

К.В. Юрко¹, І.В. Лантух², Н.Ф. Меркулова¹, А.С. Лєсна¹

ЗНАЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДЛЯ СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ХВОРИХ

¹Харківський національний медичний університет,
²Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна

Мета роботи – проаналізувати значення психологічної допомоги для соціальної адаптації ВІЛ-інфікованих хворих.

Матеріали і методи. Емпіричною базою дослідження став аналіз 30 медичних карт стаціонарних пацієнтів, госпіталізованих в інфекційне відділення № 3 Обласної клінічної інфекційної лікарні м. Харкова впродовж 2019 р. Більшість склали хворі працездатного віку, а саме 25 осіб (83,3 %), при цьому середній вік пацієнтів становив (28,5±5,5) років. Хворі під час дослідження були поділені на групи залежно від отримання психологічної допомоги, психоемоційних розладів, ознак соціальної дезадаптації.

Результати дослідження. Першу групу пацієнтів склали 10 (33,3 %) хворих, які відмовилися від психологічної допомоги. Другу групу, а саме 20 (66,7 %) пацієнтів, склали хворі, які одразу після встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції отримували психологічну допомогу та мали слабші розлади.

Під час дослідження використовувався набір методик: клініко-анамнестичний метод; для оцінки наявності у пацієнтів депресії застосовували шкалу її оцінки Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS); для визначення рівня тривожності у хворих використовували опитувальник тривожності Спілбергера-Ханіна; визначали прихильність пацієнтів до лікування за шкалою оцінки комплаєнтності Мориски-Грін.

Висновки. Питання адаптації ВІЛ-інфікованих пацієнтів у суспільстві є значною проблемою, що обумовлюється низьким рівнем обізнаності про ВІЛ-інфекцію, шляхи її передачі. Отримані результати свідчать про необхідність психологічної допомоги ВІЛ-інфікованим на кожному етапі, як в момент оголошення діагнозу (запобігання розвитку депресії, суїцидальних намірів), так і під час медикаментозного лікування (дебрифінг методики, створення груп підтримки «рівний – рівному»), завдяки чому прискорюється соціальна адаптація хворих та ефективність медикаментозного лікування.

Ключові слова: СНІД, соціальна адаптація, дебрифінг, комплаєнтність, психологічна допомога.

Вірус імунодефіциту людини (ВІЛ) є однією із значущих проблем медицини у світі. Він впродовж майже сорока років має катастрофічні наслідки впливу на організм інфікованих осіб, так і на соціальний стан хворого [1].

З початку епідемії на ВІЛ-інфекцію, а саме з 1981 р., у світі захворіли понад 78 млн людей, тобто 2 млн щорічно, та померло близько 39 млн хворих [2]. Станом на 2019 р. загальна кількість хворих на ВІЛ-інфекцію у світі становить понад 38 млн, з них 36,2 млн дорослого населення та 1,8 млн дітей віком від 0 до 14 років [3].

Щодо України, то на теперішній час у ній налічується понад 250 тис. ВІЛ-інфікованих осіб. Епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції залишається напруженою – продовжується поширення ВІЛ серед населення, зростає кумулятивна кількість ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД. За даними Центру громадського здоров'я, станом на серпень 2020 р. в Україні було зареєстровано 1 331 нових випадків ВІЛ-інфекцій, у 346 пацієнтів діагностували четверту стадію синдрому набутого імунодефіциту людини (СНІД) та зафіксовано 191 летальний випадок.

ВІЛ-ретровірус, з роду лентівіруси, який вражає та поступово знищує клітини імунної системи людини, призводить до розвитку тяжкої імуносупресії. Є два різновиди вірусу – ВІЛ-1 та ВІЛ-2, які відрізняються антигенною структурою. Якщо ВІЛ-1 розповсюджений по всьому світу, то ВІЛ-2, що вважається більш «помірним», виявляється тільки на території Західної Африки [4].

Групу ризику захворюваності на ВІЛ-інфекцію становлять особи, які мають залежність від ін'єкційних наркотичних речовин (56 %); безладні статеві контакти (22 %), в умовах пенітенціарної системи (7 %), в анамнезі гемотрансфузії (9 %), наявність пірсингу або татуювань (6 %). Також до групи ризику захворюваності на ВІЛ-інфекцію відносять медичних працівників хірургічної та стоматологічної спеціальності, які мають прямий

контакт із кров'ю пацієнтів. Найбільш розповсюдженими клінічними проявами у ВІЛ-інфікованих хворих є хронічна діарея – 85 %; гарячка постійного характеру, впродовж місяця – 66,2 %; втрата маси тіла більше 10 % за півроку – 95 %; кандидоз ротової порожнини або езофагеальний кандидоз – 70 %; лімфаденопатія – 91,5 % [5].

