

**Анализ и сравнение существующих в Украине и в США систем первичного учета ВИЧ-инфицированных лиц**

**С.В. ПОЗДНЯКОВ, А.А. НЕДУЖКО,  
Н.Г. СЛАВИНА, Т.Х. КИРЬЯЗОВА**

*По оценочным данным, в 2010 г. в Украине проживает 360 тысяч людей в возрасте от 15 лет и старше, инфицированных ВИЧ. Существуют существенные системные недостатки в организации мероприятий противодействия распространению ВИЧ-инфекции, а также недостатки системы регистрации и учета ЛЖВ. Целью работы было проведение сравнительного анализа форм первичного учета ВИЧ-инфицированных лиц, которые используются в Украине и в США, и представление рекомендаций по совершенствованию существующей в Украине системы регистрации ВИЧ-позитивных людей.*

**Ключевые слова:** Украина, США, ВИЧ-инфекция, учет

**Analysis and comparison of existing in Ukraine and the U.S. systems of primary registration of HIV-infected persons**

**S.V. POZDNYAKOV, O.O. NEDUZHKO,  
N.G. SLAVINA, T.K. KIRIAZOVA**

*According to the estimation data, 360,000 people aged from 15 years and older are living with HIV in Ukraine in 2010. There are substantial system defects in organization of measures combating the spread of HIV infection, as well as in of the system of registration and account of PLWH. The purpose of this work was to conduct a comparative analysis of types of primary account forms of HIV-positive persons, which are in use in Ukraine and in the USA, and to provide recommendations on improvement of current system of registration of HIV-positive people in Ukraine.*

**Key words:** Ukraine, USA, HIV infection, registration

УДК: 616.98-097-022-058.56-085.85:578.828

**Социально-психологический портрет личности больного с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом**

**С.В. ПОЗДНЯКОВ, Н.Г. СЛАВИНА,  
Е.В. НИКИТИНА, И.Ю. ГРИГОРЬЕВА**

*г. Одесса*

*Проведено психологическое исследование трех групп испытуемых: лиц с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом, ЛЖВ и больных туберкулезом. Использован метод интервью, а также тестирование по многофакторному опроснику идентификации личностных особенностей (ММРІ) в редакции Ф.В. Березина. Установлено, что основными особенностями социально-психологического портрета лиц с ВИЧ-инфекцией (как ЛЖВ, так и ВИЧ/ТБ), является неадаптивное отклоняющееся, асоциальное поведение. Применение полученных данных для психокоррекции должно*

*способствовать как улучшению качества жизни данной категории лиц, так и уменьшению последствий антисоциальных форм поведения, причинно связанных с распространением ВИЧ-инфекции.*

**Ключевые слова:** *лица с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом, ЛЖВ, больные ТБ социально-психологический портрет, ММРІ*

Наращение темпов распространения ВИЧ-инфекции, осложнение инфекции туберкулезом (ТБ), предполагает необходимость корректировки подходов к профилактике и предотвращению таких форм поведения, которые могут приводить к дальнейшему распространению ВИЧ-инфекции.

Это особенно актуально для нынешнего времени в связи с тем, что отличительной чертой ВИЧ-эпидемии в Украине и России является репродуктивный возраст инфицированных, из них 80% это люди моложе 30 лет (в развитых странах Запада – 30%). По статистике ВИЧ-инфекция наиболее быстро распространяется среди молодых людей, не достигших 25 лет. Каждый четвертый из инфицированных ВИЧ моложе 21 года. Известен тот факт, что модель поведения является основным фактором риска ВИЧ-инфекции и в значительной степени зависит как от индивидуальных особенностей личности, так и социального воздействия на личность конкретной среды обитания, от возраста, уровня образования и т.д. Знание особенностей психической организации, сформировавшейся в период жизни предшествовавший инфицированию личности, дает возможность определить основные направления психокоррекционной работы, которая должна способствовать улучшению качества жизни данной категории лиц и предотвращать такие формы поведения, которые могут вести к распространению ВИЧ. Известные нам публикации с исследованиями психологических особенностей ВИЧ-инфицированных, касались, в основном, только групп риска (заключенных в пенитенциарных учреждениях, а также лиц, практикующих коммерческий секс [1–5]).

