

И.М. Улюкин

Семантический дифференциал времени у женщин в динамике заболевания, вызванного вирусом иммунодефицита человека

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Резюме. Рассматривается возможность использования семантического дифференциала времени для выявления преобладающих, в том числе малоосознаваемых, тенденций в актуальном психическом состоянии и отношении личности к действительности. Известно, что единство личности в судьбе человека осуществляется смысловым единством прошлого, настоящего и будущего времени в их субъективном дифференцированном значении. У женщин в динамике заболевания, вызванного вирусом иммунодефицита человека, в зависимости от получения специфической антиретровирусной терапии выявлены различия в восприятии прошлого, настоящего и будущего времени. Исследование факторов времени позволило дифференцировать особенности психического состояния этих пациенток в динамике заболевания. Установлено, что представления о будущем времени у здоровых и больных лиц в период относительной ремиссии болезни схожи. Оно характеризуется ими в единой смысловой структуре. Однако имеющиеся различия при сравнении восприятия факторов будущего пациентками и практически здоровыми женщинами позволяют предположить наличие у больных более высокого мотивационного компонента самосознания (знания и понимания себя) у женщин, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, которые связаны с понятиями и свойствами психологического времени. Полученные результаты могут быть применены для прогнозирования психосоциальной адаптации пациенток в динамике заболевания. Это является необходимым условием для проведения превентивных психологических мероприятий по снижению риска негативной клинической динамики заболевания, поскольку больной представляет собой не просто сложное сочетание различных патологических и патофизиологических процессов, а прежде всего выступает как личность, нуждающаяся в возврате к полноценной биологической и социальной деятельности.

Ключевые слова: заболевание, вызванное вирусом иммунодефицита человека, естественное течение заболевания, стресс, антиретровирусная терапия, психологическая диагностика, семантический дифференциал времени, психологическое благополучие, коррекция дисгармонии в личностном развитии, смысл.

Введение. Долгое время считалось, что существует только объективное время и познается оно только точными науками, прежде всего физикой (например, теория относительности А. Эйнштейна; теория многомерной Вселенной, имеющей несколько временных и пространственных координат, – модель Калуцы-Клейна; концепция внутреннего времени И. Пригожина; энергетическая теория времени Н. Козырева). Однако, несмотря на то, что физическое время может быть измерено, оно не является стимулом в обычном смысле этого слова: нет объекта, который бы непосредственно воздействовал на рецепторы воспринимающего его человека [7], и самое главное – нет рецепторов, воспринимающих время как стимул.

Считается, что исследование механизмов восприятия времени является одной из центральных проблем психологии, так как время носит сквозной характер по отношению ко всем психическим процессам, оно пронизывает и связывает их [21]. Полагают, что именно в многообразии темпоральных концепций современной физики времени психология может найти интерпретации многих известных феноменов психологического и личностного времени. Так, сформулирована энергетическая концепция психологического времени [1], подразумевающая, что в одном из своих аспектов время – это энергия.

Через категорию энергии и категорию личности авторы объединили ранее отдельно рассматриваемые психологические, биологические, социальные аспекты и время.

Время рассматривается как атрибутивное свойство движущейся материи [23], поэтому под временем в общем смысле термина понимается свойство эволюционных процессов, раскрывающее длительность, последовательность и целевую направленность всех происходящих в мире изменений [20], а под психологическим временем личности – реальное время психических процессов, состояний и свойств личности, в котором они функционируют и развиваются на основе отраженных в непосредственном переживании и ценностном оформлении объективных временных отношений между событиями жизни [9].

Однако, изучая время в качестве психологического феномена, исследователи используют самые разные термины, среди которых можно встретить «восприятие времени», «отражение времени», «ощущение времени», «чувство времени», «представление о времени», «суждение о времени», «память на время», «организация поведения и деятельности во времени», «ориентировка во времени», «переживание времени», «осознание времени» и другие. Это приводит к заключению, что авторы вкладывают в них разный смысл и подразумевают несо-

поставимые друг с другом феномены, что препятствует сравнению результатов различных исследований [7]. Кроме того, существующие на сегодняшний день психологические модели механизмов восприятия времени используют слишком громоздкие теоретические построения, трудно проверяемые на практике, которые не могут полностью объяснить все феномены восприятия времени [27]. К примеру, показано, что комплекс структур – базальные ганглии, поясная извилина, зона Вернике и фронтальная кора головного мозга – обеспечивают формирование, хранение и извлечение субъективного временного эталона из долговременной памяти; в процессе обучения человека может осуществляться коррекция субъективного временного эталона как при наличии, так и в отсутствии обратной связи [24]. Установлено, что характер корковых взаимодействий на разных этапах процесса восприятия времени существенно зависит от исходного состояния и индивидуальных особенностей человека: от уровней интеллекта, экстра- и интроверсии, нейротизма и индивидуального профиля сенсомоторной асимметрии [5]. Считается, что основы такой составляющей перцепции времени, как отдаленная временная перспектива, от которой зависят многие личностные качества и будущие стратегии поведения (от способности к целеполаганию до успешности индивидуальной адаптации в целом), закладываются в подростковом возрасте [18].

