

В. И. Вовк

Харьковская медицинская академия последипломного образования

ПОКАЗАТЕЛИ САМООЦЕНКИ У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Психические расстройства у ВИЧ-инфицированных пациентов относятся к одной из актуальных проблем современной психиатрии [1, 3—6].

Возникающие в клинике ВИЧ-инфекции психические нарушения условно можно разделить на две группы: психогенные, связанные с реакцией на факт инфицирования, и развивающиеся в структуре собственно заболевания [1, 3]. Психогенный компонент ВИЧ-инфекции, как и любого другого заболевания, представляет собой проявление интеллектуальных, эмоциональных и волевых нарушений и связан с сознанием, самосознанием, переживанием и отношением больного к своему состоянию [4, 5]. Установлено, что неустойчивость или снижение самооценки свидетельствует о нарушениях в мотивационной сфере, что затрудняет нормальное функционирование личности в различных сферах жизнедеятельности [2]. Изучение общего уровня и индивидуальных отклонений в самооценке позволяет судить о степени критичности, о способности респондентов к адекватному самоанализу и самовосприятию.

Вышеизложенное определило необходимость проведения исследования, целью которого было углубленное изучение особенностей самооценки у больных на ранних и поздних стадиях ВИЧ-инфекции.

Под наблюдением находилось 104 больных с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции, 47 мужчин и 57 женщин в возрасте от 18 до 35 лет. Путь инфицирования — половой. Общая выборка была условно разделена на четыре группы. Первые две группы составили 23 мужчины и 43 женщины с I—II (ранними) стадиями ВИЧ-инфекции (по классификации В. И. Покровского). Двумя другими группами выступали 24 мужчины и 14 женщин с III—IV (поздними) стадиями ВИЧ.

Для изучения самооценки использовалась методика Дембо — Рубинштейн. Среди множества известных в психологии подходов к изучению открыто декларируемой самооценки одним из первых был прием Т. Dembo, который изначально предназначался для исследования представлений обследуемого о своем счастье [2]. С. Я. Рубинштейн (1970) значительно модифицировала эту методику, введя кроме «счастья» еще три параметра. Испытуемому предлагалось отметить на вертикальной черте без каких-либо делений то место, которое соответствует выраженности у него данного психического свойства. Использованный нами набор включал девять шкал: «здоровье», «ум», «счастье», «характер», «уверенность в себе», «доброта», «успешность в работе», «настроение», «память». Шкалы были градуированы в интервале от нуля (минимальная выраженность) до десяти (максимально возможная самооценка по данному параметру). На листе бумаги была проведена горизонтальная черта, о которой обследуемому говорилось, что она обозначает счастье, причем правый полюс (10) соответствует состоянию полного счастья, а левый (0) занимают самые несчастливые люди. Обследуемому просили обозначить на этой линии свое место. Такие же горизонтальные линии проводились и для выражения самооценки больного по остальным шкалам.

Затем приступали к беседе с больным, в которой выясняли его представление о счастье и несчастье,

здоровье и нездоровье, хорошо и плохо характере и так далее. Выяснялось, почему больной сделал отметку в определенном месте шкалы для обозначения своих особенностей. Например, что побудило его поставить отметку в данном месте шкалы здоровья, считает ли он себя здоровым или больным (особенно в контексте ВИЧ-инфекции), если больным, то какой болезнью, кого он считает больными и т. д.

При интерпретации результатов мы опирались на обширные литературные данные об особенностях самооценки в норме и патологии. Известно, что самооценка здоровых лиц тяготеет к средней линии или незначительно отклоняется от нее в позитивную сторону, депрессивные больные самооценку занижают, маниакальные — резко завышают, испытуемые с истероидными чертами утрируют, и так далее [2].

Усредненные показатели самооценки на различных этапах ВИЧ-инфекции (M ± m)

Параметр самооценки	Ранние стадии ВИЧ, n = 66	Поздние стадии ВИЧ, n = 38	p
здоровый	5,90 ± 0,30	3,85 ± 0,47	< 0,001
умный	6,91 ± 0,21	6,71 ± 0,35	—
счастливый	6,83 ± 0,28	5,34 ± 0,48	< 0,01
хороший характер	7,14 ± 0,26	5,97 ± 0,48	< 0,05
уверенный в себе	6,47 ± 0,33	6,82 ± 0,45	—
добрый	8,36 ± 0,22	7,56 ± 0,44	—
успешный в работе	6,81 ± 0,29	6,53 ± 0,42	—
хорошее настроение	6,83 ± 0,28	5,47 ± 0,41	< 0,01
хорошая память	6,26 ± 0,31	5,97 ± 0,51	—

