

Нарушение психической адаптации вич-инфицированных женщин при рождении ребенка

Е.Д. Афанасьева

аспирант кафедры клинической психологии психолого-педагогического факультета
Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена

В статье рассматривается проблема психологической адаптации ВИЧ-инфицированных женщин к материнству с целью обоснования направлений психологического сопровождения ВИЧ-инфицированных матерей. Были обследованы 135 матерей, воспитывающих детей в возрасте до двух лет. Основную группу составили ВИЧ-положительные матери, контрольную группу – условно здоровые женщины. Оценивались эмоциональные нарушения (интегративный тест тревожности, шкала депрессии Бека), субъективный контроль (опросник УСК), значимые отношения (незаконченные предложения, ТОБОЛ), родительские установки (PARI) и особенности взаимодействия с ребенком (наблюдение, психодиагностическое интервью). Показано, что для ВИЧ-инфицированных матерей характерен повышенный риск нарушения психической адаптации, обусловленный как преморбидными клиничко-социальными характеристиками, так и особенностями системы личностных отношений. Нарушение психологической адаптации к материнству у ВИЧ-инфицированных женщин характеризуется преобладанием переживаний и реакций депрессивного спектра, чувством беспомощности и безнадежности, окрашивающих отношение к ребенку.

Ключевые слова: ВИЧ, психическая адаптация, материнство, дети младенческого и раннего возраста, личностные отношения.

Визучении проблемы ВИЧ-инфекции беременные женщины и матери, имеющие детей раннего возраста, выделяются как особая группа. Это обусловлено задачами профилактики передачи ВИЧ от матери к ребенку, предупреждением раннего сиротства и многочисленными социально-психологическими трудностями материнства у данной категории женщин [10; 12]. При этом подчеркивается психологическая и социальная уязвимость ВИЧ-инфицированных женщин в связи с различными формами девиантного поведения и социального неблагополучия [2; 11], психотравмирующим характером ситуации заболевания [1; 10], сопровождающими материнство изменениями образа жизни [13]. Изучены основные клиничко-психологические особенности ВИЧ-инфицированных матерей: эмоциональные и поведенческие расстройства [16; 17], искажение мотивационно-ценностных составляющих отношения к рождению и воспитанию ребенка [15; 19], дезадаптивное личностное реагирование на заболевание и лечение, включая проблему комплайенса [12; 20], трудности в воспитании детей [15; 16; 20] и влияние других источников стресса [17; 18]. Во всех рассмотренных исследованиях важную роль отводят нарушению семейной и социальной поддержки, при этом недостаточно изучен сам характер нарушения отношений личности

[6; 7], что существенно для понимания психологических механизмов патогенеза донозологических и клиничко-выраженных форм расстройств адаптации у данной категории женщин. Выявление особенностей системы личностных отношений ВИЧ-инфицированных матерей позволило бы обосновать направления профилактики и коррекции нарушений психологической адаптации к материнству прежде всего на его начальном этапе, наиболее значимом с точки зрения прогноза развития ребенка.

Вышеизложенное определило цель исследования: обоснование направлений и содержания психологического сопровождения ВИЧ-инфицированных матерей, воспитывающих детей младенческого и раннего возраста.

Метод

В рамках комплексного медико-психологического исследования были обследованы 93 ВИЧ-инфицированные матери, от 19 до 36 лет, воспитывающие детей в возрасте до 2 лет (у 73,9 % – первый ребенок), состоящие на амбулаторном наблюдении в СПб ГУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями». По ре-

зультатам анализа медицинских карт, 60,8 % ВИЧ-инфицированных женщин имеют III субклиническую стадию развития заболевания, у остальных 39,2 % женщин — IV стадия развития вторичных заболеваний. Для обеспечения максимальной репрезентативности группы коморбидные поведенческие, аддиктивные и личностные расстройства не рассматривались в качестве критерия исключения.

Контрольную группу составили 42 условно здоровые женщины, воспитывающие детей в возрасте до 2 лет, у 83,3 % семей — первый ребенок; дети наблюдаются в детской поликлинике.

По данным изучения социального анамнеза, ВИЧ-инфицированные женщины отличаются более низким уровнем образования (среднее и незаконченное среднее образование имели 50 % ВИЧ-инфицированных матерей и 4,8 % условно здоровых женщин), реже работали до беременности (не работали до беременности 52,3 % ВИЧ-инфицированных женщин и 11,9 % условно здоровых матерей), чаще являлись незамужними (не состоят в официальном браке 55,7 % ВИЧ-инфицированных матерей и 14,3 % условно здоровых женщин), занимают более низкое социально-экономическое положение, чем условно здоровые женщины (постоянные источники доходов имеют только 50 % семей ВИЧ-инфицированных женщин по сравнению со 100 % условно здоровых).