На сегодняшний день время рассматривают также как продукт функционирования организма на психофизиологическом уровне (время как биологический механизм); как продукт когнитивной переработки информации (время как когнитивные процессы); как продукт динамической самоорганизации личности (время как жизненная стратегия); как социальное (групповое) восприятие и конструирование процессов (социальное время) [11, 13]. Считается, что восприятие времени во многом проявляет себя как обобщенный срез всех динамических отношений психики и окружения, включая в себя как когнитивный, так и эмоциональный компоненты.

Кроме того, различают следующие аспекты понимания времени: а) время концептуальное (абстрактное, математическое, моделирующее пространственно-временные отношения); б) топологическое время (выражает временные отношения через свойства: постоянство, непрерывность, связность, порядковость, направленность); в) время физическое (реальное – выражает долготу и продолжительность в пространстве); г) время психическое (представленность времени в собственно психике, предмет психологии времени) [12]. Тем не менее, в настоящее время все еще не существует единого подхода в описании восприятия времени как отдельной стороны психического отражения. Причиной этому служит особая природа времени как физического явления и возрастающая степень отражения времени вместе с усложнением отражающей системы.

А.М. Огороднов [14] считает, что в сознании психологическое время личности представлено как субъективная картина жизненного пути, и этот образ выполняет функции долговременной регуляции

и согласования жизненного пути личности с жизнью других, прежде всего – значимых для него людей.

Таким образом, расширение представлений о восприятии психологического времени, в частности у больных, способствует большему пониманию личностных изменений, наблюдаемых, к примеру, при психических нарушениях (в том числе возникающих на фоне соматической патологии), что помогает увеличить эффективность их медико-психологической реабилитации. Так, для этой цели разработаны психосемантические методики (Q-сортировка, разработанная В. Стефенсоном и адаптированная в Национальном медицинском исследовательском центре психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева, и метод репертуарных решеток) [8], преимущества которых состоят в их портативности и гибкости в исследовании личности человека, возможности строить прогноз и проверять гипотезы сразу же в ходе эксперимента без привлечения как групповых статистических норм, так и громоздких систем толкования. Психосемантический подход позволяет рассматривать личность испытуемого не как набор объектных характеристик в пространстве диагностических показателей, а как носителя определенной картины мира, что позволяет выявлять осознаваемые и неосознаваемые типы отношений к событиям и явлениям, развертывающиеся в психологическом времени жизнедеятельности личности. Интерпретация полученных данных здесь осуществляется через поиск личностных смыслов, характеризующих субъекта оценки, то есть человека [25]. Полагают, что результаты, полученные с помощью методик экспериментальной психосемантики, во многом спонтанны, не подвержены влиянию установок на социально положительные ответы, так как невозможно различить «хорошие» и «плохие» ответы, что позволяет избежать мотивационного искажения.

Считается, что экспериментально-психологические методики психосемантической направленности, применяемые для диагностики личности больных и оценки динамики лечения, позволяют выявлять осознаваемые и неосознаваемые типы отношений к событиям в масштабе психологического времени жизненного пути личности при наличии единства когнитивного, эмоционального и поведенческого компонентов.

Известно, что единство личности осуществляется смысловым единством прошлого, настоящего и будущего в их субъективном дифференцированном значении в судьбе человека. Исследования пространственных переживаний: интуитивного представления о свойствах времени, субъективной картины жизненного пути, представлений о прошлом, настоящем и будущем – могут существенно дополнить не только квалифицированно собранный психологический анамнез жизни и болезни, но и данные других личностно-ориентированных психологических методик. Поэтому считается, что под психологическим временем понимается не только эмоционально значимое отношение к своему настоящему, прошедшему и будущему времени, но и осознание их ценностно-смысловых характеристик.

Кроме того, отношение человека к окружающему миру, к себе, ко времени зависит от его эмоционального состояния и особенностей личности. При психических расстройствах, в частности при депрессиях, происходят изменения в познавательной сфере, что, несомненно, отражается и на временных проявлениях эмоций и их осознании. Поэтому переживание времени, особенно будущего, может рассматриваться как своеобразный индикатор актуального психического состояния личности [3]. Так, выявлена выраженная взаимосвязь между сложностью кризисной ситуации, разрывом временных модусов, длительностью временной перспективы и уровнем осмысленности жизни [15].