Мета дослідження – проаналізувати значення психологічної допомоги для соціальної адаптації ВІЛ-інфікованих хворих.

Матеріали і методи

Емпіричною базою дослідження став аналіз 30 медичних карт стаціонарних пацієнтів, госпіталізованих в інфекційне відділення № 3 Обласної клінічної інфекційної лікарні м. Харкова впродовж 2019 р. Більшість склали хворі працездатного віку, а саме 25 осіб (83,3 %), при цьому середній вік пацієнтів становив $(28,5 \pm 5,5)$ років.

Більшість хворих за сімейним станом були неодружені – 43,3 % або розлучені – 26,6 %. За гендерним складом переважали чоловіки – 18 (60 %), а жінок було лише 12 (40 %).

3 (10 %) пацієнти мали залежність від наркотичних речовин, 9 (30 %) зловживали спиртними напоями та 18 (60 %) заперечували наявність будь-якої шкідливої звички. Більшість хворих віднесена до малозабезпечених груп населення 18 (60 %).

Під час дослідження використовувався набір методик: клініко-анамнестичний метод; для оцінки наявності у пацієнтів депресії застосовували шкалу її оцінки Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS); для визначення рівня тривожності у хворих використовували опитувальник тривожності Спілбергера-Ханіна; визначали прихильність пацієнтів до лікування за шкалою оцінки комплаєнтності Мориски-Грін.

Хворі під час дослідження були поділені на групи залежно від отримання психологічної допомоги, психоемоційних розладів, ознак соціальної дезадаптації.

Результати досліджень та їх обговорення

Першу групу пацієнтів становили 10 (33,3 %) хворих, які відмовилися від психологічної допомоги. Вони мали психоемоційні розлади та ознаки соціальної дезадаптації, а саме: відмову у спілкуванні – 3 (30 %); реакцію «заперечування діагнозу» – 10 (100 %), дратливість – 3 (30 %), ознаки депресії – 5 (50 %), підвищену агресивність – 2 (20 %), звільнилися з роботи одразу після встановлення діагнозу – 4 (40 %), розрив дружніх стосунків із колегами, родичами після встановлення діагнозу – 7 (70 %).

Другу групу, а саме 20 (66,7 %) пацієнтів, склали хворі, які одразу після встановлення діагнозу ВІЛ-

інфекції отримували психологічну допомогу та мали слабші розлади: приховування відомості про стан свого здоров'я – 3 (15 %), ознаки депресії – 2 (10 %), відмову у спілкуванні – 1 (5 %). Під час дебрифінгу хворі другої групи активніше цікавилися пошуком шляхів вирішення як складних побутових моментів, так і проблем, пов'язаних з втратою здоров'я.

Під час оцінки наявності депресії хворих за шкалою оцінки MADRS отримані наступні результати: у 6 пацієнтів першої групи мав місце великий депресивний епізод та у 4 – середній. У хворих другої групи ознаки депресії були лише у 4 хворих у вигляді середнього депресивного епізоду.

При дослідженні рівня тривожності за допомогою опитувальника Спілбергера-Ханіна пацієнти першої групи, а саме 6 хворих, отримали менше 45 балів, які відповідали помірному рівню тривожності та 4 – більше 45 балів, що становило високий рівень тривожності. Результати опитування пацієнтів другої групи показали, що майже всі хворі набрали менше 30 балів, а це відповідало низькому рівню тривожності.

При оцінюванні комплаєнтності хворих, за допомогою шкали Мориски-Грін, були отримані наступні результати: 6 хворих першої групи отримали 2 бали, що відповідало низькому рівню комплаєнтності, та у 4 хворих комплаєнтності не було протягом всього періоду спостереження.

