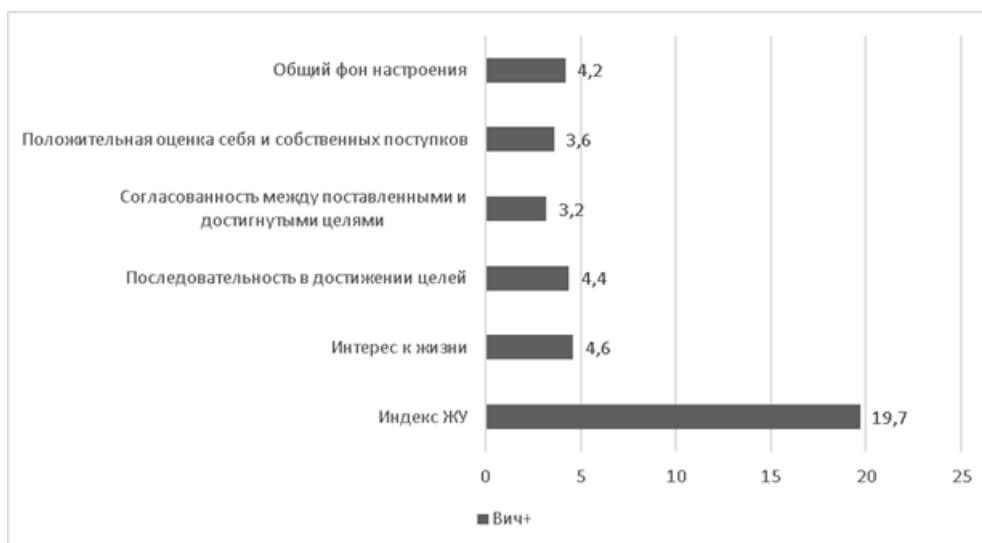


Рисунок №3 Индекс жизненной удовлетворенности (до тренинга)

Таким образом, перед началом проведения тренинга участники, пациенты с ВИЧ, имели высокую выраженность иррациональных убеждений, низкий уровень индекса жизненной удовлетворенности и высокую выраженность психопатологической симптоматики.

Эти показатели отражают исходное эмоциональное и когнитивное состояние участников, что обосновывает необходимость проведения психокоррекционных тренинговых мероприятий.

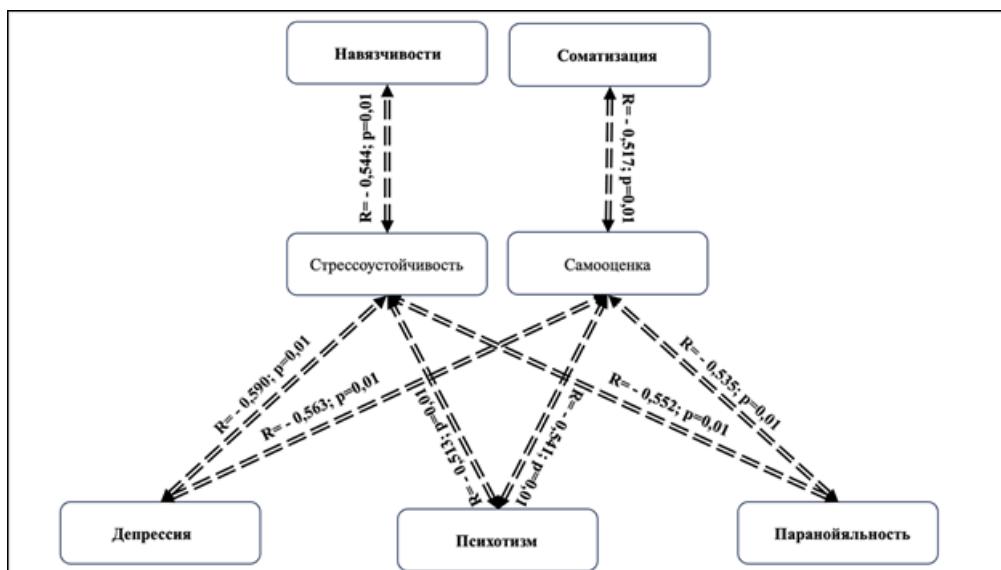
Также необходимо было изучить взаимосвязь между эмоциональным состоянием и иррациональными установками, поскольку понимание этих факторов является ключевым для разработки эффективных психологических интервенций. Эмоциональное состояние напрямую влияет на качество жизни, психическое здоровье и поведение человека, тогда как иррациональные убеждения могут усиливать негативные эмоции и препятствовать адаптации в сложных ситуациях.

В условиях повышенной социальной стигматизации и стрессов, с которыми сталкиваются определенные группы населения, в том числе ВИЧ-позитивные пациенты, важно выяснить, как именно иррациональные установки связаны с их эмоциональным состоянием. Изучение этих взаимосвязей дало возможность выявить критические области и мишени для психокоррекционного вмешательства и предоставить необходимые данные для создания тренингов, способствующих повышению психоэмоционального благополучия и адаптивности участников.