С точки зрения медико-психологического сопровождения пациентов, по данным разных авторов, особую роль играет субъективное (психологическое) время — как отражение в психике человека системы временных отношений между событиями его жизненного пути с оценкой одновременности, последовательности, длительности, скорости протекания различных событий жизни, их принадлежности к настоящему, удаленности в прошлое и будущее, переживания сжатости и растянутости, прерывности и непрерывности, ограниченности и беспредельности времени, осознание возраста, возрастных этапов (детства, молодости, зрелости, старости), представления о вероятной продолжительности жизни, о смерти и бессмертии, об исторической связи собственной жизни с жизнью предшествующих и последующих поколений семьи, общества, человечества в целом.

Вместе с тем как в психиатрии, так и в клинической психологии остается малоизученным вопрос, как психические нарушения различного генеза и степень выраженности симптомов аффективной патологии и индивидуально-типологические свойства влияют на интуитивное представление человека о времени. В доступной нам научной литературе работ, посвященной этой проблеме у лиц, пораженных заболеванием, вызванным вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекцией), найти не удалось.

Цель исследования. Используя психосемантический подход специфики субъективного восприятия времени, особенностей самооценки личностных свойств, определить преобладающие малоосознаваемые тенденции в актуальном психическом состоянии и отношении личности к действительности у женщин, больных ВИЧ-инфекцией, в зависимости от получения ими специфической антиретровирусной терапии (АРВТ) с намерением улучшения их медико-психологического сопровождения.

Материалы и методы. В экспериментально-психологическом исследовании субъективного времени участвовали 78 женщин, больных ВИЧ-инфекцией (средний возраст $32,02 \pm 4,36$ года) на разных стадиях и при различной длительности заболевания. После оценки клинического состояния пациенток специфическая терапия назначалась им в соответствии с отечественными и международными рекомендациями [2, 16]. Оконча-

тельное распределение пациенток по стадиям болезни проведено по классификации Центра по контролю и предупреждению болезней (г. Атланта, Соединённые Штаты Америки) [2]. На стадии «А» (стадия начальных проявлений заболевания) было 28 (35,9%) пациенток, на стадии «В» — 41 (52,56%), на стадии «С» (стадия синдрома приобретенного иммунодефицита СПИДа) — 9 (11,54%), при длительности заболевания до 3 лет — 7 пациенток (8,97%), 4–7 лет — 19 (24,36%), более 7 лет — 52 (66,67%).

62 (79,49%) женщины получали специфическую АРВТ. Непереносимости антиретровирусных препаратов не было. У остальных пациенток в связи с индивидуальными медико-психологическими особенностями имело место естественное течение заболевания.

В исследовании не принимали участие больные эндогенной психической патологией и наркоманией.

Для реализации цели исследования нами была использована методика «Семантический дифференциал времени» (СДВ) [6]. Эта методика как один из приемов психодиагностики, отражающий «аффективные компоненты значений», создан для исследования познавательных процессов человека в отношении времени проживания своей жизни, что всегда имеет эмоциональное значение. Особенностью применения методики является то, что в ходе исследования настроение пациента оценивается не напрямую, а косвенно, на основе его интуитивного представления о времени: наличия элементов пессимизма или оптимизма, удовлетворенности или неудовлетворенности актуальной жизненной ситуацией. Методика СДВ не содержит шкалы достоверности, так как мотивационные искажения в данных этой методики, как и в других шкалах субъективного моделирования, не играют существенной роли для принятия диагностических решений, поскольку стимульный материал предполагает опосредованный характер ответов.

Считается, что шкалы СДВ, характеризующие настоящее, прошлое и будущее время («П», «Н», «Б»), позволяют оценить индивидуальное своеобразие переживания личностью временных аспектов своей жизни на основании таких факторов (Ф) времени, как его активность («Ф А»); эмоциональная окраска («Ф ЭО»); величина времени («Ф В»); структура времени («Ф СВ»); осязаемость времени («Ф Ощ»).

Для сравнения были использованы аналогичные показатели 51 практически здоровой женщины в возрасте $17,78 \pm 0,51$ года, составившие контрольную группу (КГ).

Дизайн работы осуществлялся в соответствии с принципами доказательной медицины. Исследование было проверяющим гипотезу, рандомизированным, открытым, контролируемым.

Работа выполнена в соответствии с положениями «Конвенции о защите личности в связи с автоматической обработкой персональных данных» [19]. У всех обследованных было получено добровольное информированное согласие на участие в исследовании. Исследование проводилось групповым методом при его длительности 40 мин.