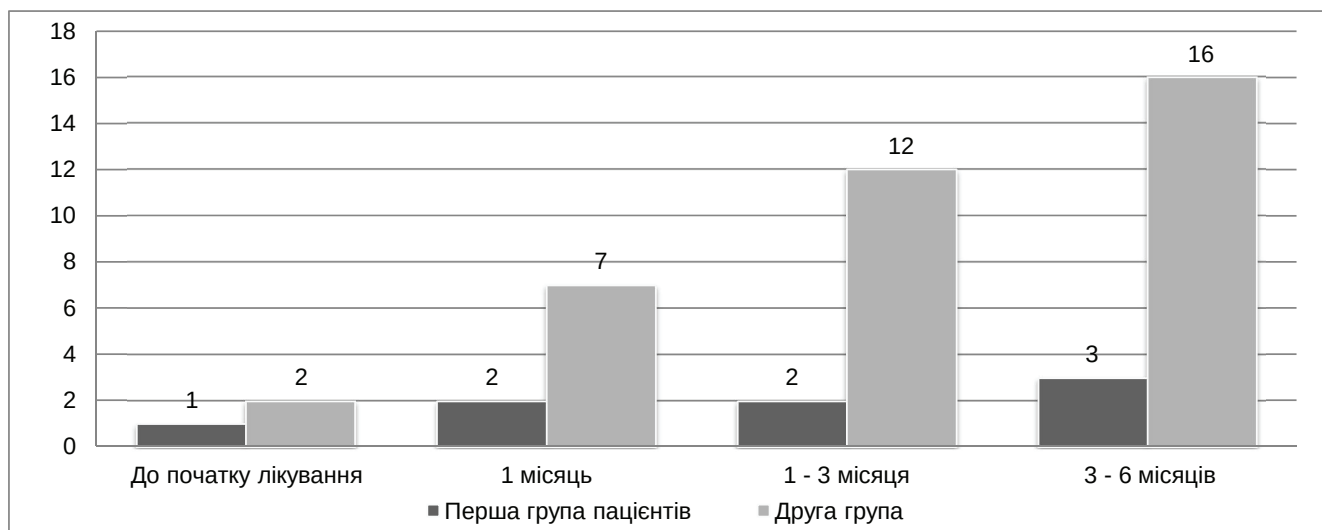
При оцінці комплаєнтності хворих другої групи після дебрифінгу, відвідування ВІЛ-центру, групової психологічної підтримки протягом від одного до трьох місяців комплаєнтність була оцінена як задовільна та становила 3 бали.

Після трьох місяців спостерігалася позитивна динаміка як у психологічному стані хворих, так і в соціальній адаптації (хворі були зацікавлені в пошуку шляхів вирішення складних побутових моментів і проблем, пов'язаних з втратою здоров'я).

У подальшому комплаєнтність хворих була максимальна та становила 4 бали (мал. 1).

Як свідчить дослідження і підтверджує практика сьогодення, реакцією на СНІД в масовій свідомості є «снідофобія». Вона обумовлена тим, що летальність при СНІДі вища, ніж при холері та чорній віспі. Це не випадково, бо неминучою реакцією у суспільстві на термін «СНІД» є «тваринний» жах перед тяжкими стражданнями, вмиранням, смертю, безсиллям медицини. І це на фоні того, що лікування хворих, пов'язаних із СНІДом, ефективне лише частково.

Прогноз для таких хворих невтішний – смерть упродовж 2 років. Цей суб'єктивний жах, який багаторазово підсилюється наростаючим жахом перед СНІДом, накладається на негативне ставлення суспільства до всіх



Мал. 1. Оцінка комплаєнтності хворих на ВІЛ-інфекцію.

ВІЛ-інфікованих, яких за інерцією відносять до так званих маргінальних груп. У цій ситуації діагноз психічного захворювання нерідко стигматизує людину (вилучення особистості з широкого соціального визнання), тому у хворих на СНІД панує свідомість невиліковності, приреченості на смерть, а це посилюється емоційною ізоляцією, ворожим ставленням до них з боку суспільства. В таких умовах можуть провокуватися в інфікованого або хворого негативні відчуття, а саме відчуття помсти, яке здатне перетворити його у свідомого розповсюджувача збудника, у людину, де помста домінує над здоровим глуздом. Така ситуація вимагає з боку медичних працівників дотримуватися збереження лікарської таємниці щодо ВІЛ-інфікованих. Це призводить до того, що людська спільнота перебуває в ситуації «еквілібриуму», де, з одного боку, вона стикається із клінічною реальністю та міфами, що пов'язані з цією хворобою, а з другого – із заборонами на будь-яку дискримінацію (обмеження прав і обов'язків) хворих на СНІД, що декларується нормою міжнародного права. Все це в сукупності негативно впливає на епідемічну ситуацію та на темпи поширення інфекції.

