

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХІЧНИХ СТАНІВ ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ОСІБ

**Л. І. ПАНЧУК,
Н. В. ВОЛИНЕЦЬ**

Розширення меж епідемії ВІЛ/СНІД, невиліковність цієї хвороби призвели до виходу хвороби за межі суто медичної проблеми. Наслідки епідемії сьогодні – це численні соціальні, економічні, юридичні, морально-етичні питання, які постають перед суспільством. Соціально-психологічний аспект цієї хвороби є найменш дослідженим, а отже найбільш актуальним, тому при розробці заходів психологічної допомоги ВІЛ-позитивним особам необхідно враховувати те, що СНІД за різноманітністю та обсягами сфер життя, яких він торкається, є соціальною хворобою і надання психологічної допомоги потрібно здійснювати як ВІЛ-інфікованим особам, так і членам їхніх сімей.

У літературі практично відсутні наукові роботи, присвячені дослідженню психологічних аспектів і явищ у ВІЛ-інфікованих. Проблема особистості ВІЛ-інфікованого слабо розроблена в українській та зарубіжній психологічній науці, але є актуальною на сучасному рівні культурного і духовного розвитку суспільства і всього людства, і при основних нині показниках здоров'я населення земної кулі. Таким чином, ВІЛ-інфекція – це глобальна проблема світового значення. В даний час майже у всіх країнах світу відмічається зростаючий інтерес до проблеми ВІЛ/СНІД, особливо у зв'язку з культурною кризою, викликаною аномальними соціальними явищами та наслідками ВІЛ-інфекції. Разом з тим, як було зазначено вище, в психологічній науці, незважаючи на наявність інтересу, практично відсутні дослідницькі роботи, присвячені питанням психічної сфери ВІЛ-інфікованих. Безсумнівно, у зв'язку зі страхом смерті, дистресом і багатьма іншими реальними і уявними проблемами, з якими стикаються ВІЛ-інфіковані в повсякденному житті, а також у зв'язку з необхідністю надання їм психологічної підтримки, важливо вивчати їхні індивідуально-психологічні особливості. Таким чином, нам видається важливим проводити психологічні дослідження з метою профілактики і боротьби з деструктивними впливами пандемії та пов'язаних з нею факторів для життя людини, сім'ї та суспільства в цілому [6].

В структурі психічного стану ВІЛ-інфікованих хворих відмічається переважання високого рівня особистісної тривожності, що характеризується схильністю пацієнтів сприймати більшість ситуацій як загрозливі і реагувати на них станом тривоги у вигляді: почуття напруги, неспокою, переживання недостатньої цінності власної особистості, песимістичної оцінки перспективи, що обумовлює високий рівень фрустраційної напруженості і порушення психічної адаптації і, відповідно, ризик виникнення адаптаційних розладів у пацієнтів із ВІЛ-інфекцією. Механізми подолання стресу, як і механізми психологічного захисту, є важливими компонентами психологічної адаптації і перебувають між собою в тісному взаємозв'язку, при якому формування певних копінг-стратегій співвідноситься з вираженістю певних типів психологічного захисту.

Копінг-стратегії, які використовуються ВІЛ-інфікованими хворими, не є нозоспецифічними і, здебільшого, належать до характерних для здорових людей (конфронтаційний копінг, дистанціювання, самоконтроль, пошук соціальної підтримки, прийняття відповідальності, втеча-уникнення, планування вирішення проблем, позитивна переоцінка) способів подолання стресів. Разом з тим, репертуар копінг-стратегій пацієнтів із ВІЛ-інфекцією має свої особливості, які полягають у більш частому використанні одних копінгових стратегій (дистанціювання, втеча-уникнення і конфронтаційний копінг) і дефіцит інших (планування вирішення проблем, позитивна переоцінка, пошук соціальної підтримки, самоконтроль, прийняття відповідальності), спрямованих на пошук соціальної підтримки, регулювання своїх почуттів і дій, а також визнання своєї ролі в проблемі зі спробами її вирішення.

Вкрай несприятливими способами подолати стрес, що негативно відображаються на функціонуванні пацієнтів з ВІЛ-інфекцією є стратегії, спрямовані на уникнення вирішення проблем, а також стратегії, що виражаються в прагненні, спрямованому на відділення від ситуації і зменшення її значущості. Стратегія, що виявляється у конфронтації, свідчить про наявність агресивних тенденцій, спрямованих на зміну ситуації. Цей механізм подолання стресу передбачає певну ступінь ворожості, готовності до ризику і є вкрай дезадаптивним для хворих з ВІЛ-інфекцією. Виразність у структурі особистості ВІЛ-інфікованих хворих захисних механізмів, які деформують, які заперечують і фальсифікують сприйняття реальності, сприяє формування пасивних, дезадаптивних варіантів копінг-стратегій, що включають уявне прагнення і поведінкові зусилля, спрямовані на втечу від вирішення проблеми, а також когнітивні зусилля з відділення від ситуації і зменшення її значущості, що сприяє

розвитку у пацієнтів з низькою резистентністю до стресу, а також обумовлює наявність дезадаптивної дисфункціональної копінг-поведінки.