Большая часть ВИЧ-инфицированных женщин узнали о своем диагнозе до периода беременности. У 40,9 % ВИЧ-инфицированных женщин анамнез осложнен химическими аддикциями; 10,2 % матерей на момент обследования продолжали употребление наркотических веществ.

Исследование проводилось с информированного согласия матерей, индивидуально.

В исследовании использовалось сочетание клинико-психологического и экспериментально-психологического метода. Клинико-психологический метод был представлен психодиагностической беседой и целенаправленным систематичным наблюдением за взаимодействием матери и ребенка.

В рамках экспериментально-психологического исследования использовались:

- Интегративный тест тревожности» [8], шкала депрессии Бека (Бек А.Т., 2003) для оценки выраженности эмоциональных нарушений [5].

- «Уровень субъективного контроля» (УСК) (Бажин Е. Ф., 1984) для оценки ведущих установок в отношении подконтрольности жизненных событий и значимых сфер жизнедеятельности [3].

- Опросник PARI Е. Шефера (адаптирован Т.В. Нецверт) для оценки родительских установок [14].

- Модифицированная проективная методика «Незаконченные предложения», цветовой тест отношений ЦТО (Бажин Е.Ф., 1985) для исследования особенностей системы отношений личности [4].

- «Методика для исследования типа отношения к болезни» (ТОБОЛ) (Вассерман Л.И. с соавт., 2005) [9].

Для статистической обработки данных применялись: метод описательной статистики, критерий Манна-Уитни и Хи-квадрат для исследования различий в группах, двухэтапный кластерный анализ для выделения подгрупп женщин с разным качеством психологической адаптации к материнству. Для статистического анализа использовался пакет прикладной программы SPSS (версия 17).

Результаты

Сравнение личностных особенностей матерей экспериментальной и контрольной группы позволило выявить психологические особенности ВИЧ-инфицированных женщин.

Особенности системы отношений ВИЧ-инфицированных матерей (по сравнению со здоровыми)

Уровень субъективного контроля. Результаты сравнительного анализа позволили заключить, что в целом ВИЧ-инфицированные матери склонны объяснять происходящие в их жизни события случайностью, «судьбой», они не видят прямой связи между личными усилиями и результатами действий (табл. 1). Субъективно наименее контролируемы для ВИЧ-инфицированных женщин являются межличностные отношения, а также в целом результаты собственных усилий по достижению значимых целей. Примечательно, что в области отношения к здоровью и производственной деятельности достоверных различий в группах определено не было.

Таблица 1

Сравнение субъективного контроля (по методике УСК), балл

Параметр	ВИЧ-инфицированные матери	Условно здоровые матери	p
Общий уровень субъективного контроля	4,2 ± 1,6	5,2 ± 1,6	0,000
Уровень субъективного контроля в области достижений	5,2 ± 1,6	6,4 ± 1,5	0,000
Уровень субъективного контроля в области неудач	4,3 ± 1,9	5,1 ± 1,8	0,006
Уровень субъективного контроля в области семейных отношений	4,7 ± 1,8	6,2 ± 1,7	0,000
Уровень субъективного контроля в области межличностных отношений	5,2 ± 1,6	6,2 ± 1,3	0,000

Отношение к ребенку и семейной роли. По результатам сравнительного анализа были выявлены достоверные различия между группами в преобладающих родительских установках (табл. 2). В воспитательном стиле ВИЧ-инфицированных матерей более выражены тенденции доминирующе-гиперпротективного характера при отчетливой неудовлетво-

ренности своей ролью в семье и недостаточной чувствительности к эмоциональным потребностям ребенка. Можно предположить, что тревога и чувство вины женщин в связи с болезнью проецируются на ребенка, создавая противоречивые переживания обеспокоенности и раздражения. Повышенная эмоциональная несдержанность по отношению к ребенку сочетается с ощущением неспособности повлиять на взаимоотношения с ним («Мне не нравится, что после рождения ребенка ...никто не помогает», «Меня раздражает, когда мой ребенок...орет», «После рождения ребенка я ...стала хуже себя чувствовать»). Общая эмоциональная напряженность и фрустрированность женщин проявляется и во взаимоотношениях с ближайшим окружением.