В результате корреляционного анализа был обнаружен ряд значимых взаимосвязей между показателями эмоционального состояния (SCL-90-R) и иррациональными установками (по методике А. Эллиса). Наиболее сильные связи наблюдались у таких показателей как, соматизация, обсессивность-компульсивность, депрессия, паранойяльность и психотизм. Все они были отрицательно связаны ($p=0,01$) с положительной оценкой себя и своих поступков (самооценка), а также с фрустрационной толерантностью (стрессоустойчивостью) (по методике А.Эллиса) (Рис.4). Полученные данные свидетельствуют о том, что общая оценка степени рациональности мышления и оценка себя тесно взаимосвязаны с эмоциональным состоянием участников. Т.е. чем ниже они оценивают себя и свои возможности, тем выше эмоциональные нарушения. Установленные взаимосвязи обосновывают необходимость внедрения в программу тренинга также техник, направленных на изменение негативных убеждений и развитие навыков эмоциональной регуляции. Фокус на повышении самооценки, фрустрационной

толерантности и рациональности мышления позволит снизить эмоциональное напряжение. Одной из специфических причин сложности вовлечения таких пациентов в групповые занятия является стигматизация, которая, тем не менее, может быть преодолима путем включения в программу упражнений на повышение самооценки, стрессоустойчивости и жизнестойкости [14]. В этом смысле именно групповой формат тренинга, включающий, помимо когнитивного, эмоциональный аспект и социальный компонент (взаимодействие и поддержка), принесет наибольшую пользу.

Рисунок №4 Фрагмент корреляционной плеяды



Дизайн исследования (как создавался тренинга)

Целый год мы посвятили отработке структуры тренинга. Такого тренинга для ВИЧ-положительных пациентов не существует, поэтому мы ставили перед собой задачу не набор данных, а отработать принцип формирования занятий, их содержательное наполнение и последовательность воздействий.

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

На каждом занятии решались следующие задачи:

1. Предупреждение снижения памяти и концентрации внимания.
2. Развитие быстроты мышления и скорости обработки информации.
3. Снижение эмоционального напряжения.
4. Тренировка основных когнитивных функций через специальные упражнения.
5. Освоение мnestических приемов для улучшения памяти.
6. Изучение техник саморегуляции для управления эмоциями.
7. Развитие навыков рефлексии для осмыслиния собственного опыта и поведения.

Для обеспечения сопоставимости и возможности анализа данных в отсутствие готового

протокола когнитивно-эмоционального тренинга для ЛЖВ мы создали собственный протокол проведения занятий для пациентов с ВИЧ по улучшению когнитивных функций и эмоционального состояния (табл. 1).

Табл. 1 Примерная структура занятия (продолжительность 2 часа)

№ п.п.	ПОРЯДОК И КОМПОНЕНТЫ	РЕШАЕМЫЕ ЗАДАЧИ
1	Знакомство и разминка в игровой форме	Знакомство участников и одновременно тренировка внимания, памяти, ассоциативного мышления, снижение напряженности в группе, сбор ожиданий от участия в тренинге.
2	Психогимнастическое упражнение	Развитие межполушарного взаимодействия, способствующее активизации мозговой деятельности.
3	Тестирование по методике САН	Самооценка состояния
4	Методика «Поиск чисел от 1 до 90»	Тренировка внимания и количественный индикатор процесса внимания
5	Знакомство с одним из приемов (методов) для улучшения той или иной когнитивной функции (например, «метод Цицерона», «эффект Зейгарник», одно из упражнений по системе Станиславского, метод «Ключ» Х. Алиева и т.п.)	Получение знаний и навыков применения когнитивных упражнений, фокусирования на задаче, повышения стрессоустойчивости. Улучшение взаимодействия в группе, понимания друг друга
6	Упражнение на тренировку произвольного внимания (одно из упражнений)	Улучшение процесса концентрации, избирательности, распределения внимания
7	Методика «Расстановка чисел»	Тренировка произвольного внимания и индикатор процесса внимания
7	Упражнение на тренировку памяти (одно из упражнений)	Тренировка произвольного запоминания Практика применения мnestических приемов
8	Запоминание 20 слов с использованием той или иной техники запоминания	Тренировка непосредственной памяти и количественный индикатор процесса запоминания
9	Упражнение на развитие комбинаторных способностей и ассоциаций	Тренировка мышления (ассоциативное, вербально-логическое, образное)

	с опорой на вербальные и невербальные образы.	
10	Методика «Сложные аналогии»	Тренировка логического мышления и индикатор процесса мышления
11	Упражнение на повышение самооценки и жизненной удовлетворенности	Изменение деструктивных убеждений, которые поддерживают неадаптивное поведение и эмоциональное напряжение
12	Упражнение на саморегуляцию	Формирование навыков саморегуляции
	Воспроизведение ранее предъявленных 20 слов с использованием той или иной техники запоминания	Тренировка непосредственной памяти и количественный индикатор фиксации следов воспринятого
13	Методика «Вербальная беглость»	Тренировка фонетической вербальной беглости и индикатор вербальной беглости
14	Тест Мюнстербергера	Тренировка избирательности внимания и индикатор процесса внимания
15	Обратная связь по итогам занятия	Подведение итогов Обратная связь по использованию полученных навыков в повседневной жизни

Разнообразие факторов, влияющих на состояние ЛЖВ, таких как возраст, коморбидность, стаж заболевания, нейротоксичные схемы лечения, затрудняет создание однородной выборки для психодиагностики до и после тренинга. Также множество факторов, таких как стигматизация, астения, забывчивость, особенности рабочего графика, поведенческие проблемы и инвалидность, влияют на приверженность к участию в программе. Это усложняет разработку жесткого протокола и оценки эффективности тренинга для всех участников. Необходим был персонализированный подход, при этом, не отменяя группового формата, так как он дает отдельные преимущества [20].

