

Т.М. Лазаренко (Одеса)

## ПСИХОЛОГІЧНЕ КОНСУЛЬТУВАННЯ ВІЛ-ІНФІКОВАНОЇ ОСОБИСТОСТІ

У даний час не викликає сумнівів та обставина, що соматичні захворювання тісно пов'язані з психологічними факторами і поведінкою людини. При цьому не завжди просто буває розібратися в тому, що є причиною виникнення того або іншого захворювання, а що – наслідком. Мабуть усі соматичні захворювання мають психосоціальний компонент різного ступеня вираженості й інфекція ВІЛ служить цьому підтвердженням. Дійсно, зараження вірусом імунодефіциту багато в чому відбувається внаслідок так званої ризикованої поведінки, яка, у свою чергу, визначається психологічними і соціальними факторами. Захворювання має також свої соціально-психологічні наслідки. Таким чином, психологічні особливості і поведінка є і причиною, і наслідком захворювання.

В Україні консультування ВІЛ-інфікованих розвивається практично з початку проведення досліджень на наявність антитіл до ВІЛ, тобто наприкінці 80-х років. За цей час було зібрано і проаналізовано клінічні спостереження за динамікою процесу соціально-психологічної адаптації у ВІЛ-інфікованих пацієнтів з моменту встановлення позитивності до завершення ними життєдіяльності. Велику увагу надавалося вдосконаленню приватних питань консультування. Так, були описані консультативна тактика в кризових ситуаціях, що супроводжуються суїцидальними формами поведінки, консультування на термінальній стадії захворювання.

Заходи щодо навчання навичкам консультування спеціалістів для роботи з людьми, що живуть з ВІЛ при відсутності прямої загрози життю і з урахуванням того, що ВІЛ-інфекція – повільноплинне захворювання, в даний момент є найактуальнішими. Консультування невиліковно хворих ВІЛ-інфікованих з урахуванням стадій протікання захворювання вивчено фрагментарно. Так, недостатньо вивчені особливості реагування ВІЛ-інфікованої особистості на хворобу на кожній зі стадій перебігу захворювання.

Тому метою нашого дослідження стало вивчення типів реагування ВІЛ-інфікованої особистості на захворювання.

Узагальнення літератури з проблеми вивчення особливостей соціально-психологічної адаптації ВІЛ-інфікованих пацієнтів на різних стадіях хвороби (В.В.Покровський, Т.Н.Єрмак, В.В.Беляєва, О.В.Ручкіна), свідчить про наявність взаємозв'язку між перебігом захворювання і тим, як пацієнти пристосовуються до нових умов існування.

Як указує В.В. Покровський [2], психологічний стан ВІЛ-інфікованої людини створює істотний вплив на

перебіг хвороби, її гостроту і тривалість. ВІЛ-інфіковані пацієнти виявляють високий рівень стресу. Це проявляється в порушенні спілкування, відчуженні від навколишніх. Багато пацієнтів відчують зміну настрою, пригніченість, зниження значущості власної особистості, почуття уразливості. Їх психологічний стан багато в чому визначається наявністю нерозв'язного конфлікту між правом на життя і наявністю невиліковного захворювання. Пацієнти наголошують на вираженому відчутті безпорадності перед хворобою. Також їх пригноблює необхідність звітувати про своє інтимне життя, з якою вони часто стикаються при виявленні ВІЛ-позитивності.

В.Ф. Фланаган [4] показав, що психологічний стан ВІЛ-інфікованої людини відрізняється від психологічного стану людини, хворої на будь-яку іншу невиліковну хворобу (рак, цукровий діабет тощо), оскільки зараження ВІЛ пов'язують з вживанням наркотиків і проституцією. Наслідком такого вираженого впливу на особистість є зміна стосунків з навколишніми. Діапазон цих змін достатньо великий. Деякі пацієнти розповідали, що їхні близькі вважали смерть кращим виходом зі становища, що створилося.

Крім зміни відносин з навколишніми одним з можливих наслідків ВІЛ-інфекції є зниження ефективності діяльності і подальшого розвитку особистості. ВІЛ-інфекція накладає істотні обмеження на життєві перспективи людини. На практиці доводиться стикатися з проблемами вибору або зміни професії, працевлаштування, професійного зростання, з питаннями планування сім'ї.

Виявлено існування трьох основних періодів у житті людей, інфікованих ВІЛ, коли вони особливо психологічно вразливі і потребують підтримки: 1) в період постановки діагнозу інфекції ВІЛ; 2) на етапі появи в клінічній картині інфекції ВІЛ опортуністичних інфекцій і клінічних ознак; 3) при завершенні життєдіяльності.

Виходячи з викладеного вище, можна припустити, що кожний етап захворювання має найпоширеніший тип реагування.