Успішне функціонування особистості пацієнтів із ВІЛ-інфекцією в різних соціальних сферах передбачає формування та проведення індивідуальних та групових тренінгових психотерапевтичних програм, в основі яких має лежати навчання адекватних механізмів реагування на стрес, розширення репертуару способів подолання складних життєвих ситуацій і закріплення позитивного досвіду розв'язання проблем, що оптимізує соціальне відновлення пацієнтів [5].

Метою статті є висвітлення результатів емпіричного дослідження психічних станів ВІЛ-інфікованих осіб.

З метою виявлення особливостей психічних станів ВІЛ-інфікованих осіб було проведено психодіагностичне дослідження за стандартизованими методиками: методикою визначення самооцінки психічних станів Айзенка, тестом-опитувальником астенії, шкалою астенічного стану (ШАС) Л. Малкової, тестом „Нервово-психічна адаптація” (НПА), методикою диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунге (модифікованою Т. Балашовою), симптоматичним опитувальником SCL-90-R [1 – 4]. В емпіричному дослідженні прийняли участь 32 ВІЛ-інфікованих особи віком 23-47 років, з них: 16 чоловіків та 16 жінок, які знаходяться на обліку Хмельницького обласного відділення ВБО „Всеукраїнська мережа людей, які живуть із ВІЛ/СНІД”.

За результатами дослідження за методикою діагностики самооцінки психічних станів Айзенка було виявлено такі рівні психічних станів ВІЛ-інфікованих осіб: 1) стан тривожності: високий рівень – у 2 (6,2%) осіб (з них: 2 (12,5%) чоловіків), середній – у 22 (68,8%) осіб (з них: 12 (75,0%) жінок та 10 (62,5 %) чоловіків), низький – у 8 (25,0 %) осіб (з них: 4 (25,0%) жінок та 4 (25,0 %) чоловіків); 2) стан фрустрації: високий рівень – у 3 (9,3 %) осіб (з них: 2 (12,4 %) жінок та 1 (6,2 %) чоловіків), середній – у 21 (65,7 %) осіб (з них: 11 (68,8%) жінок та 10 (62,5 %) чоловіків), низький – у 8 (25,0 %) осіб (з них: 3 (18,8 %) жінок та 5 (31,3 %) чоловіків); 3) стан агресивності: високий рівень – у 9 (28,1 %) осіб (з них: 5 (31,3 %) жінок та 4 (25,0 %) чоловіків), середній – у 12 (37,5 %) осіб (з них: 6 (37,5 %) жінок та 6 (37,5 %) чоловіків), низький – у 11 (34,4 %) осіб (з них: 5 (31,2 %) жінок та 6 (37,5 %) чоловіків).

Загалом, за результатами тестування за цією методикою, виявлено, що загальні рівні тривожності, фрустрованості та агресивності досліджуваних перевищує середній рівень і виходить за межі норми. Результати тестування за цією методикою показали, що чоловікам властиве більше відчуття тривоги, порівняно із жінками, а у жінок виявлено вищі рівні фрустрації (що свідчить про їхню низьку самооцінку, вони уникають труднощів, бояться невдач), агресивності та ригідності (сильно виражена ригідність, незмінність поведінки, переконань, поглядів, навіть якщо вони розходяться, не відповідають реальній обстановці, особливостям життя; їм протипоказані зміни в роботі і зміни в сім'ї) порівняно з чоловіками.

За результатами дослідження за тестом-опитувальником астенії, шкалою астенічного стану (ШАС) Л. Малкової виявлено наступні рівні астенії ВІЛ-інфікованих осіб: 1) відсутність астенії – у 17 (53,1 %) осіб (з них: 9 (56,3 %) жінок та 8 (50,0 %) чоловіків), що характеризується позитивно; 2) слабка астенія – у 15 (46,9 %) осіб (з них: 7 (43,7%) жінок та 8 (50,0 %) чоловіків), що цим особам необхідно впорядкувати режиму, налаштувати регулярне харчування, пройти фізіотерапевтичні процедури та санаторно-курортне лікування. Помірно виражений та яскраво виражений рівні астенії в досліджуваній групі не виявлено, що характеризується позитивно.