Дослідження свідчать, що ВІЛ-інфекція як прямо, так і опосередковано провокує розвиток психічних відхилень, що є наслідком реагування на хворобу; необхідність дотримуватися тривалого лікування, що пролонгує захворювання, розвиток органічних уражень головного мозку. Аксиомою є те, що психічні захворювання у ВІЛ-інфікованих проявляються набагато частіше, ніж серед населення у цілому. При цьому серед психічних порушень при ВІЛ-інфікуванні виділяють розлади, які безпосередньо пов'язані з реакцією особистості на факт захворювання на ВІЛ/СНІД [6].

Тяжкою психологічною травмою є інфікування хворого ВІЛом. Це вважають багато дослідників і вони мають на таке усі підстави, адже цей феномен супроводжується, у першу чергу, страхом стигматизації і подальшої дискримінації, що призводить до дезадаптації, а це, своєю чергою, може супроводжуватись девіантною поведінкою. Ряд вчених вважає, що ці стигми є значною перешкодою для боротьби з поширенням захворювання. Сутність цих стигм, які виокремлено в Україні, – це соціальна ізоляція; обмеження у правах і доступі до допомоги; вторинні стигми (стигматизація оточуючих). У свою чергу, це призводить до розладів адаптації та проявляється у вигляді: афективних (депресивний синдром; маніакальний синдром); невротичних (конверсійні розлади; іпохондричний синдром; сенестопатичний синдром; астеноневротичний синдром; тривожні розлади).

Для ВІЛ-інфікованих притаманна і самостигматизація. Для неї характерне відчуття власної гідності окремої особистості. Тому дискримінація та стигматизація ВІЛ-інфікованих чинять сильний психологічний вплив на самосвідомість, викликаючи в особистості депресію, а це призводить до девальвації власної гідності, заниженої самооцінки і, звичайно, відчаю. Наслідком цього є психічний стан людини, коли їй притаманне відчуття власної провини; занижена самооцінка, сором; звинувачення інших, відчуття необхідності покарання; бажання вчинити самогубство. Для ВІЛ-інфікованих характерний і такий психологічний стан, як саморуйнування. Були проведені наукові роботи, що підтвердили мультифакторну природу антивітальних тенденцій у поведінці ВІЛ-інфікованих, указуючи на те, що не тільки депресія є важливим фактором, що веде

до суїцидальної поведінки, але й порушення сну (а саме термінальна інсомнія); ступінь особистісної ворожнечі (негативні відчуття і негативні оцінки людей і подій); тривожні розлади [7].

У цих складних умовах суспільство повинно створити систему громадської солідарності, що має гуманістичний характер. Вона повинна полягати в наступному:

1) солідарність здорових людей, яка виключає презирливо-дискримінаційне відношення до ВІЛ-інфікованих; навпаки, цим групам слід надавати всіляку допомогу. Мова йде не тільки про кошти, але і про інтенсивне медичне дослідження, про освіту та моральну й психологічну підтримку уражених, про самокритичне ставлення до власної сексуальної моралі;

2) солідарність потенційно інфікованих, які не можуть виключати для себе можливість захворіти на СНІД. Вони повинні добровільно пройти тест на СНІД, тим самим внести прозорість у власні життєві плани;

3) солідарність інфікованих, що передбачає їх відповідальні дії, перш за все, у сексуальній поведінці, що виключає можливість передачі хвороби (в тому числі шляхом використання голки для ін'єкцій, донорства тощо);

4) хворим пропонується не лише солідарність, але й співчуття та морально-психологічна підтримка.

Вимога солідарності – моральна вимога. Вона не завжди супроводжується відповідними діями. Це стосується політики на державному рівні. Політика – це практичні дії, мета яких – благо певних груп людей. У випадку із СНІДом ця мета – захист здорових людей та допомога інфікованим і хворим. Для цього необхідно вдаватися до низки організаційно-психологічних заходів, враховуючи те, що СНІД – епідемія пандемічного масштабу, а ліків проти нього ще не знайдено. До цих заходів належить:

– просвіта з приводу СНІДу без моралізаторства та презирства до інфікованих;

– застосування легко доступного анонімного тестування;

– тестування усіх груп ризику і, за можливості, усього населення;

– у випадку позитивної реакції на СНІД – заборона, що має форму державної постанови, на певні види поведінки (наприклад, наркоманію);

– у випадку її порушення або при свідомій передачі вірусу – покарання у вигляді ізоляції;

– тестування на СНІД осіб, які приїждять на роботу з інших країн.