Для перевірки цього припущення нами було проведено дослідження на базі Одеської благодійного фонду «Дорога до дому». У дослідженні брало участь 30 чоловік інфікованих ВІЛ: 17 чоловіків і 13 жінок. З 30 учасників 28 – споживачі наркотиків (11 – в активному систематичному вживанні, 6 – тривалої ремісії, 11 – вживають періодично). 14 чоловік зізналися, що відбували покарання в місцях позбавлення волі за злочини, пов'язані з наркотиками. Розподіл респондентів представлений в таблиці 1.

Таблиця 1

Розподіл випробовуваних в експерименті

| вік         | чоловіки % | чоловіки нарк. % | чоловіки засудж % | жінки % | жінки нарк % | жінки засудж % |
|-------------|------------|------------------|-------------------|---------|--------------|----------------|
| 22-35 років | 30         | 30               | 13.3              | 16.7    | 13.3         | 3.3            |
| 36-48 років | 26.7       | 26.7             | 13.3              | 26.6    | 23.3         | 16.7           |

Дослідження проводилося з урахуванням усіх вимог, представлених у «Глобальній Програмі по Сніду» (GPA) [3], у денний час з дотриманням усіх правил і норм консультування. У ході дослідження використовувалися наступні методи: спостереження,

опитування, клінічна бесіда, опитувальник ЛОБИ.

В результаті проведеного дослідження були одержані дані про поширеність різних типів реагування на ВІЛ-захворювання у чоловіків і жінок – його учасників (табл. 2).

Таблиця 2

Дані про поширеність типів реагування на хворобу ВІЛ-інфікованих чоловіків і жінок (%)

| Типи* | П    | С    | Н    | І    | А   | Г    | Р    | З    | Ф    | Т    | О    | Я   |
|-------|------|------|------|------|-----|------|------|------|------|------|------|-----|
| Заг   | 20   | 33.3 | 30   | 13.3 | 6.7 | 16.7 | 36.7 | 13.3 | 40   | 16.7 | 10   | 6.7 |
| Чол   | 23.5 | 23.5 | 35.3 | 17.6 | 5.9 | 11.8 | 41.2 | 6.6  | 35.3 | 17.6 | 11.8 | 5.9 |
| Жін   | 15.4 | 46.2 | 23.1 | 7.7  | 7.7 | 23.1 | 30.8 | 7.7  | 46.2 | 15.4 | 7.7  | 7.7 |

**Примітка.** \* Типи реагування: Г - гармонійний, Т - тривожний, І - іпохондричний, М - меланхолійний, А - апатичний, Н - неврастенічний, О - обесивно-фобічний, С -

сенситивний, Е - егоцентричний, Ф - ейфоричний, З - анозогнозичний, Р - ергопатичний, П - паранояльний.

Як свідчать наведені в таблиці дані, найпоширенішими типами реагування на ВІЛ-інфекцію є: ейфоричний (40%), ергопатичний (36.7%) які засвідчують, що для ВІЛ-інфікованих характерне реагування, яке носить захисний характер, що виявляється або в награному підвищеному настрої, легковажному ставленні до процесу лікування, бажанні одержати від життя все, не зважаючи на хворобу, або в прагненні уникнути думок про захворювання, подолання нездужання і болів, що часто призводить до відмови від процесу лікування.

Цікавим є той факт, що апатичний тип реагування був виявлений всього в 6,7 % випробовуваних, для яких

були характерні часті депресії, утрата інтересу до життя.

Що стосується поширеності типів реагування у чоловіків, для 41.2% з них характерний ергопатичний тип реагування. 35.3% мають неврастенічний тип, який характеризується запальністю, дратівливістю і навіть примхливістю.

У свою чергу, 46.2% випробовуваних – жінок мають сенситивний тип реагування, що виявляється в роздумах, рефлексії, орієнтації на думку і оцінку довколишніх.

Результати клінічної бесіди дали нам можливість визначити стадію протікання ВІЛ-інфекції, що дозволило виявити типи реагування, відповідні кожній стадії протікання захворювання (табл. 3).

Таблиця 3

Розподіл типів психологічного реагування на ВІЛ-інфекцію у випробовуваних з урахуванням стадії перебігу хвороби

| Стадія | Кількість випробовуваних у % | Типи реагування у % |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |   |
|--------|------------------------------|---------------------|----|----|----|---|----|----|----|----|----|---|---|
|        |                              | П                   | С  | Н  | І  | А | Г  | Р  | З  | Ф  | Т  | О | Я |
| 1      | 0                            | -                   |    |    |    |   |    |    |    |    |    |   |   |
| 2      | 16.7                         | 20                  |    |    |    |   |    | 20 | 40 | 80 |    |   |   |
| 3      | 83.3                         | 16                  | 36 | 36 | 16 | 8 | 20 | 36 | 8  | 32 | 20 | 8 | 4 |

Дані таблиці свідчать, що найпоширенішими типами реагування на 2-ій стадії ВІЛ-інфекції є: ейфоричний (80%), анозогнозичний (40%). Останній характеризується активним запереченням хвороби і її наслідків, невизнанням себе хворим, запереченням наявності симптоматики хвороби.