Статистическая обработка материалов исследования проведена с использованием пакета прикладных

программ «Statistica for Windows» [26]. Полученные количественные признаки представлены в виде $M \pm m$, где M – среднее значение признака, m – стандартная ошибка средней величины. При сравнении полученных данных использовался t -критерий Стьюдента. В качестве значимых принимались результаты со степенью достоверности не ниже 95% ($p < 0,05$). С помощью коэффициента корреляции Пирсона определяли силу линейной связи между величинами.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что оценка настоящего времени у больных в отсутствие АРВТ в дебюте заболевания, особенно при малой длительности ВИЧ-инфекции, достоверно ниже, чем у лиц КГ. При этом по мере клинического ухудшения она снижается, тогда как по мере увеличения его длительности увеличивается, что обусловлено социально-психологической адаптацией пациентов и в определённой мере прогрессированием мнестико-интеллектуального снижения уровня личности в динамике заболевания [22].

Это находит свое отражение в динамике факторов времени. Так, «ф А» в динамике заболевания без АРВТ ниже, чем у лиц КГ. При этом по мере клинического ухудшения он также снижается, даже на фоне АРВТ (на начальных стадиях проявления ВИЧ-инфекции с $1,3 \pm 1,46$ до $1,09 \pm 1,8$ балла на стадии СПИДа), как и по мере нарастания его длительности, что обусловлено в определённой мере прогрессированием мнестико-интеллектуального снижения уровня личности пациенток в динамике заболевания. Сходную тенденцию имеют «ф ЭО», «ф В» и «ф СВ». В то же время «ф Ощ» от аналогичного показателя лиц КГ достоверно не отличается, что можно трактовать как отражение имеющихся проблем с приспособлением к сложившейся ситуации у обследованных обеих групп. То есть основной фон переживаний характеризовался отчетливым превалированием отрицательных эмоций при появлении клинически выраженных проявлений ВИЧ-инфекции и соответственно определённым снижением жизненной активности больных. Резкое снижение структурирования времени («понятное – непонятное», «обратимое – необратимое») у пациентов при малой длительности заболевания отражает неясность их дальнейших жизненных перспектив (как личных, так и социальных).

Оценка настоящего времени у больных на фоне АРВТ ($5,83 \pm 1,97$ балла) сравнима с таковой у лиц КГ ($6,3 \pm 2,4$ балла), так как они психически более сохранены. У пациенток сохраняется психологическая связь с действительностью, поддерживается и расширяется сфера социальных контактов, появляется вера в собственные силы, сберегается интерес к тому, что интересовало ранее, некоторое снижение показателей происходит только при прогрессировании ВИЧ-инфекции (при длительности заболевания до трех лет $7,05 \pm 1,55$ балла, более 7 лет $5,28 \pm 3,27$ балла), что подчёркивает важность раннего назначения специфической терапии.

Психологическая связь с действительностью в динамике ВИЧ-инфекции претерпевает некоторые

изменения. Так, показатели активности времени («активное – пассивное», «плотное – пустое») и величины времени («большое – маленькое») в группе пациенток при естественном течении заболевания, в отличие от получающих специфическую терапию, снижаются по мере клинического прогрессирования болезни с «проседанием» «ф В» к моменту развертывания клинических проявлений болезни. Вместе с тем по мере увеличения длительности заболевания показатели «ф В» в первой группе растут, так как помыслы больных устремлены всё же в позитивное будущее, тогда как во второй группе, их рост обусловлен пониманием своей величины времени.

На данном фоне эмоциональная окраска времени («радостное – печальное», «спокойное – тревожное»), будучи низкой в дебюте заболевания, в динамике заболевания улучшалась и даже на стадии СПИДа при значительной длительности заболевания оставалась сравнимой с показателями лиц КГ (с одной стороны по причинам, рассмотренным выше; с другой стороны, больные в период относительно стабильного клинического состояния ощущают большую упорядоченность в своем внутреннем мире и вокруг себя, что позволяет им по возможности планомерно и целенаправленно решать насущные задачи). Показатель структуры времени («понятное – непонятное») по мере развития клинической картины заболевания улучшается (что свидетельствует о некотором мнестико-интеллектуальном снижении уровня личности больных), но по мере увеличения длительности патологического состояния он снижается по причине расходования адаптационных резервов. Возможно, этим же объясняется и динамика ощущаемости времени («близкое – далекое»), изначально сравнимой с показателем КГ.