За результатами дослідження за тестом „Нервово-психічна адаптація” (НПА) виявлено групи досліджуваних за такими рівнями психічного здоров'я ВІЛ-інфікованих осіб: 1) у I групу „здорових” включено 8 (25,0 %) осіб (з них: 8 (50,0%) жінок); 2) у II групу „майже здорових зі сприятливими прогностичними ознаками” включено 12 (37,5 %) осіб (з них: 8 (50,0 %) жінок та 4 (25,0 %) чоловіків); 3) у III групу „майже здорових із несприятливими прогностичними ознаками (передпатологія)” включено 9 (28,1 %) осіб (з них: 9 (56,3 %) чоловіків); 4) у IV групу „осіб з легкою патологією” включено 3 (9,4 %) особи (з них: 3 (18,7 %) чоловіків). V група – яскраво виражена патологія – серед осіб, які брали участь у дослідженні, не виявлено. Особи, які потрапили до третьої та четвертої групи, потребують додаткового обстеження у психотерапевта з наступним медикаментозним лікуванням. Необхідно зазначити, що рівень психічного здоров'я ВІЛ-інфікованих жінок є значно вищим, ніж чоловіків.

За результатами дослідження за методикою диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунге (модифікованою Т. Балашовою) виявлено такі рівні депресивних станів ВІЛ-інфікованих осіб: 1) у I групи „без депресії” включено 28 (87,5 %) осіб (з них: 14 (87,5 %) жінок та 8 (87,5 %) чоловіків); 2) у II групи „легка депресія” – включено 4 (12,5 %) осіб (з них: 2 (12,5 %) жінок та 2 (12,5 %) чоловіків). Замасковану депресію та яскраво виражену депресію у осіб, які приймали участь у дослідженні не виявлено. Необхідно зазначити, що рівень депресивних станів ВІЛ-інфікованих жінок та чоловіків немає гендерних відмінностей.

За результатами дослідження за симптоматичним опитувальником SCL-90-R виявлено такі рівні симптомокомплексів ВІЛ-інфікованих осіб:

1) симптоми соматизації: не виражені – у 17 (53,1 %) осіб (з них: 12 (75,0 %) та 5 (31,2 %) чоловіків), майже не виражені – у 15 (46,9 %) осіб (з них: 4 (25,0%) жінок та 11 (68,8 %) чоловіків), що означає, що в досліджуваній групі майже відсутні симптоми дистресу, який виникає з відчуття тілесної дисфункції. Чоловіки, більше ніж жінки, скаржаться на наявність хвороби, головний біль, інші види болю і дискомфорт загальної мускулатури. Всі ці симптоми і ознаки можуть вказувати на наявність розладів, хоча вони можуть бути і проявом реальних соматичних захворювань. Слабко, помірно та яскраво виражених рівнів соматизації в досліджуваній групі не виявлено, що характеризується позитивно;

2) симптоми нав'язливості (обсесивності-компульсивності): не виражені – у 21 (65,6 %) осіб (з них: 13 (81,3 %) та 8 (50,0 %) чоловіків), майже не виражені – у 11 (34,4 %) осіб (з них: 3 (18,7,0%) жінок та 8 (50,0 %) чоловіків), що означає, що в досліджуваній групі майже відсутні (у жінок більше, ніж у чоловіків) думки, імпульси та дії, які переживаються індивідом як безперервні, нездоланні і чужі власному „Я”. Слабко, помірно та яскраво виражених рівнів нав'язливості в досліджуваній групі не виявлено, що характеризується позитивно;

3) симптоми сенситивності (міжособистісної сензитивності): не виражені – у 22 (68,8 %) осіб (з них: 12 (75,0 %) та 10 (62,5 %) чоловіків), майже не виражені – у 10 (31,2 %) осіб (з них: 4 (25,0 %) жінок та 6 (37,5 %) чоловіків), що означає, що в досліджуваній групі майже відсутні (у жінок більше, ніж у чоловіків) почуття особистісної неадекватності і неповноцінності, особливо коли людина порівнює себе з іншими; самоосуд, почуття неспокою і помітний дискомфорт в процесі міжособистісної взаємодії. Слабко, помірно та яскраво виражених рівнів сензитивності в досліджуваній групі не виявлено, що характеризується позитивно;

4) симптоми депресії: не виражені – у 12 (37,5 %) осіб (з них: 8 (50,0 %) та 4 (25,0 %) чоловіків), майже не виражені – у 16 (50,0 %) осіб (з них: 8 (50,0 %) жінок та 8 (50,0 %) чоловіків), слабко виражені – у 4 (12,5 %) осіб (з них: 4 (25,0 %) чоловіків), що означає, що в досліджуваній групі майже відсутні (у жінок більше, ніж у чоловіків) та слабко виражені (у чоловіків більше, ніж у жінок) виявлено симптоми дисфорії й афекту, такі як: ознаки відсутності інтересу до життя, брак мотивації і втрати життєвої енергії, почуття безнадійності, думки про суїцид та інші когнітивні і соматичні кореляти депресії. Помірно та яскраво виражених рівнів депресії в досліджуваній групі не виявлено, що характеризується позитивно;