Таблица 2
Сравнение родительских позиций
(по методике PARI), балл

Параметр	ВИЧ-инфицированные-матери	Условно здоровые матери	p
Отношение к ребенку			
Чрезмерная забота	13,6 ± 0,7	12,5 ± 2,2	0,007
Подавление воли ребенка	14,6 ± 1,7	13,7 ± 1,9	0,004
Зависимость ребенка от матери	14,2 ± 2,3	13,0 ± 2,2	0,007
Стремление ускорить развитие ребенка	12,3 ± 2,5	11,1 ± 2,5	0,015
Уклонение от контактов	11,2 ± 1,9	10,3 ± 1,9	0,010
Раздражительность	12,4 ± 2,7	11,2 ± 1,9	0,006
Излишняя строгость	12,7 ± 2,8	11,6 ± 2,4	0,007
Отношение к семейной роли			
Зависимость матери от семьи	13,3 ± 2,6	12,3 ± 2,7	0,005
Супружеские конфликты	13,8 ± 2,4	12,9 ± 2,4	0,040
Неудовлетворенность занимаемой ролью в семье	13,0 ± 2,6	11,7 ± 2,6	0,014
Безучастность мужа	13,6 ± 2,1	12,0 ± 1,9	0,000
Несамостоятельность матери	15,6 ± 2,2	14,5 ± 2,5	0,003

Отношение к ближайшему социальному окружению. По результатам анализа незаконченных предложений было установлено, что ВИЧ-инфицированные женщины испытывают большую эмоциональную напряженность и конфликтность в отношении к своей матери (1,7 ± 1,3 по сравнению с 0,8 ± 0,9 условно здоровой группы; $p = 0,000$), к семье (1,4 ± 1,1 по сравнению с 0,7 ± 0,7 условно здоровой группы; $p = 0,000$). Отличительной особенностью ВИЧ-инфицированных матерей является отрицательная оценка их отношений с семейным окружением при высокой потребности в поддержке близких («По сравнению с большинством других моя семья...несчастливая», «Моя мать...плохо ко мне относится», «Считаю, что большинство матерей...плохие»).

Отношение к жизненному пути. Вполне закономерно, учитывая отягощенный медицинский и социальный анамнез ВИЧ-инфицированных женщин, было установлено (по методике ЦТО и «Незаконченные предложения»), что клиническая группа характеризуется более негативным отношением к про-

шлomu (18,8 ± 7,8 по сравнению с 12,5 ± 7,3 условно здоровой группы; $p = 0,000$), настоящему (13,7 ± 6,6 по сравнению с 9,2 ± 5,2 условно здоровой группы; $p = 0,000$) и будущему (12,2 ± 6,5 по сравнению с 9,0 ± 5,7 условно здоровой группы; $p = 0,000$).

Самоотношение. Самоотношение ВИЧ-инфицированных матерей, как и в целом система отношений, характеризуется повышенной конфликтностью (по результатам методики «Незаконченные предложения»): высокая потребность в уважении со стороны окружающих сочетается с ощущением собственной несостоятельности («Я всегда хотела...стать умной», «Если бы я не была матерью...я бы закончила плохо», «Моя наибольшая слабость заключается в том, что я беззащитна перед трудностями», «Будущее кажется мне...тусклым»); актуализация страха смерти и последствий болезни сменяется надеждой на чудо и излечение («Надеюсь на... чудо», «Больше всего я хотела бы в жизни...не болеть», «Большинство моих подруг не знают, что я боюсь...умереть», «Когда буду старше... буду очень больной»).

Можно было бы предположить, что выявленные различия обусловлены выраженными эмоциональными нарушениями у ВИЧ-инфицированных женщин, окрашивающими собой всю систему отношений, однако сравнительный анализ показателей по методике ИТТ и шкале депрессии Бека позволил определить лишь слабые различия между группами (итоговый показатель по шкале общей ситуативной тревожности 4,4 ± 2,5 по сравнению с 3,9 ± 2,1 условно здоровой группы, $p = 0,258$; показатель по шкале депрессии Бека 12,1 ± 8,1 по сравнению с 9,1 ± 6,0 условно здоровой группы; $p = 0,051$), что позволяет предположить значимость не только психиатрического статуса, но и выявленных противоречий в системе отношений личности в психологической адаптации ВИЧ-инфицированных матерей вне зависимости от их психиатрического статуса.

Личностные отношения женщин на разных стадиях заболевания

Сравнение внутри групп ВИЧ-инфицированных матерей с III субклинической стадией развития заболевания и IV стадией проявления вторичных заболеваний (по результатам методик ЦТО) позволило выявить лишь незначительные различия, которые проявлялись в отношении к отцу ребенка (более эмоционально-негативного в группе с III стадией), к здоровью (более эмоционально-негативного в группе с IV стадией), к прошлому (более эмоционально-негативного в группе с IV стадией). Кроме того, по результатам методики УСК, у женщин с III субклинической стадией развития заболевания отмечался более низкий уровень субъективного контроля в межличностных отношениях (5,0 ± 1,5 по сравнению с 5,8 ± 1,7 группы с IV стадией; $p = 0,043$). Полученные данные позволяют заключить, что на субклинической стадии заболевания для женщин сохраняют актуальность межличностные конфликты,

формирующие в том числе переживание невозможности повлиять на взаимоотношения с окружающими. На более поздних стадиях болезни межличностные отношения отходят на второй план, и большую значимость приобретает фрустрированность заболеванием и сожаление о поведении, связанном с инфицированием.