Примечание: p — достоверность различий по t-критерию Стьюдента

Полученные данные (рис. 1) показывают, что профиль самооценки является более «утопленным» во второй группе, т. е. уровень самооценки на поздних стадиях ВИЧ-инфекции снижается. «Ум», «успешность в работе» и «память» в динамике ВИЧ остаются, по мнению респондентов, на прежнем уровне. С клинико-психопатологической точки зрения это является гиперкомпенсаторным заблуждением. В частности, в ходе исследования

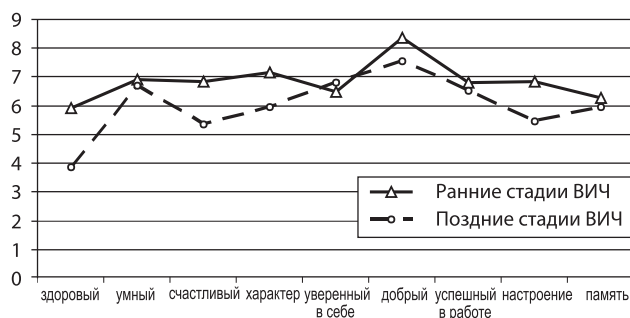


Рис. 1. Уровень самооценки на различных стадиях ВИЧ-инфекции

было установлено, что функции памяти на поздних этапах достоверно хуже, чем в начале заболевания. Единственный самооценочный параметр, по которому вторая группа незначительно ($p > 0,05$) превосходит первую группу — это «уверенность в себе».

Что касается остальных параметров самооценки, то больные на поздних стадиях ВИЧ-инфекции склонны к значительному их занижению. В особенности эта тенденция сильна на таких самооценочных шкалах, как «здоровье» ($p < 0,001$), «счастье» ($p < 0,01$), «характер» ($p < 0,05$) и «настроение» ($p < 0,01$). Кроме того, меняется структурная иерархия самооценочных пунктов. Для того чтобы проверить это статистически, нами был использован метод ранговой корреляции Спирмена. Известно, что чем выше коэффициент ранговой корреляции, тем больше сопоряденность, схожесть двух сравниваемых профилей, графиков, оценочных списков и т. п. В данном случае коэффициент ранговой корреляции невысок: $r_s = 0,449$, его статистическая значимость не достигает пятипроцентного уровня ($p > 0,05$), т. е. профили самооценки на начальных и поздних стадиях ВИЧ можно считать достоверно различающимися ($p < 0,01$) за счет указанных динамических сдвигов.

В структуре самооценки у ВИЧ-инфицированных пациентов мужского пола наблюдаются, по мере развития заболевания, три высокозначимых сдвига (все на уровне достоверности $p < 0,01$). В первую очередь, снижается самооценка по шкале «здоровье», что вполне естественно и относится к предсказуемым и ожидаемым результатам. Далее, во второй группе существенно занижается параметр «настроение». Третий достоверный сдвиг — по шкале «успешность в работе» — по знаку является положительным: мужчины на поздних этапах ВИЧ значительно выше оценивают собственную работоспособность и успешность. Более того, это наиболее высокая отметка в самооценочном профиле второй группы. С нашей точки зрения, этот феномен объясняется своеобразной протестно-гиперкомпенсаторной реакцией по типу «выдать желаемое за действительное».

Как показал корреляционный анализ по Спирмену, общая иерархическая структура самооценки в двух группах ВИЧ-инфицированных мужчин более схожа, чем в аналогичных группах женщин: $r_s = 0,517$, т. е. коэффициент корреляции и, следовательно, структурное сходство самооценки на раннем и позднем этапах у мужчин является более сильным, чем для женских групп.

Сходство между сопоставляемыми группами ВИЧ-инфицированных женщин заключается в том, что на любом этапе ВИЧ женщины в пробе Дембо — Рубинштейн ставят себе максимальные оценки по параметру «добрый», а минимальные — по шкале «здоровый».