**Целью** данной работы является выявление общего спектра психологических особенностей лиц с ВИЧ-инфекцией, осложненной туберкулезом, и соответствующих форм поведения, которые могут способствовать дальнейшему распространению инфекции.

### **Материалы и методы исследования**

В психологическом исследовании приняли участие следующие группы пациентов:

1) туберкулез, ассоциированный с ВИЧ-инфекцией (ВИЧ/ТБ) – 22 чел. (15 мужчин, 7 женщин), средний возраст  $36,0 \pm 1,66$ ; Образование: ср. 18,75%; ср./спец. 62,5%; высш.(н/в) 18,5%;

2) ЛЖВ<sup>1</sup> – 22 чел. (7 мужчин, 15 женщин), средний возраст  $36,1 \pm 1,4$ ; Образование: среднее 50,0%; ср./спец. 27,3%; высш.(н/в) 22,7%;

---

<sup>1</sup> ЛЖВ – лица, живущие с ВИЧ

3) туберкулез (A15, A16) – 24 чел. (16 мужчин, 8 женщин), средний возраст  $33,0 \pm 2,07$ . Образование: среднее 43,75%; ср./спец. 25,0%; высш. (н/в) 31,25%.

Группы ЛЖВ и ТБ служили контролем для опытной группы ВИЧ-инфицированных.

Исследование проводилось на базе Областного туберкулезного диспансера и Общественной молодежной организации «Клуб взаимопомощи «Жизнь +», г. Одесса

Перед психологическим исследованием проводилось интервьюирование пациентов, включающее сбор социально-демографической информации для всех групп, установление пути заражения, дату установления ВИЧ-статуса, уровень CD4-клеток крови.

Исследование личностных особенностей испытуемых проводили при помощи многофакторного личностного опросника (ММРІ) в адаптации В.Ф.Березина [6]. Выбор методики обусловлен ее высокой надежностью по сравнению с другими личностными методиками, она достаточно проста и удобна для практического использования, эмпирически стандартизована и позволяет статистически контролировать получаемый результат. Методика включает 13 шкал (3 оценочных, 10 базовых). Оценочные: шкала L (ложь) «измеряет» стремление выглядеть в глазах экспериментатора в более благоприятном свете; шкала F (надежность) позволяет, помимо оценки достоверности полученных по методике данных, судить о психическом состоянии (напряженности, удовлетворенности ситуацией и т.д.), степени адаптации; шкала К (коррекция) дает возможность дифференцировать лиц, стремящихся смягчить либо скрыть те или иные черты характера, выявить уровень социальной опытности, знание социальных норм. Для удобства интерпретации и сравнения различных профилей оценка полученных данных производилась в Т-баллах (от 20 до 120). Нормативным является профиль в пределах до 70 Т-баллов.

Настоящее исследование является пилотным в области исследования личностных особенностей лиц с ВИЧ/ТБ, находящихся на стационарном лечении в Областном тубдиспансере г. Одессы.

### **Полученные результаты**

Практически все профили ММРІ в трех исследованных группах характеризуются заметным повышением пика по оценочной шкале F, из чего можно сделать вывод о выраженной напряженности, тревожности, недостаточной адаптированности, недовольстве актуальной жизненной ситуацией, неконформности исследуемых лиц.

При анализе базовых шкал учитывались данные, выходящие за рамки нормативного разброса (повышение, понижение показателей и их сочетание на разных шкалах). У подавляющего большинства обследуемых были

выявлены определенные личностные особенности, влекущие за собой устойчивую тенденцию к отклоняющемуся поведению.