Система отношений матерей с разным качеством психологической адаптации к материнству. Для выявления специфики системы отношений личности у ВИЧ-инфицированных женщин, в связи с особенностями психологической адаптации к материнству, в результате двухэтапного кластерного анализа были сформированы две группы наблюдений.

При кластеризации использовались переменные, которые отражают: субъективную оценку женщины собственного материнства и взаимоотношений с ребенком, особенности взаимодействия матери с ребенком; эмоциональные отношения и внутренние конфликты, родительские установки. Информативными и дискриминирующими две подгруппы матерей оказались переменные, отражающие субъективную оценку материнства (оценка себя как матери, сложностей в общении с ребенком, реакция на плач, мнение о воспитании ребенка, описание ребенка), особенности взаимодействия с ребенком (использование особо интонированной «детской речи»; реагирование на дискомфорт ребенка; проявление раздражения, враждебности по отношению к ребенку; комментирование состояния, настроения, действий ребенка для него самого; увлечение ребенка взаимодействием; расширение вокализаций и действий ребенка в обучающем стиле; реакция на все инициативы, сигналы ребенка; привлечение внимания, включение во взаимодействие; положительная оценка, использование ласковых обращений к ребенку) и конфликтность по отношению к ребенку.

Содержательный анализ позволил определить одну выделенную подгруппу ВИЧ-инфицированных женщин (44 человека) как подгруппу с трудностями психологической адаптации к материнству, а вторую (49 человек) — как подгруппу условно адаптированных к материнству. Трудности адаптации к материнству проявлялись в том, что женщины чаще отмечали свою неуспешность в роли матери, были менее восприимчивы к поведенческим проявлениям потребностей ребенка, имели неустойчивые воспитательные установки, при описании ребенка давали ему больше отрицательных характеристик, во взаимодействии с ним были менее последовательны, на сигналы ребенка чаще реагировали раздражением.

Различий в возрасте, образовании и социально-экономическом статусе женщин двух выделенных подгрупп выявлено не было, что свидетельствует о ведущей роли личности в формировании психологических условий для адаптации к материнству.

Эмоциональный статус. По данным сравнительного анализа показателей, характеризующих

эмоциональный статус (методики «ИТТ» и опросник депрессивности Бека), было установлено, что женщины с трудностями психологической адаптации к материнству испытывают более выраженное эмоциональное напряжение, обеспокоенность, взволнованность (итоговый показатель по шкале ситуативной тревожности составляет $5,3 \pm 2,5$ по сравнению с $3,6 \pm 2,2$ во второй подгруппе при $p < 0,001$). У них также выявляется большее количество признаков субдепрессивного состояния: сниженный фон настроения, нарушения сна и аппетита, ограничение круга интересов, сниженная самооценка (показатель по шкале депрессии Бека составляет $14,4 \pm 8,3$ по сравнению с $10,0 \pm 7,5$ во второй подгруппе при $p < 0,005$), при этом обращает на себя внимание то, что проявления эмоционального неблагополучия отмечаются в обеих подгруппах.

Отношение к семейной роли. При сравнении родительских установок (по методике PARI) было выявлено единственное различие, которое заключалось в более выраженном переживании самопожертвования в роли матери у женщин с трудностями психологической адаптации к материнству (показатели по шкале «Ощущение самопожертвования» $15,1 \pm 2,2$ по сравнению с $13,6 \pm 2,1$, $p = 0,001$). Примечательно, что не было обнаружено различий между группами по ведущим установкам в отношении ребенка и воспитания, несмотря на существенные различия в самоотчетах о трудностях в реализации материнских функций. По-видимому, отсутствие различий связано с несформированностью родительских установок у ВИЧ-инфицированных женщин, с их неустойчивостью, отвлеченностью, неподкрепленностью опытом реального родительского поведения. Это предположение косвенно обследованных женщин ожидания в отношении материнства не оправдались или оправдались не полностью (65,9 % в первой группе, 42,8 % — во второй, $p = 0,001$).