Проте слід пам'ятати, що немає і не може бути таких законодавчих заходів, які б захищали від СНІДу на 100 %.

Лікування хворих на ВІЛ/СНІД залишається складною медико-психологічною проблемою. Кваліфікована психологічна допомога потрібна на кожному етапі:

1) в момент оголошення діагнозу (запобігання розвитку депресії, суїцидних намірів);

2) спонукання до активного медикаментозного лікування;

3) психотерапевтична робота з ВІЛ-інфікованими споживачами наркотиків.

Дуже часто розкриття пацієнтами свого діагнозу веде до розриву відносин із родичами, друзями, з'являються проблеми у професійній сфері та при отриманні медичної допомоги. Пацієнти, яким діагноз встановили недавно, мають низькі показники нормальної реакції на діагноз та високі показники дезадаптації у суспільстві.

Висновки

Питання адаптації ВІЛ-інфікованих пацієнтів у суспільстві є значною проблемою, що обумовлюється низьким рівнем обізнаності про ВІЛ-інфекцію, шляхи її передачі. Хворі, яким діагноз встановили недавно, мають високі показники дезадаптації у суспільстві. Отримані у нашому дослідженні результати свідчать про необхідність психологічної допомоги ВІЛ-інфікованим на кожному етапі, як в момент оголошення діагнозу (запобігання розвитку депресії, суїцидних намірів), так і під час медикаментозного лікування (дебріфінг методики, створення груп підтримки «рівний – рівному»), завдяки чому прискорюється соціальна адаптація хворих та ефективність медикаментозного лікування.

Література

1. Quality of HIV care and mortality rates in HIV-infected patients / T. Philip, A. Kathleen, L. Kevin [et al.] // *Clinical Infectious Diseases*. – 2016. – Vol. 62, N 2. – P. 233-239.
2. Marcin R. Social support, stress coping strategies, resilience and posttraumatic growth in a Polish sample of HIV-infected individuals: results of a 1 year longitudinal study / R. Marcin, O. Włodzimierz, E. Firląg-Burkacka // *J. Behav. Med.* – 2017. – Vol. 40, N 6. – P. 942-954.
3. Development of an "Impact of HIV" Instrument for HIV Survivors / L. Buscher, M. Kallen, M. Suarez-Almazor [et al.] // *J. Assoc. Nurses AIDS Care*. – 2015. – Vol. 26, N 6. – P. 720-731.
4. Niu L. Cross-culture validation of the HIV/AIDS stress scale: The development of a revised Chinese version / L. Niu, Y. Qiu, D. Luo // *PLoS One*. – 2016. – Vol. 11, N 4. – P. 1-12.

References

1. Korthuis, P.T., McGinnis, K.A., Kraemer, K.L., Gordon, A.J., Skanderson, M., Justice, A. C., ... & Fiellin, D.A. (2016). Quality of HIV care and mortality rates in HIV-infected patients. *Clinical Infectious Diseases*, 62 (2), 233-239.
2. Rzeszutek, M., Oniszczenko, W., & Firląg-Burkacka, E. (2017). Social support, stress coping strategies, resilience and posttraumatic growth in a Polish sample of HIV-infected individuals: results of a 1 year longitudinal study. *Journal of Behavioral Medicine*, 40 (6), 942-954.
3. Buscher, A.L., Kallen, M.A., Suarez-Almazor, M.E., & Giordano, T.P. (2015). Development of an "Impact of HIV" Instrument for HIV Survivors. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 26 (6), 720-731.
4. Niu, L., Qiu, Y., Luo, D., Chen, X., Wang, M., Pakenham, K. I., ... & Xiao, S. (2016). Cross-culture validation of the HIV/AIDS stress

5. Nicastro E. Family group psychotherapy to support the disclosure of HIV status to children and adolescents / E. Nicastro, G.I. Continisio, C. Storace // *AIDS Patient Care STDS*. – 2015. – Vol. 27, N 6. – P. 363-369.
6. Webel A. The relationship between social roles and self-management behavior in women living with HIV/AIDS / A. Webel, P. Higgins // *Women's Health Issues*. – 2016. – Vol. 22, N 1. – P. 27-33.
7. Bengtson A. Depressive Symptoms and Engagement in Human Immunodeficiency Virus Care Following Antiretroviral Therapy Initiation / A. Bengtson, B. Pence, M. Mimiaga // *Clin. Infect. Dis.* – 2019. – Vol. 18, N 3. – P. 475-481.

scale: the development of a revised Chinese version. *PLoS One*, 11 (4), e0152990.

