

АСПЕКТИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ КРИЗОВИХ СТАНІВ ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ПАЦІЄНТІВ

А. В. Парфеній

Кіровоградський медичний коледж імені Є. Й. Мухіна

У статті висвітлено методи і прийоми психологічної допомоги ВІЛ-інфікованим пацієнтам, які щойно дізналися про свій ВІЛ-статус. Етапи кризової підтримки ВІЛ-позитивних пацієнтів і кризового втручання.

PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF THE AID CRISIS STATE OF HIV-INFECTED PATIENTS

A. V. Parfeniy

Kirovograd Medical College by Ye. I. Mykhin

This article contains the methods and techniques of counseling HIV-infected patients who have just learned their HIV status. Stages of crisis support to HIV-positive patients and crisis intervention.

Вступ. «Тільки та людина воістину насолоджується життям, яка згодна і готова залишити його» – це слова Сенеки. Звучать красиво і несуть глибокий зміст. Дійсно, коли людина сповідує таку життєву філософію, вона живе вільно, розкуто, без страху. Але сформувати таку життєву позицію непросто. Особливо це важко зробити в перший період, коли стає відомо про позитивний ВІЛ-статус [1].

У ВІЛ-інфікованих і членів їх сімей виникає безліч проблем. Діагноз «ВІЛ-інфекція» з першого дня його встановлення супроводжується гострими переживаннями, як людини, що сама заразилася, так і його близьких. Емоційні переживання самі по собі є формою страждання і вимагають спеціальної допомоги [2].

Основна частина. ВІЛ-інфекція – це тривале захворювання, що має певні стадії. Впродовж великого періоду часу людина не відчуває фізичних недуг, але переносить важкі психологічні страждання. Тому психологічна допомога і підтримка є дуже важливими компонентами ведення ВІЛ-інфікованих.

На думку Б. В. Покровського, Т. Н. Ермак, В. В. Беляєвої і співавторів, упродовж всього за

© А. В. Парфеній, 2013

хворювання у ВІЛ-інфікованих можна виділити 3 періоди, які найбільш небезпечні відносно розвитку соціально-психологічної дезадаптації [3, 4]. Перший критичний період настає після встановлення факту інфікування; другий – пов'язаний з появою опортуністичних інфекцій після періоду задовільного самопочуття; третій – пов'язаний з переходом захворювання в термінальну стадію.

У різні періоди перебігу ВІЛ-інфекції у пацієнтів можуть виникати психосоматичні розлади, що характеризуються значними скаргами на будь-які симптоми, які не підтверджуються при об'єктивному обстеженні. У ВІЛ-інфікованих можуть спостерігатися патологічні стани, зумовлені психологічними проблемами. Для усунення психосоматичних розладів дуже важливі психотерапевтичні дії: психологічне консультування, психокорекція та психотерапія (Б. Любан-Плоцца та співавт.).

Психотерапевтична допомога людям, які перебувають у кризовому стані, називається кризовою психотерапією. Кризова психотерапія використовується в роботі з ВІЛ-позитивними пацієнтами, які щойно дізналися про свій ВІЛ-статус.

Найбільш значущим чинником кризових станів, що визначає терапевтичну тактику кризової психо-

терапії, є суїцидальні тенденції (суїцидальні думки та суїцидальна поведінка). Суїцидальні тенденції можуть входити в структуру клінічних проявів кризових станів і бути своєрідною відповіддю на надмірні, суб'єктивно нестерпні страждання [5].

У структурі суїцидонебезпечних реакцій виділяють три компоненти: афективний, когнітивний і поведінковий.

Змістом афективного компонента ВІЛ-позитивних пацієнтів є, зокрема, переживання емоційної ізоляції безвиході. Найбільш частими модальностями афекту є реакції тривоги, депресії, туги, образи. У ряді випадків проявляється апатія, відчуття безсилля, прагнення до самотності [2–4].

Когнітивний компонент суїцидального кризового стану ВІЛ-інфікованих пацієнтів включає уявлення про власну непотрібність, неспроможність, безцільність і болісність подальшого життя, висновки про неможливість розв'язання кризи через відсутність часу або можливості.

Поведінковий компонент ВІЛ-позитивних пацієнтів, окрім власне суїцидальної поведінки, включає також і поведінкову, часто високу активність в спробах виходу з кризового стану, зокрема використання неадаптивних варіантів копінг-поведінки типу «втечі в алкоголізацію і наркотизацію», проявів агресивних і диссоціальних тенденцій.

До ВІЛ-позитивних пацієнтів застосовують різні методи і варіанти короткострокової кризової психотерапії.