**Группа ВИЧ/ТБ.** Наибольшее число отклонений от нормативных показателей (повышение) выявлено по **4 шкале** (16 чел. – 72,7%), что говорит о пренебрежении к принятым общественным нормам, моральным и этическим ценностям, установленным правилам поведения и обычаям. В зависимости от уровня активности это пренебрежение может проявляться в гневных и агрессивных реакциях или выражается более или менее пассивно. Для показателей 4-й шкалы, превышающих нормативные величины, характерна неспособность организовывать поведение в соответствии с устойчивыми мнениями, интересами и целями, что делает поведение недостаточно предсказуемым. Тенденция к удовлетворению сиюминутных побуждений, а также недостаточность прогнозирования приводят к отсутствию тревоги и страха перед потенциальным наказанием. Реальное наказание, если оно достаточно значимо, может обуславливать депрессивные или агрессивные реакции [7]. Межличностные отношения (даже интимные) могут отличаться поверхностными и нестойкими контактами. В патологических случаях асоциальные тенденции могут проявляться в беспричинной агрессивности, сексуальной несдержанности, лживости, реализации асоциальных влечений (алкоголизм, наркомания). Имеют место снижение контроля над импульсами и побуждениями, склонность к риску, непереносимость однообразия, монотония, стремление к внешней возбуждающей ситуации без достаточной коррекции своего поведения. Эти лица не обладают опытом повышенного самоуважения, которое происходило бы от контроля над собственными импульсами.

Ряд аналогичных черт дает также профиль с выраженным снижением по **7 шкале** (3 человека): отсутствие осторожности и осмотрительности в поступках, довольно обнаженный эгоцентризм, отсутствие особой щепетильности в вопросах морали, сниженную способность к сопереживанию, неконформность установок, грубоватую, жесткую манеру поведения.

Повышение по **6 шкале** (12 чел. – 54,5%) выявляет склонность к застреванию на неприятных переживаниях, болезненную обидчивость, касающуюся сферы задетой гордости, самолюбия, склонность относить собственные трудности за счет чужих недостатков, повышенную чувствительность к действительным или мнимым несправедливостям, злопамятность, недоверчивость, подозрительность, тенденцию к отбору информации, которая подкрепляет мнение об угрожающих действиях окружающих, ощущение недоброжелательности окружающего мира и легкость возникновения враждебных реакций.

В 11-ти случаях (50%) повышение по **6 шкале** сочетается с повышением по **4 шкале**, что выявляет склонность к стойкой

реализации асоциальных тенденций, угрюмость, склонность к упорным возражениям, стойкую недоброжелательность.

Пик по **9 шкале** (3 человека) выявляет тенденцию отрицать тревогу, способность игнорировать затруднения, склонность к риску, стремление быть в центре общества, беззастенчивость, ненадежность моральных установок, эгоцентризм, декларируемый оптимизм, выраженное пренебрежение к трудностям, чрезмерную и плохо направленную активность, недостаточную сдержанность, раздражительность, преувеличение своих возможностей, легкость совершения непродуманных поступков, широкие, но поверхностные контакты.

Как в случае изолированного повышения по всем упомянутым шкалам, (шкалы так называемого «стенического» регистра), так и их сочетания, позволяет сделать заключение о легкости возникновения отклоняющегося поведения.

Однако актуальное состояние достаточно большого количества испытуемых в целом определяется реакцией пациентов как на болезнь, так и на сложившуюся ситуацию в целом, что снижает уровень их активности и «затушевывает» проявление асоциального поведения. Это подтверждается заметным (наряду с вышеописанными шкалами) повышением также шкал 1, 2 и 7 и снижением 9 и 5 (у женщин) шкал.

Так, заметное повышение по **1 шкале** (14 чел. – 63,6%) выявляет ипохондрическую фиксированность на болезненных ощущениях или самом факте болезни как таковой, возникающую на фоне высокого уровня тревоги, недостаточную способность контролировать собственные эмоции, раздражительность, пессимистическое отношение к своим проблемам, неудовлетворенность проводимым лечением, желание снискать сочувствие у окружающих. Заботы о здоровье доминируют в жизни.