Отношение к ближайшему окружению. По результатам сравнительного анализа данных цветового теста отношений, у женщин с нарушением адаптации к материнству отмечается более высокая значимость семейного окружения и неудовлетворенная потребность в поддержке близких (табл. 3). Выявлено отрицательное эмоциональное отношение к своей матери, сопряженное с потребностью в отстаивании собственной позиции, противодействием, носящим защитный характер (ведущие цветовые выборы — зеленый и черный), а также отрицательное отношение к мужу (отцу ребенка), характеризующееся потребностью в эмоциональном комфорте и повышенной тревожностью (ведущие цветовые выборы — синий и коричневый). Также отмечается более низкий уровень субъективного контроля в сфере межличностных отношений, отражающий переживание отсутствия контроля во взаимоотношениях с окружающими и стремление снять с себя ответственность за возникающие конфликты.

Таблица 3

Характеристики отношения к ближайшему социальному окружению у ВИЧ-инфицированных женщин

Параметр		Женщины с трудностями адаптации к материнству	Адаптированные к материнству женщины	<i>p</i>
Поддержка близких (по самоощущениям), %	адекватная	47	88	0,000
	эпизодическая	39	12	
	отсутствует	14	0	
Негативное эмоциональное отношение к отцу ребенка (по методике ЦТО), балл		18,5 ± 6,6	15,1 ± 5,1	0,003
Негативное эмоциональное отношение к матери (по методике ЦТО), балл		16,4 ± 5,8	12,9 ± 4,7	0,003
Уровень субъективного контроля в области межличностных отношений (по опроснику УСК), балл		4,8 ± 1,5	5,6 ± 1,6	0,004

Самоотношение. Женщины с нарушением адаптации характеризуются более конфликтным отношением к себе: ощущением собственной неуспешности, беззащитности перед трудностями в сочетании с ощущением враждебности внешнего окружения, высокой потребностью в самоутверждении и авторитетности. По данным методики «Незаконченные предложения», показатель эмоциональной напряженности в отношении к себе у женщин с трудностями адаптации составляет $1,6 \pm 1,1$ в сравнении $0,7 \pm 0,8$ во второй группе ($p < 0,001$). Типичными высказываниями являются: «Если все против меня, то... против всех... ненавижу всех», «Думаю, что я достаточно способна, чтобы... чтобы меня уважали... выжить», «Моя наибольшая слабость заключается в том... любила выпить... беззащитна перед трудностями», «Когда мне начинает не везти, я... замыкаюсь в себе... злость».

Отношение к болезни. Данные о достоверных различиях между женщинами выделенных подгрупп по компонентам отношения к болезни (методика «ТОБОЛ») представлены в табл. 4. Как следует из табл. 4, в связанных с заболеванием переживаниях женщин с трудностями адаптации к материнству значительно более выражены депрессивные (меланхолический) и апатические тенденции и в существенно меньшей мере — эргопатические.

Отношение к будущему. Для женщин с трудностями адаптации к материнству характерна более пессимистическая оценка будущего, при этом они не склонны прогнозировать ближайшее будущее как ребенка, так и свое, либо их планы отличаются нереалистическими ожиданиями (табл. 5).

Таблица 4

Отношение к болезни ВИЧ-инфицированных женщин, балл

Параметр	Женщины с трудностями адаптации к материнству	Адаптированные к материнству женщины	<i>p</i>
Эргопатический тип отношения к болезни	18,2 ± 11,4	24,4 ± 13,2	0,012
Меланхолический тип отношения к болезни	4,0 ± 4,1	2,6 ± 3,3	0,038
Апатический тип отношения к болезни	3,1 ± 3,8	1,6 ± 2,4	0,025

Таблица 5

Особенности отношения к будущему у ВИЧ-инфицированных матерей, %

Параметр	Особенности	Женщины с трудностями адаптации к материнству	Адаптированные к материнству женщины	<i>p</i>
Планирование будущего ребенка	Конкретные планы	29	59	0,001
	Сознательно не планируется	20	29	
	Неопределенные и нереалистичные планы	31	8	
	Отсутствует планирование	18	4	
Планирование собственного будущего	Конкретные планы	43	74	0,003
	Неопределенные, нереалистичные планы	27	20	
	Отсутствуют планы	30	6	

Настоящее исследование было нацелено на обоснование направлений и содержания психологической коррекции нарушений отношений личности ВИЧ-инфицированных женщин, воспитывающих детей младенческого и раннего возраста.