Поэтому наша задача заключалась в том, чтобы разработать такие индикаторы, которые покажут прогресс участников, учитывая их индивидуальные особенности и разнообразие факторов, влияющих на участие в тренинге. Эти индикаторы должны быть гибкими и адаптируемыми, чтобы можно было корректно оценить эффективность тренинга как на индивидуальном уровне, так и в групповом формате.

Список индикаторов, которые мы оставили:

1. Количество найденных чисел за 7 минут по методике «Отыскивание чисел по порядку от 1 до 90». Оценивает концентрацию внимания до и после занятия.
- 2 . Количество ассоциаций на картинку за 3 минуты. Оценивает уровень развития ассоциативного мышления.

3 . Количество запомненных слов по методике «20 слов» (М.Г. Бархатова). Оценивает уровень развития различных приемов запоминания.

4 . Количество расставленных чисел в возрастающем порядке по методике «Расстановка чисел». Оценивает произвольное внимание.

5 . Количество найденных слов по методике «Тест Мюнстерберга». Оценивает уровень избирательности и концентрации внимания.

6 . Количество правильно подобранных аналогий по методике «Сложные аналогии». Оценивает уровень способности устанавливать логические связи и отношения между понятиями.

7 . Количество слов на одну букву по методике «Вербальная беглость». Оценивает уровень фонетической вербальной беглости.

8 . Методика «Самочувствие, Активность, Настроение» (используется для оперативной оценки самочувствия, активности и настроения до и после занятия).

9 . Личностный дифференциал» оценивает субъективное отношение человека к себе по трем шкалам (оценка, сила, активность).

Если в процессе тренинга отмечается прогресс в улучшении той или иной функции, например, памяти, мы исследуем оптимальный период (через сколько занятий), когда активное участие дает положительный результат. Если наблюдается неровная динамика (функция то улучшается, то ухудшается), можно говорить об истощаемости психического процесса, необходимости распределения нагрузки (чертежование работы и отдыха). Кроме того, текущая диагностика результатов участия в тренинге позволяет выявить индивидуальные сильные и слабые стороны каждого участника, что позволит определить, как помочь человеку в компенсации ослабленной или утраченной когнитивной функции за счет сохранной, работающей. В случае преобладания возбуждения, расторможенности, важно найти способ избежать непродуктивного поведения (повышенной многоречивости), ошибочных действий (воспроизведение «лишних», не предъявляемых слов).

Оценка эффективности программы когнитивно-эмоционального тренинга

После проведения всей программы тренинга проводилась комплексная оценка эффективности: до и после 8 занятий оценивались когнитивные и эмоциональные изменения участников. Также отслеживалась индивидуальная динамика каждого участника на протяжении всего курса. Кроме того, собирались анкеты обратной связи от участников тренинга, которые прошли 8 занятий. Это дало возможность учитывать их субъективные впечатления, выявлять возможные трудности и корректировать программу в режиме реального времени. Анкеты помогли оценить не только эффективность упражнений, но и общую удовлетворенность процессом, что способствовало улучшению взаимодействия между психологом-тренером и участниками, а также дальнейшему совершенствованию программы.

Все вместе позволило получить полную картину воздействия тренинга, как на уровне группы, так и на индивидуальном уровне, учитывая уникальные особенности каждого участника.

Анализ результатов после 8 занятий

Проанализированы результаты тестирования 23 человек до и после прохождения 8 занятий по следующим показателям когнитивных функций: объем рече-слуховой кратковременной памяти, объем отсроченного воспроизведения, средняя скорость выполнения таблиц Шульте, логическое мышление. Объем слуховой кратковременной памяти у 39% пациентов увеличился. Объем отсроченного воспроизведения у 44% увеличился. Средняя скорость выполнения таблиц Шульте улучшилась у 83% испытуемых. Логическое мышление улучшилось у 36% участников.

Также были проанализированы показатели эмоциональных нарушений по методике SCL-90-R до и после 8 занятий. Соматизация снизилась у 52% участников. Обсессивность-компульсивность снизилась у 63%. Депрессия снизилась у 53% участников. Тревожность снизилась у 47%. Общий индекс тяжести симптомов снизился у 58% участников. Критерий знаковых рангов Вилкоксона также показал статистически значимые различия по этим показателям методики (Таб.2).

Таблица №2 Выраженность психопатологической симптоматики до и после тренинга (в баллах)

Подшкалы SCL-90-R	До тренинга (N=23)	После 8 занятий (N=23)	T-критерий Вилкоксона	Значимость
соматизация	0,78	0,51	-2,10	0,036
обсессивность-компульсивность	1,42	0,96	-2,90	0,004
межличностная сензитивность	0,86	0,80	-0,26	0,794
депрессия	0,98	0,85	-1,92	0,050
тревожность	0,64	0,43	-2,20	0,027
враждебность	0,45	0,45	-0,07	0,938
фобическая тревожность	0,37	0,23	-1,18	0,238
паранойальные симптомы	0,72	0,58	-0,50	0,614
психотизм	0,49	0,25	-2,32	0,020
общий индекс тяжести	0,80	0,60	-2,20	0,028

Анализ анкеты обратной связи

Первым этапом оценки эффективности программы стала оценка удовлетворенности участников тренингом. Мы проверяли, насколько тренинг был полезен, что вдохновило на участие и что мешало посещать занятия. Для этого была разработана анкета обратной связи с вопросами о результатах, мотивации, препятствиях и предпочтениях. Анкета включала готовые варианты ответов с возможностью добавить свои, и позволяла выбирать несколько позиций. Результаты представлены в таблице 3.