Повышение по **2 шкале** (2 чел.) и снижение по **9 шкале** (3 человека) выявляет депрессивную симптоматику, в первом случае сопровождающуюся тревожностью, напряженностью, ощущением неопределенной угрозы, сниженной самооценкой, пессимистической оценкой ситуации и перспективы, во втором – апатией, снижением активности и побуждений.

Выраженное понижение по **5 шкале** в женских профилях (3 человека) выявляет неудовлетворенную потребность в защищенности, высокий уровень невротизации, астено-депрессивный фон настроения.

Также обращает внимание повышение в ряде случаев по **8 шкале** (9 чел. – 41%), позволяющее говорить о своеобразии мышления и восприятия окружающего мира, эмоциональной отгороженности от социального окружения, склонности к уходу во внутренний мир, избирательности контактов, нарушении социальной коммуникации, затруднении в реальной оценке ситуации и общей картины мира, чувстве отчужденности и непонятости. Повышение по этой шкале во

всех случаях у испытуемых данной группы сочетается с повышением по **4 шкале**, что выявляет неконформизм, эгоцентризм и жесткость установок, склонность к противопоставлению своих субъективных взглядов и установок окружению, склонность к асоциальным поступкам, совершенных в результате неспособности четко осознать социальную норму и своеобразного подхода к ситуациям. Неспособность правильно организовывать и контролировать свои контакты. Своеобразие мышления может обуславливать связь с девиантными группами, что служит одной из наиболее частых причин асоциального поведения.

В двух случаях было выявлено повышение по 3 шкале (истероидные черты), что при сочетании с подъемом на **1 шкале** выявляет демонстративные тенденции, зависимость от оценки и мнения окружающих, склонность к вытеснению отрицательных сигналов, исходящих из окружения, склонность к фантазированию, повышенная нервозность, избыточная драматизация чувств и происходящих событий, тенденция к «бегству» в болезнь, склонность к «уходу» от решения проблем, снижение самокритичности, незрелость суждений, эгоцентризм.

Обращают на себя внимание *особенности межличностных отношений* лиц группы ВИЧ-ассоциированного туберкулеза. Так, прослеживается тенденция скорее к расширению социальных контактов. Учитываемое *понижение по 0 шкале* встречается в 12 случаях (54,5%). В 6-ти случаях это понижение сочетается с пиком по **8 шкале**, что выявляет своеобразие подхода в межличностных отношениях, выражающееся в обширных, но плохо организованных, лишенных адекватной эмоциональной окраски контактах. *Повышение по 0 шкале* (7 чел. – 31,8%) выявляет трудности в сфере контактов, замкнутость, стремление к деятельности, не связанной с обществом.

В ходе направленной беседы с пациентами, а также анализа клинических шкал было выявлено, что основным смыслообразующим мотивом для ВИЧ – инфицированных (ЛЖВ и ВИЧ/ТБ) является *мотив сохранения жизни* и в этом наши данные подтверждают выводы, полученные Г.К. Корнеевой для осужденных лиц в пенитенциарном учреждении [8].

Данные полученные по ММРІ для 3-х групп, включая контрольные (ЛЖВ и ТБ) приведены в табл. 1.

Таким образом, социально-психологический портрет личности с ВИЧ-ассоциированным ТБ показывает выраженное наличие ряда черт, отражающих неадаптивное отклоняющееся, асоциальное поведение, пренебрежение нормами морали, этическими ценностями, установившимися правилами поведения и обычаями.