В исследовании были выявлены особенности личностных отношений у ВИЧ-инфицированных матерей, отличающие их от условно здоровых женщин, определены особенности отношений ВИЧ-инфицированных матерей на разных этапах заболевания. Было установлено, что для ВИЧ-инфицированных женщин в целом характерны нарушения отношений с выраженной конфликтностью и негативной эмоциональной окраской. Отношение к ребенку характеризуется крайностями родительских установок, выражающимися в чрезмерной концентрации на ребенке, при этом восприятие ребенка как спасения и единственного смысла жизни часто сменяется излишней эмоциональной дистан-

цией, ощущением тяжелой непосильной ноши. ВИЧ-инфицированные матери не видят взаимосвязи собственных действий и событий, происходящих в их жизни. Интересно, что в области отношения к здоровью различий в уровне субъективного контроля не было выявлено.

На субклинической стадии развития ВИЧ, не имеющей симптоматических проявлений, отмечается актуализация отрицательной оценки межличностных отношений при недооценке возможностей влияния на характер межличностного взаимодействия. На стадии проявления вторичных заболеваний обнаружено отрицательное отношение к собственному здоровью и прошлому, которое женщины связывают с моментом заражения. Таким образом, можно предположить, что по мере прогрессирования заболевания актуальность переживаний смещается с межличностного плана отношений на внутриличностный.

В исследовании на основании данных наблюдения, беседы и психодиагностической оценки было установлено, что 47,3 % ВИЧ-инфицированных женщин испытывают трудности в психологической адаптации к материнству, сочетающиеся с нарушениями во всей системе отношений личности: самоотношение, отношение к ближайшему социальному окружению и семейной роли, к болезни и к будущему. Женщин данной подгруппы отличает наличие признаков субдепрессивного состояния (сниженный фон настроения, нарушения витальности, потеря интереса к жизни, пессимистическая оценка будущего), в значительной степени «окрашивающего» собой все значимые отношения личности.

Женщины этой подгруппы чаще испытывают подавленность и безразличие в связи с болезнью (даже при благоприятных объективных данных и удовлетворительном самочувствии), чаще бывают настроены пессимистически и отказываются от продолжения социальной активности, не стремятся «переломить» болезнь своей вовлеченностью в разнообразные виды деятельности. В связи с преобладанием в данной группе реакций интрапсихической направленности можно предположить, что переживания женщин из-за болезни не находят отреагирования в межличностных отношениях (в форме манипулирования, враждебности, чрезмерной чувствительности к оценкам окружающих и т. д.), а целиком переходят во внутренний план (ограничивается круг социальных контактов и интересов, усиливается потребность в одиночестве, ограничивается временная перспектива).

Обеднение мотивационной сферы и снижение витальности определяют противоречивость в отношении к ребенку: испытывая чувство вины, женщины стараются компенсировать его заботой о ребенке, однако эти усилия оказываются недостаточно эффективными, поведение ребенка — фрустрирующим, не оправдывающим ожидания и вызывающим раз-

дражение, которое, в свою очередь, усиливает чувство вины и беспомощности перед сложившейся ситуацией.

Невозможность справиться с возникающими трудностями обостряет чувство незащитности и потребность в поддержке со стороны ближайшего окружения. Фрустрирование этой потребности приводит к нарастанию враждебного отношения к ближайшему окружению, еще более снижающего возможность получения поддержки. Переживания обиды в межличностных отношениях создает у женщин ощущение неподконтрольности взаимоотношений и попытки снять с себя ответственность за возникающие конфликты.

Таким образом, трудности психологической адаптации ВИЧ-инфицированных женщин к материнству связаны с нарушениями во всей системе отношений личности, образующими «порочный круг», который поддерживает и усугубляет психическую и социальную дезадаптацию матерей, усиливает сформировавшееся у них переживание беспомощности в сложившейся кризисной ситуации.

Полученные результаты позволяют сделать следующие **выводы**.

1. Для ВИЧ-инфицированных матерей, воспитывающих детей младенческого и раннего возраста, характерен повышенный риск нарушения психической адаптации, который обусловлен как преморбидными клиничко-социальными характеристиками, так и особенностями системы личностных отношений.

2. У ВИЧ-инфицированных матерей выявляется повышенная внутри- и межличностная конфликтность, пониженный фон настроения и сниженный уровень субъективного контроля, затрагивающий преимущественно сферу межличностных отношений, а также в целом область достижений и неудач.

3. Система отношений ВИЧ-инфицированных матерей на разных стадиях заболевания отличается смещением актуальности переживаний с межличностного к внутриличностному плану и возрастанием фрустрированности болезнью.

4. Трудности психологической адаптации к материнству у ВИЧ-инфицированных женщин сопряжены с нарушением во всей системе отношений личности.

5. Нарушение психологической адаптации к материнству у ВИЧ-инфицированных женщин характеризуется преобладанием переживаний и реакций депрессивного спектра, чувством беспомощности и безнадежности, окрашивающих собой отношение к ребенку.