Табл.3 Результаты анализа анкет обратной связи

Эффект	Да	100%
	Нет	0%
Кто изначально	психолог центра СПИД	40%
	невролог Центра СПИД	30%

заинтересовал Вас участием в когнитивно-эмоциональном тренинге?		
Какая идея вдохновила вас к участию в когнитивно-эмоциональном тренинге?	справиться с беспокойством по поводу когнитивных функций	33%
	восстановить/развить свои способности, мышление, память, внимание	80%
	справляться со стрессом и эмоциональными проблемами	33%
Что мешало участвовать (вызывало сопротивление)?	неудобное время встречи	27%
	быстро утомляюсь	13%
	ничего не мешало	60%
Какие «бонусы» Вы получили от участия в тренинге?	научился (-ась) сосредотачиваться	47%
	стал (-а) больше читать	33%
	исчез «туман в голове»	13%
	чаще думаю позитивно	40%
	лучше знаю какую память использовать	20%
Что нравится в групповых занятиях?	нет принуждения к участию	60%
	смешанный по возрасту и полу состав	40%
	время занятий	40%
	место занятий	33%
	продолжительность занятия	20%
	открытый формат	60%
	социальный статус участников не имеет значения	53%

Также люди отвечали, какая идея их вдохновила к участию: «научиться жить в социуме, принимать себя», «улучшить свои нейроны», «саморазвитие». Среди ответов про бонусы, были такие варианты: «понимание, что я нормальный адекватный человек, что я не одна такая», «стал более доброжелательным», «улучшилась память».

Обсуждение

Участниками программы тренинга стали 60 человек, средний возраст составил 47 лет, из них 76% — женщины. ВИЧ-диагноз был установлен от 1 до 23 лет назад, 45% участников имели сопутствующие заболевания, у 30% — стоит инвалидность. 82% не состояли в браке, 70% были трудоустроены.

Проведенное психоdiagностическое обследование перед началом тренинга показало, что у 43,4% участников было незначительное и умеренное снижение рече-слуховой кратковременной памяти, а у 26% — выраженное снижение. Эффективность функции внимания в норме у 58,6%, снижение концентрации наблюдалось у 45,6%.

Уровень психопатологической симптоматики превышал нормативные показатели по всем подшкалам. Такие данные согласуются с исследованием, проведенным О.В. Кольцовой и соавторами, где отмечено, что у ВИЧ-инфицированных пациентов показатели психопатологической симптоматики выше установленных нормативных значений по всем шкалам опросника SCL-90-R, где наиболее выраженные отклонения наблюдались у пациентов с нестабильным соматическим здоровьем и наркозависимостью, а также у лиц старше 31 года [10].

У участников преобладали иррациональные установки, такие как «катастрофизация» и «долженствование». Индекс жизненной удовлетворенности на низком уровне, особенно по показателям согласованности целей и положительной самооценки. Это согласуется с результатами исследования Савченко Г.Н. и Кольцовой О.В., где было выявлено, что жизнестойкость ВИЧ-инфицированных женщин тесно связана с их осмысленностью жизни, целеполаганием и самооценкой. Кроме того, травматическое восприятие диагноза отрицательно влияет на смысложизненные ориентации, усиливая психологическое напряжение и снижая способность находить внутренние ресурсы для преодоления жизненных кризисов [16].

Высокая выраженность иррациональных убеждений и психопатологических состояний обосновывает необходимость тренинговых мероприятий для улучшения эмоционального и когнитивного состояния участников. Корреляционный анализ выявил значимые взаимосвязи между жизненной удовлетворенностью, эмоциональной напряженностью и иррациональными установками, что подчеркивает необходимость коррекции негативных убеждений и развития навыков эмоциональной регуляции.

Целью тренинга являлось развитие когнитивных функций и эмоционально-личностных характеристик участников, с фокусом на саморазвитие и понимание возможностей. Задачи на занятиях включали развитие памяти, концентрации внимания, снижение эмоциональной напряженности, освоение техник саморегуляции и рефлексии. Применялись адаптивные индикаторы для оценки индивидуального прогресса участников и анализа воздействия тренинга. Оценка динамики (индивидуальной и групповой) показала эффективность самого тренинга.

Выводы:

- 1 .** ВИЧ-инфекция перестала быть смертельным диагнозом, но остается значимой проблемой для психического здоровья и качества жизни пациентов.
- 2.** Исследование показало, что ВИЧ-инфицированные пациенты сталкиваются с высоким уровнем психопатологической симптоматики, который превышает нормативные значения по всем шкалам опросника SCL-90-R. Такие данные согласуются с ранее проведенными исследованиями, подчеркивая важность психокоррекционной работы для этой группы пациентов.
- 3 .** Анализ динамики когнитивных нарушений после проведения тренинга показал, что объем слуховой кратковременной памяти у 39% участников увеличился. Объем отсроченного воспроизведения у 44% участников увеличился. Эффективность работы

внимания улучшилась у 83% испытуемых. Логическое мышление улучшилось у 36% участников.