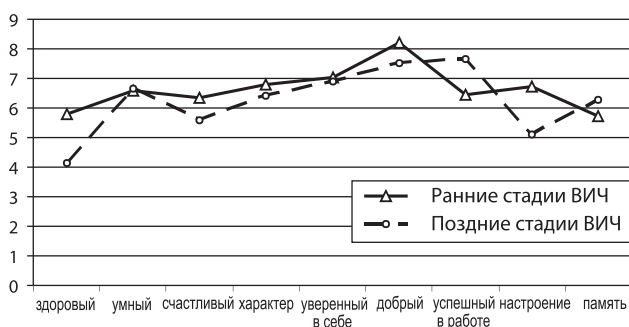


Рис. 2. Уровень самооценки у мужчин на различных этапах ВИЧ-инфекции

На поздних этапах ВИЧ-инфекции у женщин самооценочный профиль не только «утоплен» (большинство показателей снижается), но и значительно более изломан. В динамике самооценки несколько повышается «уверенность в себе», снижается «настроение» и «память», однако эти тенденции нельзя считать статистически достоверными ($p > 0,05$). Наиболее резкие и значимые негативные сдвиги касаются «здоровья» ($p < 0,01$), а также таких глобальных параметров, как «счастье» ($p < 0,01$) и «характер» ($p < 0,05$). Достаточно критичны ВИЧ-инфицированные женщины и к тому факту, что на поздних этапах у них существенно снижается «успешность в работе» ($p < 0,01$).

Рангово-корреляционный анализ графиков по Спирмену выявил, что иерархическая структура самооценки у женщин на поздних этапах ВИЧ принципиально иная, чем на ранних стадиях: $r_s = 0,3$, коэффициент корреляции достаточно мал, его значимость $p > 0,05$, т. е. профили достоверно различаются.



Рис. 3. Уровень самооценки у женщин на различных этапах ВИЧ-инфекции

Таким образом, проведенный анализ показателей самооценки больных ВИЧ-инфекцией позволяет сделать вывод о том, что ВИЧ-инфицированные не критичны к своему состоянию. В большинстве случаев отсутствие или нарушение критичности своего болезненного состояния рассматриваются нами как гиперкомпенсаторные реакции. Достоверно установлено, что на поздних стадиях, как у мужчин, так и у женщин, уровень самооценки достоверно снижается. Выявленные особенности самовосприятия и самооценки должны учитываться при выборе и проведении психокоррекционных методов.

Список литературы

1. Беляева В. В. Особенности социально-психологической адаптации лиц, инфицированных ВИЧ // Эпидемиология и инфекционные болезни. — 1998. — № 5. — С. 27—29.
2. Общая психодиагностика (сост. и ред. А. А. Бодалева, В. А. Столина). — СПб.: Речь, 2000. — 440 с.
3. Ручкина Е. В., Беляева В. В., Покровский В. В. Некоторые подходы к решению психосоциальных проблем лиц, инфицированных ВИЧ // Здравоохранение Рос. Федерации. — 1994. — № 2. — С. 22—23.
4. Тиммерман Л. Психиатрия и СПИД: Обзор // Соц. и клинич. психиатрия. — 2001. — Т. 11, № 2. — С. 92—96.
5. Трофимчук Л. Г. Внутренняя картина болезни и личностные особенности ВИЧ-инфицированных // Актуальные проблемы психиатрии, наркологии и неврологии. — 1998. — С. 116—121.
6. Э. Фаучи, К. Лэйн. ВИЧ-инфекция и СПИД. 308 глава из книги Внутренние болезни по Тинсли Р. Харрисону. Пер. с англ. Н. Н. Алипова, Е. Р. Тимофеевой. 14-е изд. — М.: Изд. дом Практика, 1998. — 80 с.

Надійшла до редакції 17.12.2007 р.

В. І. Вовк

Показники самооцінки у хворих на ВІЛ-інфекцію*Харківська медична академія післядипломної освіти
(м. Харків)*

Вивчення загального рівня та індивідуальних відхилень самооцінки дозволяє робити висновки про ступінь критичності, а також здатність респондентів до адекватного самоаналізу та самосприйняття. Проведено аналіз особливостей самооцінки за допомогою методики Дембо — Рубінштейн ВІЛ-інфікованих пацієнтів на різних стадіях ВІЛ-інфекції. Виявлено, що хворі із ВІЛ-інфекцією не критичні до свого стану. На пізніх стадіях ВІЛ рівень самооцінки вірогідно знижується як у чоловіків, так і у жінок. Отримані дані щодо особливостей самооцінки та самосприйняття ВІЛ-позитивних пацієнтів повинні враховуватися під час вибору психокорекційних методів.