6. Помощь ВИЧ-инфицированным матерям, воспитывающим детей младенческого и раннего возраста, должна носить комплексный характер и включать мероприятия медицинской, социальной и психокоррекционной направленности с учетом системного характера нарушения адаптации у данной категории женщин.

Литература

1. *Александрова Н.В., Городнова М.Ю., Эйдемиллер Э.Г.* Современные модели психотерапии при ВИЧ/СПИДе. СПб., 2010.
2. *Амирханян Ю.А., Келли А.Д., Маккалиф Т.Л.* Психосоциальные нужды, психическое здоровье и рискованное поведение людей, живущих с ВИЧ/СПИДом в С.-Петербурге (Россия) // ICART – Interdisciplinary Center for AIDS Research and Training. 2004. <http://www.icartonline.ru/stories/37-staff-stories/52-2010-04-19-09-04-12> (дата обращения: 03.05.2011).
3. *Бажин Е.Ф., Голынкина Е.А., Эткиндр А.М.* Метод исследования уровня субъективного контроля // Психологический журнал. 1984. Т. 5. № 3.
4. *Бажин Е.Ф., Эткиндр А.М.* Цветовой тест отношений: Методические рекомендации. Ленинград, 1985.
5. *Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г.* Когнитивная терапия депрессии. СПб., 2003.
6. *Беребин М.А.* Концепция отношений В.Н. Мясищева и теория психической адаптации личности (часть II) // Вестн. Южно-Уральского гос. ун-та. Сер. 6. Психология. 2009. № 30.
7. *Беребин М.А.* Концепция отношений В.Н. Мясищева и теория психической адаптации личности // Вестн. Южно-Уральского гос. ун-та. Сер. 6. Психология. 2008. № 33.
8. *Бизюк А.П., Вассерман Л.И., Иовлев Б.В.* Применение интегративного теста тревожности (ИТТ): Методические рекомендации. СПб., 2003.
9. *Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., Вукс А.Я.* Психологическая диагностика отношения к болезни: Посobie для врачей. СПб., 2005.
10. Вирус иммунодефицита человека – медицина / Под ред. Н.А. Белякова, А.Г. Рахмановой. СПб., 2010.
11. *Лаврентьева Е.А.* Психологические механизмы и профилактика девиантного поведения при ВИЧ-инфекции: Автореф. ... канд. психол. наук. М., 2008.
12. *Сухих Г.Т.* Репродуктивное здоровье и ВИЧ-инфекция. М., 2009.
13. *Филиппова Г.Г.* Психология материнства. М., 2002.
14. *Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М.* Семейный диагноз и семейная психотерапия. СПб., 2003.
15. *D'Auria J.P., Christian B.J., Miles M.S.* Being There for My Baby: Early Responses of HIV-infected Mothers with an HIV-exposed Infant // J. of Pediatric Health Care. 2006 V. 20 (1).
16. *Goldstein R., Johnson M., Rotheram-Borus M. et al.* Psychological distress, substance use, and adjustment among parents living with HIV // J. Am. Board Fam. Pract. 2005. V. 18.
17. *Bennettsa A., Manopaiboon C., Chaiyakul P. et al.* Determinants of depression and HIV-related worry among HIV-positive women who have recently given birth // Social Science & Medicine. 1999. Vol. 49.
18. *Desclaux A., Msellatib P., Walentowitz S.* Women, Mothers and HIV Care in Resource Poor Settings // Social Science & Medicine. 2009. V. 69.
19. *Finocchiaro-Kessler S., Sweat M., Darlotis J. et al.* Understanding High Fertility Desires and Intentions Among a Sample of Urban Women Living with HIV in the United States // AIDS Behav. 2010. V. 14.
20. *Murphy A., Roberts K., Herbeck D.* HIV Disease Impact on Mothers: What They Miss During Their Children's Developmental Years // J. of Child and Family Studies. 2010. V. 1.

Psychological Adaptation among Women with HIV after Childbirth

Ye.D. Afanasyeva

PhD student at the Chair of Clinical Psychology, Department of Psychology and Education, Herzen State Pedagogical University of Russia

The paper deals with the issues of psychological adaptation to motherhood among women with HIV and substantiates the necessity of providing special psychological counseling for such women. A research involving 135 mothers with children under 2 years of age was carried out, with HIV-positive mothers in the main group and healthy women in the control group. The following aspects were assessed: emotional disturbances (Integrative Anxiety Test (ITT), Beck Depression Inventory), locus of control (Rotter's Locus of Control Scale), significant relationships (unfinished sentences, TOBOL technique), parental attitudes (PARI), and mother-child interaction (observation and psychodiagnostic interview). The research outcomes show that poor psychological adaptation is more likely to occur in mothers with HIV, which is due as to premorbid clinical and social aspects as to certain features of personal relationships. Such poor adaptation to motherhood reveals itself in depressive reactions and state of mind, feelings of helplessness and despair which, in turn, affects the mothers' attitude towards their children.