4. Анализ динамики эмоциональных нарушений после проведения тренинга показал: соматизация снизилась у 52% участников; обсессивность-компульсивность снизилась у 63%; депрессия снизилась у 53% участников; тревожность снизилась у 47%. Общий индекс тяжести симптомов снизился у 58% участников.

5. Участники исследования демонстрировали иррациональные установки, такие как «катастрофизация» и «долженствование», которые значительно ухудшали их эмоциональное состояние. Корреляционный анализ выявил связь между иррациональными убеждениями и эмоциональной напряжённостью, что подчеркивает необходимость их коррекции в рамках тренинга.

6. Анализ результатов анкеты обратной связи после тренинга показал общую удовлетворенность участников, а также субъективное улучшение концентрации внимания, памяти и общего эмоционального состояния.

7. Разработанная программа тренинга учитывала индивидуальные особенности участников, такие как возраст, коморбидные состояния и социальные факторы. Это позволило обеспечить гибкость занятий и добиться значительных результатов как в когнитивной, так и в эмоциональной сферах.

8. Исследование подтвердило эффективность когнитивно-эмоционального тренинга в улучшении когнитивных функций и снижении эмоциональных нарушений у ВИЧ-инфицированных пациентов, что открывает перспективы для дальнейшей адаптации программы в клинической практике.

Заключение

Разработка концепции когнитивного тренинга как технологии коррекции эмоциональных и когнитивных нарушений у ВИЧ-инфицированных пациентов продолжается. В будущем тренинг может быть адаптирован для применения как в инфекционных больницах, так и в амбулаторных условиях поликлиник и реабилитационных центров. Однако важно понимать, что для успешной реализации тренинга важен персонализированный подход, который учитывает индивидуальные особенности пациентов. А использование тщательно отобранных индикаторов и методов диагностики позволяет более точно отслеживать индивидуальные изменения и динамику когнитивных функций.

Ограничения нашего исследования, такие как возраст, коморбидность, стаж заболевания, нейротоксичные схемы лечения и другие факторы, указывают на необходимость дальнейших лонгитюдных и экспериментальных исследований для более глубокого анализа влияния тренинга. Также, по мере увеличения участников исследования, стоит задача оценить эффективность тренинга для пациентов в зависимости от степени когнитивных и эмоциональных нарушений.

Библиография

1. Marcus JL Comparison of Overall and Comorbidity-Free Life Expectancy Between Insured Adults With and Without HIV Infection, 2000-2016 // Marcus JL, Leyden WA, Alexeeff SE, et al. Comparison of Overall and Comorbidity-Free Life Expectancy Between Insured Adults With and Without HIV Infection, 2000-2016. JAMA Netw Open. 2020;3(6):e207954. Published 2020 Jun 1. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.7954
2. Рехтина Н.В. Качество жизни лиц, живущих с ВИЧ, в современной России: Диссер. ...

- канд. психол. наук: 22.00.04 / Н.В. Рехтина. – Барнаул, 2012. – 164 с.
3. Manjula A Rao 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 (IJIR) Vol-2, Issue-7, 2016. P. 546-551
4. Кольцова О. В. Психологическая помощь больным с ВИЧ-инфекцией в специализированном учреждении здравоохранения -Центре СПИД: Диссер. ... канд. психол. наук: 19.00.01 / О. В. Кольцова. – Санкт-Петербург, 2013. – 116 с.
5. Кольцова О.В., Сафонова П.В., Рыбников В.Ю. Психологические трудности пациентов, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, при подготовке к антиретровирусной терапии. Журнал инфектологии. 2019;11(4). – С. 85-91.
6. Улюкин И. М., Чикова Р. С. Уровень качества жизни больных ВИЧ-инфекцией и его зависимость от психологических показателей // Вестник Санкт-Петербургского университета. Медицина. 2006. №3.
7. Баскакова И. В., Подымова А. С., Тургель И. Д., Баландина М. С. Оценка влияния заболевания ВИЧ-инфекцией на качество жизни населения в регионе // Экономика региона. – 2020. – Т. 16, вып. 1. – С. 114-126
8. Филоненко, Н.Г. Актуальность вопросов качества жизни людей, живущих с ВИЧ/СПИД/ Н.Г. Филоненко, С.М. Головина // Бюлл. Национального НИИ общественного здоровья. – 2007. – Вып.6. – С. 52–56.
9. Курамбаева, С. Р. Нарушение когнитивных функций у больных ВИЧ / С. Р. Курамбаева // Доброхотовские чтения : Материалы III междисциплинарной научной конференции, Махачкала, 05–06 октября 2018 года / Главный редактор Б.А. Абусуева. – Махачкала: ПБОЮЛ "Зулумханов", 2018. – С. 70-74.
10. Скрининговая оценка уровня дистресса и выраженности психопатологических симптомов у ВИЧ-инфицированных пациентов / О. В. Кольцова, А. В. Гайсина, В. Ю. Рыбников, В. В. Рассохин // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2013. – Т. 5, № 2. – С. 35-41. – EDN QCVRHV.
11. Кольцова О.В., Мошкова Г.Ш. Когнитивные нарушения и когнитивный резерв, их взаимосвязь с поведенческими особенностями у пациентов с вирусом иммунодефицита человека во время госпитализации / Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева, 2021, № 1, с. 53-59
12. Бузина Т.С. Психологическая модель профилактики зависимости от психоактивных веществ и сочетанных с ней парентеральных инфекций - Диссертация на соискание ученой степени доктора психологических наук. 2016.
13. Василенко А.Э. Особенности психологической помощи ВИЧ-инфицированным клиентам в условиях государственных центров социальной помощи населению / А.Э. Василенко // Социальное обслуживание семей и детей : научно-методический сборник. – 2016. – Вып. 8 : Семья и проблемы ВИЧ-инфекции: профилактика и социальное обслуживание. – С. 123 –133.
14. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Долныкова А.А., Шмуклер А.Б. Программа тренинга когнитивных и социальных навыков (ТКСН) у больных шизофренией. Социальная и клиническая психиатрия, 2007, N 4,-С.67-77
15. Исаева Е.Р., Лебедева Г.Г. Тренинг когнитивного и социального функционирования в системе реабилитации пациентов с неврально-психическими расстройствами // "Биопсихосоциальный подход к нейрореабилитации": Сб. материалов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, 22-23 мая 2015г., Санкт-Петербург. - СПб: Изд-во "Человек и его здоровье", 2015. - с.16-22.
16. Савченко Г.Н., Кольцова О.В. Тренинг жизнестойкости для ВИЧ-инфицированных женщин // ВИЧ-инфекция иммуносупрессии. 2020. Т. 12, № 3. С. 111-119. DOI:

10.22328/2077-9828-2020-12-3-111-119

17. Кольцова О.В. Значение медицинской психологии в оказании комплексной клинико-диагностической и терапевтической помощи ВИЧ-инфицированным пациентам // Материалы международной научно-практической конференции. «Зейгарниковские чтения. Диагностика и психологическая помощь в современной клинической психологии». М., 2020. С. 700–702.
18. Морозова Е.В. Алексанин С.С. Реабилитационная приверженность и совладание личности с кризисной ситуацией инвалидизирующей болезни // Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта. 2022. № (204). С. 502–512. DOI: 10.34835/issn.2308-1961.2022.2.p502-512
19. Персонализированный подход к лечению пациента с ВИЧ-инфекцией / Н. А. Беляков, В. В. Рассохин, Е. В. Степанова [и др.] // . – 2020. – Т. 12, № 3. – С. 7-34. – DOI 10.22328/2077-9828-2020-12-3-7-34. – EDN OWHQYU.
20. Мурыванова Н.Н. Психологические особенности ВИЧ-инфицированных больных / Н.Н. Мурыванова, В.И. Горбунов // Журнал инфектологии. – 2015. - №7(2). – С. 70-74.

Результаты процедуры рецензирования статьи

В связи с политикой двойного слепого рецензирования личность рецензента не раскрывается.

Со списком рецензентов издательства можно ознакомиться [здесь](#).

Актуальность данной тематики имеет общее практическое значение, поскольку людьми с хронической ВИЧ-инфекцией необходимо заниматься по причине наличия у них различных проблем психологического характера. Выраженность такой психологической симптоматики различная и зависит это от большого количества факторов. Врачи-специалисты и врачи общей практики много времени таким больным по поводу их психологической симптоматики уделять не могут. Поэтому уже давно сложилась практика отправлять таких больных к психотерапевту или психологу. И это правильно.

Поэтому те психологи, кто занят в этой трудной в практическом отношении сфере, достойны только уважения. К тому же у них накапливается опыт, вырабатываются приемы, способы и технологии оказания помощи таким больным.

Данная статья как раз относится к таким работам, в которых предлагаются способы занятия с таким контингентом больных. Разработать какие-либо конкретные тренинги с такими больными очень непросто. Поэтому автор верно пишет, то ему пришлось столкнуться с различного рода сложностями при организации и проведении тренинга по коррекции эмоциональных и когнитивных нарушений у ВИЧ-инфицированных пациентов. В статье имеются некоторые недоработки, требующие устранения. Во введении недостаточно обоснована актуальность темы исследования. Нет формулировок новизны и предмета, а также сведений о методологии (теории, концепции, принципы). Цель же исследования сформулирована достаточно конкретно - разработка и апробация психологической технологии коррекции нарушений эмоциональной и когнитивной сферы у ВИЧ-инфицированных пациентов. Такая формулировка цели исследования возражений не вызывает.

Стиль изложения текста научно-исследовательский. Автор умеет работать с литературой и делать необходимые умозаключения.

Структура работы нуждается в доработке с учетом упомянутых выше замечаний. Кроме того, необходимо более четко прописать методику исследования и кратко обосновать методы. К тому же автор ошибочно называет методы методиками, это неверно.