Прошедшее время больные в отсутствие АРВТ на начальной стадии ВИЧ-инфекции оценивали более низко, чем лица КГ ($1,89 \pm 4,83$ и $5,4 \pm 2,2$ балла соответственно), что отражает, по-видимому, представления больных о доболезненном уровне жизненных функций и переживания периода адаптации и сложившейся ситуации. По мере развертывания клинической картины заболевания оценка его улучшается, что косвенно говорит об утраченных возможностях и перспективах на фоне мнестико-интеллектуального снижения личности пациенток. Этот факт подтверждают полученные данные о том, что если при малой длительности заболевания представление о прошлом у больных сравнимо с таковым лиц КГ, то по мере увеличения длительности заболевания оно оценивается все ниже и ниже (при длительности заболевания до трех лет – $5,2 \pm 2,67$ балла, более семи лет – $0,48 \pm 4,42$ балла). Это находит своё отражение в динамике практически всех факторов времени – «ф А», «ф ЭО», «ф В», «ф СВ», «ф Ощ».

Прошедшее время больные на фоне АРВТ оценивают достаточно высоко – $4,01 \pm 2,97$ балла, обследуемые КГ – $5,4 \pm 2,2$ балла, но со снижением оценки при появлении клинических проявлений оппортунистических заболеваний (стадия заболевания «В» – $1,09 \pm 4,78$ балла). К стадии СПИДа оценка прошлого сравнима с таковой у лиц КГ, что, с одной стороны, свидетель-

стует об эффективности АРВТ, которая сдерживает развитие ВИЧ-инфекции, но с другой – о развитии психоорганического синдрома с неадекватностью оценки своего психосоматического состояния, в том числе и на фоне проводимой специфической терапии. Отчасти полученные данные находят своё отражение в динамике этого показателя по мере увеличения длительности заболевания.

Прошлом времени всегда оценивается с текущей позиции настоящего времени. Вероятно, именно поэтому на фоне АРВТ показатели активности времени («ф А») в динамике развертывания клинической картины (от стадии начальных проявлений ВИЧ-инфекции до стадии СПИДа) и по мере увеличения длительности заболевания несколько снижаются. Такую же динамику имеют и «ф ЭО», со снижением к моменту появления проявлений оппортунистических заболеваний (стадия «В»), характеристики его «ф В» и «ф СВ». А вот ощущаемость времени («близкое – далекое», «ощущаемое – неощущаемое») расценивается очень низко с дебюта заболевания ($0,04 \pm 2,14$ балла) с некоторым улучшением этого показателя ($0,31 \pm 2,23$ балла) при достижении значительного уровня длительности заболевания (более 7 лет) и даже с низкой положительной оценкой при достижении стадии СПИДа ($0,69 \pm 2,37$ балла).

Возможно, больные вне зависимости от получения специфической терапии, оценивая свое прошлое, представляли его как период, насыщенный событиями, связанный с более высокой активностью, погруженностью в индивидуально значимую деятельность. Оно идеализируется, что может быть обусловлено искажающим действием механизмов психологической защиты, а погружение в воспоминания, по-видимому, позволяет пациентам обеих групп отвлечься от актуальных трудностей.

Особенностью личностного восприятия будущего времени больными ВИЧ-инфекцией в отсутствие АРВТ является его высокая оценка даже в дебюте заболевания, сравнимая с таковой у лиц КГ ($5,92 \pm 2,75$ и $7,2 \pm 2,1$ балла соответственно) и даже возрастающая по мере увеличения длительности заболевания. Вместе с тем у этих пациенток «ф А» по мере развития клинической картины несколько увеличивается, но по мере увеличения длительности заболевания он несколько снижается. Показатель «ф ЭО» с утяжелением стадии заболевания несколько снижается, однако с низких значений показателя при малой длительности заболевания (обусловленного периодом психосоциальной адаптации) он улучшается до значений, сравнимых с таковыми у лиц КГ. Сходную динамику имеют показатели «ф В» и «ф СВ». Но одновременно отмечается увеличение показателя «ф Ощ» как по мере прогрессирования заболевания, так и по мере увеличения его длительности.

По мере прогрессирования заболевания на фоне АРВТ у больных наблюдается неуклонный рост показателя будущего времени, сравнимого с показателем лиц КГ. В то же время по мере увеличения длительности заболевания отмечено некоторое снижение показателя в период начала появления и развертывания

клинических проявлений оппортунистической патологии ($4,34 \pm 3,77$ балла), возрастающее при значительной длительности заболевания (более 7 лет $7,32 \pm 2$ балла). На этом фоне в динамике заболевания происходит снижение «ф А». Показатели «ф В» и «ф СВ» по мере прогрессирования заболевания увеличиваются, но по мере увеличения его длительности снижаются (с «проседанием» при длительности заболевания 4–7 лет). В динамике «ф ЭО» наблюдается неуклонный рост показателя, сравнимого с показателем лиц КГ, однако во временной динамике развития заболевания отмечено снижение при длительности 4–7 лет с последующим его увеличением при длительности заболевания более 7 лет до значений, превышающих таковые на стадии заболевания «А». Показатели «ф Ощ» по мере развития заболевания и увеличения его длительности увеличиваются от отрицательных до положительных значений.