Необходимо отметить, что социально-психологический портрет пациентов с подтвержденной ВИЧ-инфекцией (как ЛЖВ, так и ВИЧ/ТБ) включает сходные черты, отражающие ипохондризацию а также

неадаптивное отклоняющееся, асоциальное поведение. Несмотря на то, что ипохондрические, а также депрессивные тенденции «затушёвывают» активное проявление черт, выявляемых по шкалам «стенического» регистра (табл. 1, сочетание шкал 4, 6, 9) снижает уровень активности. Однако, в ситуации острого стресса вероятность возникновения неадаптивных, асоциальных форм поведения высока, т.к. одним из защитных механизмов этих лиц является отреагирование на поведенческом уровне.

Таблица 1.

**Профили ММРІ для групп обследованных с ВИЧ-инфекцией и ТБ  
(% числа испытуемых)**

Основные шкалы ММРІ	ВИЧ/ТБ, %		ЛЖВ (ВИЧ-инф), %		ТБ, %	
F	87,5	↑	90,9	↑	90,9	↑
1	63,6	↑	54,5	↑	66,7	↑
2	9,1	↑	13,6	↑	-	-
4	72,7	↑	77,2	↑	16,7	↑
5	13,6 (ж)	↓	2,2 (ж)	↓	-	-
6	54,5	↑	27,3	↑	20,8	↑
7	13,6	↓	13,6	↓	12,5	↓
8	41,0	↑	59,1	↑	16,7	↑
9	13,6	↓	18,2	↓	25,0	↓
	13,6	↑	18,2	↑	2,4	↑
0	54,5	↓	54,5	↓	45,8	↓
	31,8	↑	9,1	↑	4,8	↑
<b>Сочетания шкал</b>						
4,6	50,0	↑↑	18,2	↑↑	-	
4,8	41,0	↑↑	50,0	↑↑	2,4	↑↑
1,3	9,1	↑↑	9,1	↑↑	29,2	↑↑

Группа лиц с ТБ также характеризуется ипохондризацией. Наряду с этим обращает внимание увеличение (по сравнению с нормативной выборкой, а также с группами ВИЧ и ВИЧ/ТБ) количества лиц, характеризующихся наличием истероидного радикала в структуре личности и склонности к вытеснению неприятных переживаний, а также большей склонностью к отрицанию тревоги (повышение по 9 шкале). В первом случае это проявляется «бегством» в болезнь, во втором – демонстративным оптимизмом, стремлением подчеркивать стойкость перед лицом недуга. Обращает внимание заметное снижение числа лиц в группе ТБ, профиль которых характеризуется пиками по 4 и 8 по шкалам, смягчение (по сравнению с группами ВИЧ и ВИЧ/ТБ) черт,

выявляемых по 6 шкале (меньшие количественные показатели), а также заметное снижение количества лиц, для которых характерны такие черты. Это говорит о том, что больным ТБ в целом не свойственны агрессивность, пренебрежение общепринятыми нормами поведения, нонконформизм, отгороженность, отчужденность от социального окружения, подозрительность, недоверчивость, жесткость манеры поведения, склонность к застреванию на неприятных переживаниях и созданию конфликтных ситуаций.

### **Выводы**

Проведено пилотное исследование, в результате которого была предпринята попытка дать описание социально-психологического портрета лицам с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом. Установлено, что у большинства лиц этой группы выявлены черты, присущие неадаптивному отклоняющемуся, асоциальному поведению. Сходные признаки профиля ММРІ были определены и у ВИЧ-инфицированных, не болеющих туберкулезом. Увеличение масштабов распространенности и рост числа лиц с ВИЧ-инфекцией в Украине, указывает на необходимость учитывать специфику личностных особенностей, определяющих антисоциальные модели поведения при разработке психологических способов коррекции. Данный подход будет способствовать как улучшению качества жизни данной категории лиц, так и уменьшать последствия антисоциальных форм поведения, связанных с распространением ВИЧ, т.е. имеет и противоэпидемическое значение.