По содержанию статьи видно, что автором проделана определенная работа. Так, за 2 года приняли участие в занятиях 60 человек. Занятия тренинга проводились 1 раз в

неделю. Это небольшой объем обследуемых за два года и автор сам об этом пишет. Это обстоятельство не позволило в полном объеме применить заявленные методы статистической обработки полученных данных. Но если это так, значит следует исключить из перечня те методы, которые не использовались. Ведь заявлен большой перечень статистических методов: описательные статистики, линейная регрессия, коэффициент ранговой корреляции Спирмена, У-критерий Манна-Уитни, Т-критерий Вилкоксона.

Указано, что обработка данных проводилась с помощью SPSS 23. Машинная обработка выдает числа, которые необходимо адаптировать к иллюстративному материалу. Дело в том, что все рисунки и таблицы (за исключением последней) не читаются. Не стоит в иллюстрациях использовать аббревиатуру. Или необходимо давать ее расшифровку. Должны быть указаны единицы измерения (и в названиях таблиц тоже, и с указанием количества измерений).

Далее. Показано, что снижение концентрации и избирательности внимания (по тесту Мюнстерберга) наблюдалось у 45,6% участников. А сам тест не заявлен в методике.

Каким методом исследовалась речеслуховая кратковременная память?

Отмечается, что перед началом проведения когнитивного тренинга участники, пациенты с ВИЧ, имели высокую выраженность иррациональных убеждений, низкий уровень индекса жизненной удовлетворенности и высокую выраженность психопатологической симптоматики. А какая связь между такими убеждениями и когнитивными нарушениями? Складывается впечатление, что автор приводит все более-менее значимые показатели и утверждает, что они свидетельствуют о когнитивных расстройствах. Это неверно. Когнитивными нарушениями являются те, которые имеют прямое отношение к памяти, вниманию и мышлению. Насчет мышления, кстати, вопрос: как оно исследовалось? Тут снова возникает необходимость в методологии исследования, которой автор не придал значения.

Имеется заголовок «Разнообразие факторов, влияющих на состояние ЛЖВ». Что это такое?

Анализ случая лучше исключить из текста. Имеет место некоторый диссонанс: надо или случаи описывать, используя соответствующие подходы для убедительности, или только обобщенные сведения.

Обсуждение полученных результатов необходимо провести с учетом данных, которые были получены другими авторами. Соответственно, необходимо использовать психологическую литературу по этому поводу. В данной же статье библиографический список содержит источники, которые либо вообще к теме исследования не относятся, либо не имеют к ней прямого отношения (особенно иностранные). Это №№ 1, 5, 9, 10, 12. Когнитивные расстройства у пожилых людей – это другая тема. Все это потому, что не указан предмет исследования, поэтому все психологические отклонения трактуются как когнитивные.

Выводы в статье нуждаются в доработке. Им необходимо придать утвердительную форму и несколько расширить.

Заключение написано в целом правильно.

Несмотря на выявленные недостатки, данная статья имеет перспективу опубликования в научном журнале. После доработки текста, которая не должна вызвать у автора больших затруднений, данную статью можно рекомендовать к публикации как представляющую интерес для читающей аудитории.

Результаты процедуры повторного рецензирования статьи

В связи с политикой двойного слепого рецензирования личность рецензента не раскрывается.

Со списком рецензентов издательства можно ознакомиться [здесь](#).

Предметом исследования в представленной статье является тренинг как технология коррекции эмоциональных и когнитивных нарушений у ВИЧ-инфицированных пациентов в контексте оценки эффективности.

В качестве методологии предметной области исследования в данной статье были использованы дескриптивный метод, метод категоризации, метод анализа, а также, как отмечается в исследовании, был применены «клинико-психологический, экспериментально-психологический и статистический методы. Клинико-психологический метод включает психологическое интервью, информационную анкету для анализа социально-демографических характеристик, клинических и клинико-психологических данных, а также наблюдение». В рамках оценки когнитивной сферы использовались методики: «Тест Мюнстерберга», «методика «Отыскивание чисел по таблицам Шульте», «Проба запоминания 10 слов», «методики «Существенные признаки» и «Исключение лишнего», «методика «Сложные аналогии». В рамках оценки эмоциональной сферы использовались методики: «Опросник выраженности психопатологической симптоматики», «методика диагностики иррациональных установок А. Эллиса», «методика «Индекс жизненной удовлетворенности» (адаптация Н. В. Паниной, 1993)». В качестве методов описательной статистики были применены «коэффициент ранговой корреляции Спирмена, Т-критерий Вилкоксона».

Актуальность статьи не вызывает сомнения, поскольку ВИЧ-положительные люди являются частью современного социума, а благодаря получению своевременной терапии и медицинской помощи продолжительность их жизни не уступает аналогичному показателю у ВИЧ-негативных людей. Однако возникает ряд вопросов, связанных с качеством жизни ВИЧ-позитивных пациентов, что обусловлено особенностями их когнитивной и эмоциональной сфер. Осуществлять коррекцию в этих сферах позволяют различные технологии, одной из которых является тренинг. С этой точки зрения оценки эффективности тренинга как технологии коррекции эмоциональных и когнитивных нарушений у ВИЧ-инфицированных пациентов представляет научный интерес в сообществе ученых.

Научная новизна исследования заключается в изучении по авторской методике динамики «показателей эмоциональной и когнитивной сферы до и после проведения когнитивно-эмоционального тренинга», в том числе продемонстрирована «возможность восстановления когнитивных функций (память, внимание, мышление) и снижения эмоциональной напряженности», «доказана эффективность программы тренинга как психокоррекционной меры по коррекции эмоциональных и когнитивных нарушений для ВИЧ-инфицированных».