Вероятно, пациентками вне зависимости от получаемой специфической терапии будущее воспринималось с позиции настоящего, и в такой оценке, возможно, отражены определенные надежды, связанные с будущим после медикаментозной клинической (а следовательно, и социальной) стабилизации состояния. Это отмечено в динамике оценок по фактору эмоциональной окраски будущего времени, в которой отражается надежда на преодоление негативных переживаний. Тот факт, что восприятие будущего времени имеет позитивную направленность, уже сам по себе позитивный, а возросшая степень положительной оценки будущего в динамике медико-психологического сопровождения важна для дальнейшего социального прогноза.

В целом представления о времени будущего у здоровых и больных в период относительной ремиссии заболевания схожи, так как оно характеризуется ими в единой смысловой структуре. Однако имеющиеся различия при сравнении восприятия факторов будущего пациентками и лицами КГ позволяют предположить наличие у больных более высокого мотивационного компонента в отношении будущего времени.

В случае неполучения пациентками АРВТ происходит своего рода оценка собственной жизни в динамике ВИЧ-инфекции. Так, хорошая и умеренная сила корреляционной связи при достоверном различии выявлена на стадии «А» между показателями «П» и «Б» ($r=0,5$); при длительности заболевания до 3 лет между показателями «Н» и «П» ($r=0,4$); при длительности заболевания более 7 лет между показателями «Н» и «П» ($r=0,4$), а также между «П» и «Б» ($r=0,6$). Вместе с тем умеренная сила корреляционной связи при недостоверности различия наблюдалась только между показателями «Н» и «П» на стадии «А» ($r=0,44$), на стадии «В» между показателями «Н» и «П» ($r=0,44$), «П» и «Б» ($r=0,42$). При длительности заболевания до 3 лет умеренная сила корреляционной связи отмечена между показателями «Н» и «Б» ($r=0,31$), «П» и «Б» ($r=0,48$), при длительности заболевания до 7 лет – высокая сила связи только между показателями «Н» и «П» ($r=0,85$).

В отличие от этого, на фоне получения специфической терапии достоверное различие наблюдается только на клинически выраженных стадиях заболевания и четко касается жизненных перспектив и отчасти анализа мировоззренческих установок в отношении происхождения заболевания (болезнь как стечение обстоятельств, болезнь как собственная ошибка): на стадии «В» и на стадии СПИДа между показателями «Н» и «Б», «П» и «Б»; между показателями «П» и «Б» на стадии «А»; при значительной его длительности (более 7 лет) между показателями «П» и «Б».

В этой группе высокая сила корреляционной связи выявлена между показателями «Н» и «Б» ($r=0,83$) на стадии «А» и при длительности заболевания до 7 лет ($r=0,79$), а также заметная при длительности заболевания до 3 лет ($r=0,65$). Умеренная сила корреляционной связи диагностирована на стадии СПИДа между показателями «Н» и «П» ($r=0,42$) при длительности заболевания до 7 лет ($r=0,34$).

Следовательно, при анализе результатов необходимо соотносить параметры СДВ с клиническими характеристиками и другими психодиагностическими показателями, характеризующими состояние испытуемого в данный момент, хотя эта методика и не содержит шкалы достоверности. То есть при интерпретации результатов данной методики необходимо учитывать данные анамнеза, интеллектуальные возможности, мотивацию и клинические характеристики испытуемого, поскольку, в частности, при снижении настроения пациентки (ухудшении её эмоционального статуса) происходит изменение в восприятии и оценке времени. Чувство пустоты и безнадежности – один из облигатных симптомов депрессии – представляет собой фактор риска нарушения психической адаптации, а в ряде случаев и суицидальной угрозы. Поэтому не следует недооценивать отношение больной к своему настоящему и прошедшему времени, потому что так можно получить ценную информацию для диагностики психогенетического аспекта депрессивных состояний. Методика СДВ предназначена не столько для оценки степени выраженности и содержательных характеристик депрессивных нарушений, сколько для выявления эмоциональных аспектов отношения личности пациента к действительности, проецируемых на отношение ко времени проживания своей жизни. В связи с этим наиболее обоснованным является применение методики в сочетании со специальными психодиагностическими шкалами.

Заключение. Уточнены и конкретизированы механизмы формирования тех компонентов самосознания (знания и понимания себя) женщин, больных ВИЧ-инфекцией, которые связаны с понятиями и свойствами психологического времени.