5. Nicastro, E., Continisio, G.I., Storace, C., Bruzzese, E., Mango, C., Liguoro, I., ... & Officioso, A. (2013). Family group psychotherapy to support the disclosure of HIV status to children and adolescents. *AIDS Patient Care and STDs*, 27 (6), 363-369.
6. Webel, A.R., & Higgins, P.A. (2012). The relationship between social roles and self-management behavior in women living with HIV/AIDS. *Women's Health Issues*, 22 (1), e27-e33.
7. Bengtson, A.M., Pence, B.W., Mimiaga, M.J., Gaynes, B.N., Moore, R., Christopoulos, K., ... & Mugavero, M. (2019). Depressive symptoms and engagement in human immunodeficiency virus care following antiretroviral therapy initiation. *Clinical Infectious Diseases*, 68 (3), 475-481.

THE IMPORTANCE OF PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE FOR SOCIAL ADAPTATION OF HIV-INFECTED PATIENTS

K.V. Yurko¹, I.V. Lantukh², N.F. Merkulova¹, A.S. Liesna¹

¹Kharkiv National Medical University,

²V.N. Karazin Kharkiv National University

SUMMARY. *Aim.* Analyze the importance of psychological care for the social adaptation of HIV-infected patients.

Materials and methods. The empirical basis of the study was the analysis of 30 medical records of inpatients hospitalized in the Infectious Department No. 3 of Regional Clinical Infectious Diseases Hospital in Kharkiv during 2019. The majority were patients of

working age, namely 25 people (83.3 %), with the average age of patients was (28.5±5.5) years. Patients during the study were divided into groups depending on the receipt of psychological assistance, psycho-emotional disorders, signs of social maladaptation.

Results of the research. Group 1 of patients consisted of 10 (33.3 %) patients who refused psychological care. Group 2, namely 20 (66.7 %) patients, consisted of patients who received psychological help immediately after the diagnosis of HIV infection and had less pronounced disorders.

A set of methods was used during the study: clinical and anamnestic method; the Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) was used to assess the presence of depression in patients; to determine the level of

anxiety in patients used the Spielberger-Khanin anxiety questionnaire; determined the adherence of patients to treatment on the scale of assessment of Morisco-Green compliance.

Conclusion. *The issue of adaptation of HIV-infected patients in society is a significant problem due to the low level of awareness about HIV infection, the ways of its transmission. The results indicate the need for psychological assistance to HIV-infected people at each stage, both at the time of diagnosis (prevention of depression, suicidal ideation) and during medical treatment (debriefing methods, creating support groups "peer to peer"), so accelerates the social adaptation of patients and the effectiveness of drug treatment.*

Key words: *AIDS; social adaptation; debriefing; compliance; psychological help.*

Відомості про авторів:

Юрко Катерина Володимирівна – д. мед. н., професорка, завідувачка кафедри інфекційних хвороб ХНМУ; e-mail: kateryna_2008@ukr.net

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-1226-5431>

Лантух Ігор Валерійович – д. псих. н., доцент кафедри гігієни та соціальної медицини Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна; e-mail: ihor.lantukh@karazin.ua

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-0891-2704>

Меркулова Ніна Федорівна – к. мед. н., доцентка кафедри інфекційних хвороб ХНМУ; e-mail: nfmerkulova@ukr.net
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-7009-7272>

Лесна Аліна Станіславівна – інтернка кафедри інфекційних хвороб ХНМУ; e-mail: lesnaalina@ukr.net
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-6045-1650>

Information about the authors:

Yurko K.V. – MD, Professor, Chief of the Department of Infectious Diseases of KhNMU; e-mail: kateryna_2008@ukr.net

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-1226-5431>

Lantukh I.V. – DSs (Psychology), Associate Professor of Hygiene and Social Medicine, V.N. Karazin Kharkiv National University, e-mail: ihor.lantukh@karazin.ua

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-0891-2704>

Merkulova N.F. – PhD, Associate Professor of the Department of Infectious Diseases of KhNMU; e-mail: nfmerkulova@ukr.net;

Liesna A.S. – intern of the Department of Infectious Diseases of KhNMU; e-mail: lesnaalina@ukr.net

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-6045-1650>

Конфлікт інтересів: немає.

Authors have no conflict of interest to declare.

Отримано 26.01.2021 р.