### **Литература**

1. Федорова Л.М. Особенности личностных и нейрофизиологических характеристик у ВИЧ-инфицированных осужденных с алкогольной и наркотической зависимостью / Л.М. Федорова, П.И. Сидоров, А.Г. Соловьев, О.Е. Санникова // Наркология. – 2008. – № 2. – С. 36–39.
2. Зинченко А.И. Сравнение психологических особенностей ВИЧ-инфицированных с разным уровнем иммунитета. 2006. – Режим доступа: [www.lib.herzen.spb.ru/text/zinchenko\\_35\\_76\\_2\\_107\\_113.pdf](http://www.lib.herzen.spb.ru/text/zinchenko_35_76_2_107_113.pdf).
3. Болдырева Т.А. Субъективная интерпретация актуальной жизненной ситуации в психологической коррекции ВИЧ-инфицированных заключенных: автореф. дис. ... канд. психол. наук: спец. 19.00.10. / Т.А. Болдырева. – Санкт-Петербург, 2007. – 199 с.
4. Лаврентьева Е.А. Психологические механизмы и психопрофилактика девиантного поведения при ВИЧ-инфекции: автореф. дис. ... канд. психол. наук: спец. 19.00.01. / Е.А. Лаврентьева. – Москва, 2008. – 26 с.
5. Ильина С. Психологические особенности женщин, занимающихся уличным секс-бизнесом. 2008. – Режим доступа: [www.webcommunity.ru/885/](http://www.webcommunity.ru/885/).
6. Березин Ф. Б. Методика многостороннего исследования личности (в клинической медицине и психогигиене) / Ф. Б. Березин. – М.: Медицина, 1976. – 176 с.
7. Беляева В.В. Агрессивное поведение больных, инфицированных вирусом иммунодефицита человека / В.В. Беляева // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2000. – № 1. – С. 40–42.



8. Корнеева Г.К. Психологические особенности смысловой сферы личности ВИЧ-инфицированных осужденных в условиях лишения свободы: автореф. дис. ... канд. психол. наук: спец. 19.00.06. / Г.К. Корнеева. – Рязань, 2004. – 195 с.

**Соціально-психологічний портрет особистості хворого  
на ВІЛ-асоційований туберкульоз**

**С.В. ПОЗДНЯКОВ, Н.Г. СЛАВИНА,  
О.В. НІКІТІНА, І.Ю. ГРИГОР'ЄВА**

*Проводили психологічне вивчення 3-х груп досліджуваних: особ з ВІЛ-асоційованим туберкульозом, осіб з ВІЛ (ЛЖВ) та хворих на туберкульоз. Використовували метод інтерв'ю, а також тестування за методом ММРІ, що стандартизований Ф.В. Березиним. Встановлено, що основними особливостями соціально-психологічного портрету осіб з ВІЛ-інф., а також ВІЛ/ТБ є неадаптивна, асоціальна поведінка, схильність до нехтування загально прийнятними нормами життя у суспільстві. Використання отриманих даних для психокорекції сприятиме зменшенню наслідків антисоціальних форм поведінки, причинно пов'язаних з розповсюдженням ВІЛ-інфекції.*

**Ключові слова:** особи з ВІЛ-асоційованим туберкульозом, ЛЖВ, хворі на ТБ, соціально-психологічний портрет, ММРІ

**Social-psychological portrait of the individual patient  
with HIV-associated tuberculosis**

**S.V. POZDNYAKOV, N.G. SLAVINA,  
E.V. NIKITINA, I.Yu. GRIGOR'EVA**

*A psychological study of three groups of subjects: persons with HIV-associated tuberculosis, PLWH and TB patients. The method of interviews and testing on multiple-factor questionnaire and identification of personal characteristics (MMPI) as amended F.V. Berezin. It was found that the main features of the social and psychological portrait of persons with HIV infection (such as PLWH, and HIV/TB) is a non-adaptive deviant, antisocial behavior. The use of the data for psychocorrection should improve both the quality of life of this category of persons, and mitigate the effects of antisocial behaviors, causally related to the spread of HIV infection.*

**Key words:** persons with HIV-associated tuberculosis, PLWH, TB patients, social-psychological portrait, MMPI