Keywords: HIV, psychological adaptation, motherhood, infants, toddlers, personal relationships.

References

1. *Aleksandrova N.V., Gorodnova M.Yu., Eidemiller E.G.* Sovremennyye modeli psihoterapii pri VICH/SPIDe. SPb., 2010.
2. *Amirhanyan Yu.A., Kelli A.D., Makkalif T.L.* Psihosocial'nye nuzhdy, psihicheskoe zdorov'e i riskovannoe povedenie lyudei, zhivushih s VICH/SPIDom v S.-Peterburge (Rossiya) // ICART – Interdisciplinary Center for AIDS Research and Training. 2004. <http://www.icartonline.ru/stories/37-staff-stories/52-2010-04-19-09-04-12> (data obrasheeniya: 03.05.2011).
3. *Bazhin E.F., Golyunkina E.A., Etkind A.M.* Metod issledovaniya urovnya sub'ektivnogo kontrolya // Psihologicheskii zhurnal. 1984. T. 5. № 3.
4. *Bazhin E.F., Etkind A.M.* Cvetovoi test otnoshenii: Metodicheskie rekomendatsii. Leningrad, 1985.
5. *Bek A., Rash A., Sho B., Emeri G.* Kognitivnaya terapiya depressii. SPb., 2003.
6. *Berebin M.A.* Konceptsiya otnoshenii V.N. Myasisheva i teoriya psihicheskoi adaptatsii lichnosti (chast' II) // Vestn. Yuzhno-Ural'skogo gos. un-ta. Ser. 6. Psihologiya. 2009. № 30.
7. *Berebin M.A.* Konceptsiya otnoshenii V.N. Myasisheva i teoriya psihicheskoi adaptatsii lichnosti // Vestn. Yuzhno-Ural'skogo gos. un-ta. Ser. 6. Psihologiya. 2008. № 33.
8. *Bizyuk A.P., Vasserman L.I., Iovlev B.V.* Primenenie integrativnogo testa trevozhnosti (ITT): Metodicheskie rekomendatsii. SPb., 2003.
9. *Vasserman L.I., Iovlev B.V., Karpova E.B., Vuks A.Ya.* Psihologicheskaya diagnostika otnosheniya k bolezni: Posobie dlya vrachei. SPb., 2005.
10. *Virus immunodeficitna cheloveka – medicina / Pod red. N.A. Belyakova, A.G. Rahmanovoi.* SPb., 2010.
11. *Lavrent'eva E.A.* Psihologicheskie mehanizmy i profilaktika deviantnogo povedeniya pri VICH-infekcii: Avtoref. ... kand. psihol. nauk. M., 2008.
12. *Suhii G.T.* Reprodukativnoe zdorov'e i VICH-infekciya. M., 2009.
13. *Filippova G.G.* Psihologiya materinstva. M., 2002.
14. *Eidemiller E.G., Dobryakov I.V., Nikol'skaya I.M.* Semeinyi diagnost i semeinaya psihoterapiya. SPb., 2003.
15. *D'Auria J.P., Christian B.J., Miles M.S.* Being There for My Baby: Early Responses of HIV-infected Mothers with an HIV-exposed Infant // J. of Pediatric Health Care. 2006 V. 20 (1).
16. *Goldstein R., Johnson M., Rotheram-Borus M.* et al. Psychological distress, substance use, and adjustment among parents living with HIV // J. Am. Board Fam. Pract. 2005. V. 18.
17. *Bennettsa A., Manopaiboon C., Chaiyakul P.* et al. Determinants of depression and HIV-related worry among HIV-positive women who have recently given birth // Social Science & Medicine. 1999. Vol. 49.
18. *Desclaux A., Msellatib P., Walentowitz S.* Women, Mothers and HIV Care in Resource Poor Settings // Social Science & Medicine. 2009. V. 69.
19. *Finocchiaro-Kessler S., Sweat M., Dariotis J.* et al. Understanding High Fertility Desires and Intentions Among a Sample of Urban Women Living with HIV in the United States // AIDS Behav. 2010. V. 14.
20. *Murphy A., Roberts K., Herbeck D.* HIV Disease Impact on Mothers: What They Miss During Their Children's Developmental Years // J. of Child and Family Studies. 2010. V. 1.