В процессе медико-психологического сопровождения пациента, страдающего ВИЧ-инфекцией, необходимо нацелить на будущее, проработать его ресурсы, смоделировать стратегию действий. Обращение к психологическим особенностям жизненных перспектив личности и уровню запросов, способности

к той или иной профессиональной деятельности позволяет грамотно анализировать и разрешать вопросы восприятия будущего, постановки целей и выбора путей их реализации.

Н.А. Беляков с соавторами [4] указывает на то, что «Если мы не в состоянии вылечить больного от ВИЧ-инфекции, то должны добиваться длительного сохранения высокого качества жизни, профессиональной и социальной активности человека». Лечебно-профилактические вмешательства, направленные только на улучшение лабораторных показателей и игнорирующие физическое и психическое благополучие человека, не могут оставаться эффективными в течение длительного времени.

Таким образом, комплексное медико-психологическое сопровождение больных ВИЧ-инфекцией должно основываться в том числе и на принципе мониторинга их психологического состояния, включать превентивные психо-коррекционные мероприятия, реализуемые с учетом как стадии заболевания, так и его длительности. В частности, в комплексной терапии больных ВИЧ-инфекцией на начальных стадиях заболевания психотерапевтические мероприятия должны быть направлены на деактуализацию психотравматических обстоятельств, изменение неадекватного уровня притязаний личности больного и создание широкой временной перспективы положительного прогноза. На клинически выраженных стадиях заболевания дополнительно может быть использовано психофармакологическое воздействие. Диспансерное наблюдение и лечение при этом заболевании проводятся на основе добровольности и других законных способов мотивации обследуемых на выполнение рекомендаций специалистов [17].

Полученные результаты могут быть применены для прогнозирования психосоциальной адаптации пациентов в динамике заболевания. Это является необходимым условием для проведения превентивных психологических мероприятий по снижению риска негативной клинической динамики заболевания, поскольку больной – не просто сложное сочетание различных патологических и патофизиологических процессов, а прежде всего человек – личность, нуждающаяся в возврате к полноценной биологической и социальной деятельности.

Литература

1. Абульханова, К.А. Время личности и время жизни / К.А. Абульханова, Т.Н. Березина. – СПб.: Алетейя, 2001. – 304 с.
2. Бартлетт, Дж. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции / Дж. Бартлетт, Дж. Галлант, П. Фам. – М.: Р. Валент, 2012. – 528 с.
3. Бек, А. Когнитивная терапия депрессии / Бек А. [и др.]. – СПб.: Питер, 2003. – 304 с.
4. Беляков, Н.А. Головной мозг как мишень для ВИЧ / Н.А. Беляков. – СПб.: Балт. мед. образоват. центр. 2011. – 48 с.
5. Бушов, Ю.В. Проблема восприятия времени: итоги и перспективы исследований / Ю.В. Бушов // Вестник ТГПУ (Серия «Психология»). – 2005. – № 1 (45). – С. 95–103.
6. Вассерман, Л.И. Семантический дифференциал времени: экспертная психодиагностическая система в медицинской