5) симптоми тривожності: не виражені – у 16 (50,0 %) осіб (з них: 9 (56,3 %) та 7 (43,7 %) чоловіків), майже не виражені – у 16 (50,0 %) осіб (з них: 7 (43,7 %) жінок та 9 (56,3 %) чоловіків), що означає, що в досліджуваній групі майже відсутні (у жінок більше, ніж у чоловіків) такі загальні ознаки тривожності як: нервозність, напруга і тремтіння, а також напади паніки і відчуття насильства, а також когнітивні компоненти тривожності, що включають почуття небезпеки, побоювання і страху і деякі соматичні кореляти тривожності. Слабко, помірно та яскраво виражених рівнів тривожності в досліджуваній групі не виявлено, що характеризується позитивно;

6) симптоми ворожості: не виражені – у 29 (90,6 %) осіб (з них: 16 (100,0 %) та 13 (81,3 %) чоловіків), майже не виражені – у 3 (9,4 %) осіб (з них: 3 (18,7 %) чоловіків), що означає, що в досліджуваній групі майже відсутні (у жінок більше, ніж у чоловіків) такі загальні ознаки ворожості як: думки, почуття чи дії, які є проявами негативного афективного стану злості, агресія, дратівливість, гнів і обурення. Слабко, помірно та яскраво виражених рівнів ворожості в досліджуваній групі не виявлено, що характеризується позитивно;

7) симптоми фобії: не виражені – у 28 (87,5 %) осіб (з них: 16 (100,0 %) та 12 (75,0 %) чоловіків), майже не виражені – у 4 (12,5 %) осіб (з них: 4 (25,0 %) чоловіків), що означає, що в досліджуваній групі майже відсутні (у жінок більше, ніж у чоловіків) такі загальні ознаки фобійної тривожності, як: стійка реакція страху на певних людей, місця, об'єкти або ситуації, що характеризується як ірраціональна і неадекватна відносно до стимулу, що веде до уникаючої поведінки. Слабко, помірно та яскраво виражених рівнів фобійної тривожності в досліджуваній групі не виявлено, що характеризується позитивно;

8) симптоми паранояльності: не виражені – у 28 (87,5 %) осіб (з них: 14 (87,5 %) та 14 (87,5 %) чоловіків), майже не виражені – у 4 (12,5 %) осіб (з них: 2 (12,5 %) жінок та 2 (12,5 %) чоловіків), що означає, що в досліджуваній групі майже відсутні такі загальні ознаки паранояльних тенденцій, як: паранояльна поведінка (як вид порушень мислення). Слабко, помірно та яскраво виражених рівнів паранояльності в досліджуваній групі не виявлено, що характеризується позитивно;

9) симптоми психотизму: не виражені – у 19 (59,4 %) осіб (з них: 12 (75,0 %) та 7 (43,7 %) чоловіків), майже не виражені – у 13 (40,6 %) осіб (з них: 4 (25,0 %) жінок та 9 (56,3 %) чоловіків), що означає, що в досліджуваній групі майже відсутні (у жінок більше, ніж у чоловіків) такі загальні ознаки психотизму як: ізолюваність, шизоїдний стиль життя, галюцинації. Слабко, помірно та яскраво виражених рівнів психотизму в досліджуваній групі не виявлено, що характеризується позитивно.

Отже, за результатами проведеного дослідження особливостей психічних станів ВІЛ-інфікованих осіб виявлено швидше позитивну тенденцію їх проявів. Необхідно зазначити, що в досліджуваній групі доречно провести корекційні заходи, спрямовані на зниження тривожності, агресивності, ригідності, депресивних станів.

Список використаної літератури:

1. Гурвич И. Н. Тест нервно-психической адаптации / И. Н. Гурвич // Вестник гипнологии и психотерапии. – СПб., – № 3. – 1992. – С. 46–53.
2. Практическая психодиагностика. Методики и тесты : [учебное пособие] / Д. Я. Райгородский (редактор-составитель). – Самара : Издательский Дом „БАХРАХ-М”, 2008. – 672 с.
3. Симптоматический опросник [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://psylab.info>
4. Терлецька Л. Г. Психологія зрілості: практикум : [навчальний посібник] / Л. Г. Терлецька. – К. : Главник, 2006. – С. 37–39.
5. Тухтарова И. В. Исследование реактивной и личностной тревожности у больных с ВИЧ-инфекцией, уровень тревожности у больных ВИЧ [Электронный ресурс] / И. В. Тухтарова // Медицинская информационная сеть. – Режим доступа : http://www.medicinform.net/psycho/psych_spec35_4.htm.
6. Ученые : ВИЧ-инфекция становится менее опасной // Медицинская информационная сеть [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.medicinform.net/news/news36883.htm>.