V. I. Vovk

Parameters of a self-concept of patients with HIV-infection*Kharkiv medical Academy of Postgraduate Education (Kharkiv)*

The studying of the common level and individual deviations of the self-concept allows to estimate the level of self-criticism and the respondents ability to adequate introspection and self-perception. The introspection characteristics researches for the HIV-infected persons on the different stages of HIV-infection were carried out by the instrumentality of Dembo — Rubinshtein methodology. It was explore that HIV-infected patients are not critical to their state. On the last stages of HIV infection level of self-criticism expectedly decreases as for males as for females. The data concerning the characteristics of introspection and self-perception of HIV-infected patients should be used during the selection of psychocorrection methods.

УДК 616.89:301.151

Л. Н. Гуменюк

Крымский государственный медицинский университет
им. С. И. Георгиевского (г. Симферополь)**КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ С ОГРАНИЧЕННОЙ СПОСОБНОСТЬЮ К ИНТЕГРАЦИИ В СООБЩЕСТВО (БЕЗДОМНЫЕ)**

В настоящее время особую актуальность приобретают вопросы оказания медико-социальной помощи специальным целевым группам психически больных, имеющих определенные особенности психического и социального статуса [1]. Одной из таких групп являются пациенты с ограниченной способностью к интеграции в сообщество (бездомные) [2]. Это объясняется тем, что стратификация общества, следствием которой стало появление большого количества бездомных — одна из главных примет нашего времени. Число психически больных среди данного контингента достигает 75,7 % [3].

Степень вовлеченности бездомных психически больных в систему оказания психиатрической помощи недостаточна [4]. Однако при всей важности данного вопроса следует признать, что попыток разработки концептуальных основ обеспечения медико-социальной помощи лицам с социальной недостаточностью, в рамках которых были бы возможны последовательность и преемственность действий, не предпринималось. В современных исследованиях по психиатрии проблемы взрослых маргиналов практически не затрагиваются, а отдельные издания носят, в основном эмпирический и фрагментарный характер [5]. Системный анализ социально-психологических детерминант, приводящих людей к бродяжничеству, и объективизированные критерии оценки вероятности формирования ограниченной способности к интеграции в сообщество отсутствуют, что актуализирует потребность выявления ряда многофакторных комплексов, действие которых приводит к ограничению способности интеграции в сообщество. Психически больные (бездомные) обладают специфическим набором клинических, психологических и социальных характеристик, знание которых позволит прогнозировать и уменьшать количество лиц с ограниченной способностью к интеграции в сообщество.

В связи с этим необходимо уделять внимание не только клиническим, но также психологическим и социальным факторам, личностным и социальным особенностям индивидуума в их взаимодействии,

и таким образом оказывать более разностороннюю и эффективную помощь.

Основная цель психиатрического лечения и социальной работы — интеграция психически больных в социальную реальность [6—8].

Изучены клинико-социальные характеристики 154 бездомных в возрасте от 20 до 62 лет, находившихся в специализированном приемнике. Обследование проводилось по принципу случайного выбора, когда все единицы генеральной совокупности имели равную возможность попасть в выборку.

В ходе работы были использованы клинико-психопатологический, клинико-анамнестический, социально-демографический и статистический методы исследования. Клинико-психопатологический включал в себя изучение жалоб, оценку психического и соматоневрологического статуса, выделение основных психопатологических синдромов и их динамики, в качестве диагностических критериев использовались критерии МКБ-10 [9]. Клинико-анамнестическое исследование являлось источником информации о преморбидности личности и ее истории, рассматриваемой в контексте социальных связей, отношений, жизненного и профессионального опыта. Полученные результаты подвергались статистической обработке.

Полученный клинический материал, составивший группу исследования, был сгруппирован в соответствии с диагностическими разделами МКБ-10. Распределение нозологической принадлежности обследованных (табл. 1) показывает, что среди выявленных нарушений психического здоровья 48,7 % патологии составили психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя (F10), 37,6 % — депрессивные расстройства, 12,7 % — легкая умственная отсталость (F70) и 2,0 % — расстройства личности. Для обследованных была характерна значительная длительность заболевания (около 78 % случаев) — более 15 лет.

Среди выделенных ведущих психопатологических синдромов с учетом степени их выраженности, наибольший удельный вес приходится на долю эмоционально-волевых нарушений (92,8 %).