- психологии / Л.И. Вассерман, Е.А. Трифонова, К.Р. Червинская. – СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2009. – 44 с.
7. Зубова, Л.В. Особенности восприятия времени: многогранность проблемы / Л.В. Зубова, А.В. Рыжухин // *Фундаментальные исследования*. – 2008. – № 10. – С. 64–66.
 8. Истратова, О.Н. Психодиагностика. Коллекция лучших тестов / О.Н. Истратова. – Ростов н/Д: Феникс, 2006. – 375 с.
 9. Люц, Ю.А. Психологическое время личности у больных с психосоматическими расстройствами: автореф. дис. ... канд. психол. наук / Ю.А. Люц. – М.: МГУ, 1997. – 25 с.
 10. Методические рекомендации МР 3.1.5.0076/1-13 «До- и послетестовое консультирование как профилактика передачи ВИЧ». – М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2013. – 23 с.
 11. Михальский, А.В. Психология конструирования будущего / А.В. Михальский. – М.: МГППУ, 2014. – 192 с.
 12. Михальский, А.В. Психология времени (хронопсихология) / А.В. Михальский. – М.: МПГУ, 2016. – 72 с.
 13. Нестик, Т.А. Отношение ко времени в малых группах и организациях / Т.А. Нестик. – М.: Ин-т психологии РАН, 2011. – 296 с.
 14. Огороднов, Л.М. Игра со временем. Психологическое время личности и психодрама / Л.М. Огороднов // *Психодрама и современная психотерапия*. – 2003. – № 2. – С. 16–29.
 15. Пахно, И.В. Переживание времени в кризисных ситуациях: автореф. дис. ... канд. психол. наук / И.В. Пахно. – Хабаровск: Дальневост. гос. ун-т путей сообщ., 2004. – 24 с.
 16. Покровский, В.В. Национальные рекомендации по диспансерному наблюдению и лечению больных ВИЧ-инфекцией. Клинический протокол / В.В. Покровский [и др.] // *Эпидемиология и инфекционные болезни. Акт. вопросы*. – 2015. – № 6, прилож. – 120 с.
 17. Решетников, М.М. Несовременная философия психотерапии: размышления / М.М. Решетников // *Вестн. психотерапии*. – 2008. – № 25(30). – С. 47–55.
 18. Рыжухин, А.В. Специфика восприятия времени подростками с ассоциальным поведением: автореф. дис. ... канд. психол. наук / А.В. Рыжухин. – М.: РУДН, 2011. – 26 с.
 19. Совет Европы: Конвенция о защите личности в связи с автоматической обработкой персональных данных. 2-е изд., доп. – СПб: Гражданский контроль, 2002. – 36 с.
 20. Солоненко, М.А. Проблема восприятия времени: эволюционно-эпистемологический анализ: автореф. дис. ... канд. философ. наук / М.А. Солоненко. – М.: Институт философии РАН, 2013. – 33 с.
 21. Сысоева, О.В. Психофизиологические механизмы восприятия времени человеком: автореф. дис. канд. психол. наук / О.В. Сысоева. – М.: МГУ, 2004. – 26 с.
 22. Улюкин, И.М. Вопросы диагностики сомато-психологического состояния больных ВИЧ-инфекцией молодого возраста / И.М. Улюкин, В.Н. Болехан, Ю.И. Буланьков // *Вестн. Росс. воен.-мед. акад.* – 2012. – № 2 (38). – С. 84–89.
 23. Хасанов, И.А. Философско-методологические основы измерения времени: автореф. дис. ... д-ра философ. наук / И.А. Хасанов. – М.: МГУ, 2000. – 48 с.
 24. Ходанович, М.Ю. Психофизиологические механизмы и индивидуальные особенности восприятия человеком коротких интервалов времени: автореф. дис. д-ра биол. наук / М.Ю. Ходанович. – Томск: ТГУ, 2010. – 41 с.
 25. Шустрова, Г.П. Психосемантический подход в диагностике личности и оценке динамики лечения больных с депрессивными расстройствами в пожилом возрасте: автореф. дис. ... канд. психол. наук / Г.П. Шустрова. – СПб.: СПб НИПНИ, 2006. – 207 с.
 26. Юнкеров, В.И. Математико-статистическая обработка данных медицинских исследований / В.И. Юнкеров, С.Г. Григорьев, М.В. Резванцев. – СПб.: ВМА, 2011. – 318 с.
 27. Grondin, S. From physical time to the first and second moments of psychological time / S. Grondin // *Psychol Bull.* – 2001. – Vol. 127, № 1. – P. 22–44.

I.M. Ulyukin

Semantic differential of time among women affected with disease caused by the human immunodeficiency virus

Abstract. *The possibility of using the semantic differential of time for revealing the prevailing, including the little-understood, tendencies in the actual mental state and the relation of the individual to reality is known, since it is known that the unity of the individual in the destiny of man is realized by the semantic unity of the past, present and future time in their subjective differentiated meaning. The differences in the perception of the past, present and future time by patients in the dynamics of their disease caused by the human immunodeficiency virus have been revealed depending on the receipt of antiretroviral therapy. The study of time factors allowed to differentiate the features of the mental state of these women in the dynamics of the disease. It is established that the ideas about the future of the time in healthy and sick persons in the period of relative remission of their disease are similar. It is characterized by them in a single semantic structure. However, the existing differences in comparing the perception of future factors by patients and practically healthy women suggest that patients have a higher motivational component for the future. The mechanisms of the formation of those components of self-awareness (knowledge and understanding of oneself) in women affected with disease caused by the human immunodeficiency virus, which are related to the concepts and properties of psychological time, are specified and concretized. The results obtained can be used to predict psycho-social adaptation of patients in the dynamics of the disease. This is a prerequisite for conducting preventive psychological measures to reduce the risk of negative clinical dynamics of the disease, primarily because the patient is not just a complex combination of various pathological and pathophysiological processes, but first of all a person in need of a return to full biological and social activity.*

Key words: *disease caused by the human immunodeficiency virus, natural course of the disease, stress, psychologic testing, semantic differential of time, antiretroviral therapy, psychological well-being, correction of disharmony in personal development, meaning.*

Контактный телефон: +7-921-926-16-21; e-mail: igor_ulyukin@mail.ru