Найпоширенішими типами реагування на 3-ій стадії ВІЛ-інфекції є: сенситивний (36%), неврастенічний (36%), ергопатичний (36%) і ейфоричний (32%).

Таким чином, одержані в результаті дослідження дані про психологічні типи реагування на хворобу ВІЛ дають нам можливість констатувати, що на ранніх стадіях захворювання випробовувані виробляють захисні механізми, що перешкоджають лікуванню, а на останній стадії відбувається зміна типів реагування на захворювання, проте зберігається загальна спрямованість захисних реакцій. Результати клінічної бесіди не тільки підтверджують одержані відомості, але й

доповнюють їх тим, що саме на останній стадії присутня об'єктивніша оцінка свого стану і наслідків самого захворювання, не зважаючи на збереження певних типів захисту.

Як ми бачимо, для багатьох осіб з захворюванням на ВІЛ необхідне психологічне консультування як один з видів психологічного супроводу даної категорії людей. Причому психологічне консультування необхідно застосовувати з момент звернення пацієнта в центр реабілітації, тобто вже на першій стадії захворювання.

Як показало наше дослідження, серед пацієнтів реабілітаційного центру не було людей, що знаходяться на першій стадії хвороби. Саме тоді, коли пацієнт переживає надмірно важкий стрес, викликаний повідомленням про наявність у нього інфекції ВІЛ, він не має інформації про місця знаходження відповідних реабілітаційних центрів. Створюється необхідність, щоб лікарі при постановці діагнозу могли допомогти пацієнтові оволодіти ситуацією і надати необхідну інформацію про дані психологічні центри. У центрах консультування проводиться профілактика самогубств, надання психологічної підтримки, профілактика передавання ВІЛ.

Друга стадія захворювання за часом співпадає з етапом появи в клінічній картині інфекції ВІЛ опортуністичних інфекцій і клінічних ознак, що свідчать про прогресуючу церебральну недостатність органічного походження, і, як показало дослідження, заперечення хвороби. Психологу-консультанту необхідно проводити роз'яснення перебігу захворювання, його впливи на особистість і життя хворого, надавати психологічну підтримку, проводити профілактику неадекватних форм поведінки.

На третій стадії консультативні заходи повинні

бути спрямовані на те, щоб надати пацієнтові можливість висловитися, виразити відчуття, поділитися переживаннями. Також необхідне дозоване і доступне роз'яснення причин і особливостей його стану.

При консультуванні необхідно враховувати статеві відмінності ставлення до хвороби і виділити деякі особливості консультування чоловіків і жінок. Так, жінки можуть втратити самоповагу, якщо вони не зможуть залишатися за іншими людьми. Вони готові змиритися з тим, що служать мішенню для випліскування гніву, змиритися з насильством, подавити власний гнів заради того, щоб не залишитися наодинці. Знання психологічних особливостей жінки допомагає грамотно побудувати бесіду з пацієнтками з питань, пов'язаних з ВІЛ-інфекцією. Очевидно, що для бесіди з жінкою необхідно виділяти більше часу при консультуванні, чим для бесіди з чоловіком. Для чоловіка важливо одержати зрозумілу, не «розмиту» інформацію, достатню для прийняття рішення. Його швидше відштовхне співчуття і бажання надати допомогу. Те, що для жінки важливо (довірчі, відверті відношення з консультантом), у чоловіка може викликати незадоволеність. Чоловік швидше оцінить професіоналізм консультанта, важливість і достовірність одержаної від нього інформації, ніж його добре ставлення.

ВІЛ може вразити будь-кого: чоловіка, жінку або дитину. При організації служб по консультуванню людей з проблемою ВІЛ необхідно враховувати індивідуально-особові і гендерні особливості психіки клієнта. Впродовж всього психологічного супроводу даної категорії людей необхідно працювати не тільки з самим пацієнтом, але й з його близькими, що, у свою чергу, може сприяти поліпшенню психічного стану пацієнта і регулюванню його відношення до процесу лікування.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Беляева В.В., Ручкина Е.В. Консультирование в системе реабилитации при ВИЧ-инфекции.// Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2001. – №1. – С. 53-56.
2. Покровский В.В., Ермак Т.Н., Беляева В.В., Юрин О.Г. ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика, лечение. – М.: Гэотар – Медицина, 2000.

3. Справочник для подготовки специалистов в области консультирования по вопросам ВИЧ/СПИДа. (WHO /GPA/TCO/HCS/94,1), 1990.

4. Фланаган В.Ф. Вирус иммунодефицита человека, СПИД и права человека в России. – СПб, 2000.

Подано до редакції 20.06.08

#### РЕЗЮМЕ

В статье представлены данные о типах реагирования ВИЧ-инфицированных пациентов на заболевание с учетом изменения психики на разных стадиях его протекания.

#### SUMMARY

The article presents some data as for the types of reaction of AIDS-infected patients to the disease due to the change of psyche on different stages of its course.