Так, на етапі кризової підтримки при встановленні терапевтичного контакту з ВІЛ-позитивним пацієнтом застосовується прийом слухання, який є надзвичайно важливим у кризовій психотерапії у зв'язку з тим, що це фактично єдиний спосіб, що дозволяє при його правильному застосуванні значно дезактуалізувати травмуючі переживання в короткі терміни. Можна вважати, що кризова терапія неможлива без цього прийому і майстерність психолога або психотерапевта полягає в тому, щоб будь-якими способами «розговорити» пацієнта і створити умови для проговорення ним травмуючих переживань. При цьому психотерапевт терпляче і співчутливо вислуховує пацієнта, забезпечує емпатичну обстановку, сприяє його катарсичному відреагуванню. Необхідно не перебивати пацієнта (надзвичайно важливе правило). На цьому етапі роботи виключається конфронтація та інші активні елементи психотерапії. Слухання пацієнта – основний елемент розкриття суїцидонебезпечних переживань. Психотерапевтичні

завдання встановлення контакту і розкриття суїцидонебезпечних переживань вважаються реалізованими, коли, незважаючи на зусилля психотерапевта і застосування ним техніки класичної вербалізації та виборчої вербалізації (узагальнюючі вислови психотерапевта стосуються тільки травмуючої ситуації, інші ж теми ігноруються), пацієнт самостійно перестає говорити на травмуючу його тему і самостійно ж вибирає іншу тему для обговорення. За невербальними ознаками спостерігається зниження емоційного напруження і емоційної розрядки пацієнта при сфокусованому поверненні до теми травмуючих переживань. Завдання встановлення терапевтичного контакту і прийом слухання вимагають в деяких випадках 4–5 зустрічей [4, 5].

Далі реалізується терапевтичне завдання актуалізації адаптивних варіантів копінг-поведінки і особового захисту, що вимагають обов'язкової емоційної підтримки пацієнта. Реалізуючи це завдання, психотерапевт актуалізує антисуїцидальну мотивацію шляхом звернення пацієнта до минулих досягнень і майбутніх перспектив. Прояви особової неспроможності пацієнта не інтерпретуються і не аналізуються. Опір пацієнта ігнорується.

Етап кризової підтримки завершується укладанням терапевтичного контакту, основне завдання якого полягає в кризовій психотерапії – локалізації кризової ситуації і проблематики. В цілому завдання кризової підтримки вважаються виконаними, коли купіруються афективні розлади, що значно знижує актуальність суїцидальних тенденцій і дозволяє перейти до етапу кризового втручання.

Кризове втручання має на меті реконструкцію порушеної мікросоціальної сфери пацієнта і когнітивної перебудови його уявлень про причини і шляхи виходу з кризи. На цьому етапі застосовуються відомі технічні прийоми когнітивно-поведінкової психотерапії. Особливістю психотерапевтичної роботи є точне фокусування пацієнта на терапевтичних завданнях етапу та ігнорування його прагнення повернутися до обговорення симптоматики й інших незначущих проблем.

На етапі підвищення рівня адаптації застосовуються різні варіанти поведінкової психотерапії, проводиться індивідуальний поведінковий тренінг, який може бути реалізований через систему домашніх завдань пацієнту.

Висновки. При роботі з ВІЛ-позитивними пацієнтами, які щойно дізналися про свій ВІЛ-статус, використовується кризова психотерапія. На етапі

кризової підтримки при встановленні терапевтичного контакту з ВІЛ-позитивним пацієнтом застосовується прийом слухання, який дозволяє при його правильному застосуванні значно дезактуалізувати травмуючі переживання в короткі терміни. Далі реалізується психотерапевтичне завдання актуалізації адаптивних варіантів копінг-поведінки і особового захисту, шляхом звернення

пацієнта до минулих досягнень і майбутніх перспектив. Етап кризової підтримки завершується укладанням терапевтичного контакту, основне завдання якого полягає в кризовій психотерапії – локалізації кризової ситуації і проблематики. Кризове втручання має на меті перебудову уявлень ВІЛ-інфікованого пацієнта про причини і шляхи виходу з кризи.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ведмедь Е. М. Консультирование до и после теста на ВИЧ / Е. М. Ведмедь, Е. Е. Воронин, А. Г. Рахманова. – СПб. 2000. – 40 с.

2. Запорожан В. М. ВІЛ-інфекція і СНІД / В. М. Запорожан, М. Л. Аряев. – К. : Здоров'я, 2004. – 634 с.

3. Международный альянс по ВИЧ/СПИД / под ред. Е. Пурик. – К. : Фарм-арт., 2001. – 350 с.

4. Пурик О. П. Особливості психологічної допомоги при ВІЛ/СНІДі / О. П. Пурик // ВІЛ-інфекція: різноманітність аспектів. – 2000. – № 4. – С. 15–31.

5. Организация и методика консультирования людей, живущих с ВИЧ/СПИДом / З. А. Шабарова, Е. П. Пурик, Ю. В. Кобыща [и др.] // ВИЧ-инфекция: многообразие аспектов. – 2000. – № 5. – С. 2–14.