Статья написана языком научного стиля с использованием в тексте исследования изложения различных позиций ученых к изучаемой проблеме и применением научной терминологии и дефиниций, характеризующих предмет исследования, а также наглядной демонстрацией результатов исследования.

Структуру статьи, в целом можно считать выдержанной с учетом основных требований, предъявляемых к написанию научных статей. В структуре данного исследования представлены такие элементы как введение (с описанием научной новизны, объекта, предмета исследования, теоретико-методологической основы), материалы исследования, методы исследования, результаты и обсуждение, выводы, заключение и библиография.

Содержание статьи отражает ее структуру. В частности, особую ценность представляет выявленная в ходе исследования и отмеченная тенденция, что «высокая выраженность иррациональных убеждений и психопатологических состояний обосновывает

необходимость тренинговых мероприятий для улучшения эмоционального и когнитивного состояния участников. Корреляционный анализ выявил значимые взаимосвязи между жизненной удовлетворенностью, эмоциональной напряженностью и иррациональными установками, что подчеркивает необходимость коррекции негативных убеждений и развития навыков эмоциональной регуляции».

Библиография содержит 20 источников, включающих в себя отечественные и зарубежные периодические и непериодические издания.

В статье приводится описание различных позиций и точек зрения ученых, характеризующие различные особенности тренинга как технологии коррекции эмоциональных и когнитивных нарушений, в том числе у ВИЧ-положительных пациентов. В статье содержится апелляция к различным научным трудам и источникам, посвященных этой тематике, которая входит в круг научных интересов исследователей, занимающихся указанной проблематикой.

В представленном исследовании содержатся выводы, касающийся предметной области исследования. В частности, отмечается, что «1. ВИЧ-инфекция перестала быть смертельным диагнозом, но остается значимой проблемой для психического здоровья и качества жизни пациентов. 2. Исследование показало, что ВИЧ-инфицированные пациенты сталкиваются с высоким уровнем психопатологической симптоматики, который превышает нормативные значения по всем шкалам опросника SCL-90-R. Такие данные согласуются с ранее проведенными исследованиями, подчеркивая важность психокоррекционной работы для этой группы пациентов. 3. Анализ динамики когнитивных нарушений после проведения тренинга показал, что объем слуховой кратковременной памяти у 39% участников увеличился. Объем отсроченного воспроизведения у 44% участников увеличился. Эффективность работы внимания улучшилась у 83% испытуемых. Логическое мышление улучшилось у 36% участников. 4. Анализ динамики эмоциональных нарушений после проведения тренинга показал: соматизация снизилась у 52% участников; обсессивность-компульсивность снизилась у 63%; депрессия снизилась у 53% участников; тревожность снизилась у 47%. Общий индекс тяжести симптомов снизился у 58% участников. 5. Участники исследования демонстрировали иррациональные установки, такие как «катастрофизация» и «долженствование», которые значительно ухудшали их эмоциональное состояние. Корреляционный анализ выявил связь между иррациональными убеждениями и эмоциональной напряженностью, что подчеркивает необходимость их коррекции в рамках тренинга. 6. Анализ результатов анкеты обратной связи после тренинга показал общую удовлетворенность участников, а также субъективное улучшение концентрации внимания, памяти и общего эмоционального состояния. 7. Разработанная программа тренинга учитывала индивидуальные особенности участников, такие как возраст, коморбидные состояния и социальные факторы. Это позволило обеспечить гибкость занятий и добиться значительных результатов как в когнитивной, так и в эмоциональной сферах. 8. Исследование подтвердило эффективность когнитивно-эмоционального тренинга в улучшении когнитивных функций и снижении эмоциональных нарушений у ВИЧ-инфицированных пациентов, что открывает перспективы для дальнейшей адаптации программы в клинической практике».

Материалы данного исследования рассчитаны на широкий круг читательской аудитории, они могут быть интересны и использованы учеными в научных целях, педагогическими работниками в образовательном процессе, психологами, психотерапевтами, медицинскими работниками, различными специалистами центров СПИД, консультантами, аналитиками и экспертами.

В качестве недостатков данного исследования следует отметить, то, что целесообразно обратить при оформлении таблиц и рисунков внимание на требования

действующих ГОСТов, оформить их в соответствии с этими требованиями. Возможно, что в статье можно было бы более подробно описать и выделить в качестве самостоятельного раздела, характеризующий обзор научной литературы, а не ограничиваться кратким описанием теоретико-методологической основы исследования, а указание объекта исследования должно предшествовать предмету исследования. В качестве рекомендации можно отметить, что название статьи возможно было бы сформулировать одним единым предложением. Кроме того, в тексте исследования встречаются незначительные опечатки и технические ошибки, например, написание слова «средне-специальное» правильно было бы в варианте «среднее специальное», а написание слова «рече-слуховой» должно быть слитным без дефисов, слово «социально-демагрофических» пишется как «социально-демографических», в слове «функционирования» пропущена буква «н» и т.п. Указанные недостатки не снижают научную и практическую значимость самого исследования, поэтому с учетом их незначительности и оперативного устранения, рукопись рекомендуется опубликовать.