

УДК 616.98-097-022-159.9-058.57

ТИП ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, КАК ПРЕДИКТОР ИХ ЛИЧНОСТНОГО РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА

О.А.Чернявская, Е.А.Иоанниди

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия

ATTITUDE TOWARDS DISEASE IN HIV-INFECTED PATIENTS AS A PREDICTOR OF PATIENT POTENTIAL FOR REHABILITATION

O.A.Chernyavskaya, Ye.A.Ioannidi

Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia

© О.А.Чернявская, Е.А.Иоанниди, 2015 г.

ВИЧ-инфекция — заболевание, приводящее к выраженным психосоциальным последствиям, проявляющимся, в том числе, на индивидуальном уровне, для эффективной борьбы с которыми требуется проведение комплексных реабилитационных мероприятий, спланированных с учетом наиболее значимых факторов, влияющих на реабилитационный потенциал пациента. С целью оценки типа отношения к болезни людей, живущих с ВИЧ, как предиктора их личностного реабилитационного потенциала, изучены данные индивидуального анонимного анкетирования 67 ВИЧ-инфицированных пациентов (различного возраста и на разных стадиях заболевания) из числа жителей г. Волгограда и Волгоградской области. Исследование проведено в 2013–2014 гг. Использован опросник «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ), разработанный в Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М.Бехтерева. Выявлены основные типы отношения к болезни у людей, живущих с ВИЧ, демонстрирующие наличие более чем у половины из них выраженных нарушений психологической и социальной адаптации. Дана оценка типа отношения к болезни как предиктора личностного реабилитационного потенциала ВИЧ-инфицированных пациентов. Рекомендовано использовать проведение тестирования на определение типа отношения к болезни, в частности с использованием опросника ТОБОЛ, для определения реабилитационного потенциала людей, живущих с ВИЧ, и реабилитационного прогноза. Обоснована целесообразность создания индивидуальных программ комплексной реабилитации для всех ВИЧ-инфицированных пациентов с применением дифференцированного подхода, учитывающего имеющиеся нарушения психосоциальной адаптации.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, медицинская реабилитация, личностный реабилитационный потенциал, тип отношения к болезни, опросник ТОБОЛ.

HIV-infection affects psychosocial aspects of the lives of patients infected with HIV. Comprehensive rehabilitation programs designed to fit the most important factors affecting patient potential for rehabilitation is needed to cope with these psychosocial problems. In order to assess the attitude towards HIV as a predictor of HIV-infected patient potential for rehabilitation, we studied the findings from the anonymous interviewing with 67 HIV-infected patients (of different age ranges and at the different stages of the disease) living in Volgograd and the Volgograd region. The research was conducted in 2013–2014. We used «Attitude Towards Disease Questionnaire» developed by the St. Petersburg Bekhterev Research Psychoneurology Institute to identify the main types of attitude towards HIV in HIV-infected patients. The results demonstrate that more than half of HIV-infected patients have problems with psychological and social adaptation. We also assessed the type of attitude towards disease as a predictor of patient potential for rehabilitation. We recommend using «Attitude Towards Disease Questionnaire» to measure HIV-infected patient potential for rehabilitation and rehabilitation therapy prognosis. We justify the development and implementation of patient-tailored comprehensive rehabilitation programs for all HIV-infected patients using a differentiated psychosocial treatment approach.

Key words: HIV-infection, medical rehabilitation, patient potential for rehabilitation, type of attitude towards disease, Attitude Towards Disease Questionnaire.

Введение. ВИЧ-инфекция — длительно текущее заболевание с неблагоприятным прогнозом, представляющее прямую угрозу жизни. Несмотря

на то, что в течение длительного периода после инфицирования самочувствие и социальная, биологическая активность зараженных людей остается

обычной, присутствие возбудителя вызывает в организме человека активный патологический процесс, истощающий его защитные механизмы. Это заболевание приводит к значительным психосоциальным последствиям, которые обязательно необходимо учитывать при организации помощи данной категории пациентов. Указанные последствия проявляются на четырех уровнях: отдельного человека, семьи, общества, людей, занятых предоставлением помощи людям, живущим с ВИЧ. На индивидуальном уровне характерны: изменения физического состояния заболевшего, личностные изменения (человек по-другому оценивает свои возможности и место среди людей, меняются его самоуважение, уверенность в себе, образ себя и отношение к себе), изменение социального положения заболевшего (происходит обесценивание личности, ущемление прав, снижение социального статуса). Что особенно выражено, если человек относится к уязвимым группам, например, является наркопотребителем. Все это обуславливает необходимость применения при оказании помощи человеку, живущему с ВИЧ, социально-психологических способов и методов, основанных на междисциплинарном подходе, обуславливающих возможность адаптации его к условиям жизни [1–3]. Иными словами, необходимо проведение комплексных реабилитационных мероприятий (хотя данная терминология, по нашему наблюдению, не является широко употребляемой в отношении междисциплинарного ведения случая ВИЧ-инфекции).

Единого подхода к понятию «медицинская реабилитация» нет. Чаще всего она рассматривается как этап оказания медицинской помощи — восстановительного лечения. Но в последние годы появилась трактовка реабилитации как динамической системы взаимосвязанных медицинских, психологических и социальных компонентов (в виде тех или иных воздействий и мероприятий), направленных не только на восстановление и сохранение здоровья, но и на возможно более полное восстановление (сохранение) личности и социального статуса больного или инвалида [4, 5].

Организация медицинской реабилитации осуществляется в соответствии с индивидуальной программой реабилитации пациента, которая должна учитывать его реабилитационный потенциал, в том числе личностный реабилитационный потенциал [5]. Реабилитационный потенциал — это биологические и социально-психологические возможности индивида компенсировать ограничения жизнедеятельности,

сформировавшиеся вследствие болезни или дефекта. Личностный реабилитационный потенциал — система личностных характеристик реабилитанта, позволяющих ему активно и эффективно участвовать в процессе комплексной реабилитации, а также адаптироваться к изменяющимся условиям среды. Понятие «личностный реабилитационный потенциал» входит в структуру психологического реабилитационного потенциала и включает тип отношения к болезни, локус контроля, уровень самооценки [6]. Таким образом, тип отношения к болезни, наряду с уровнем нервно-психического состояния, уровнем самооценки, притязаний, реактивной и личностной тревожности, локус контроля, состоянием взаимоотношений с социальным окружением и удовлетворенностью профессиональной деятельностью, относится к важнейшим компонентам психологического реабилитационного потенциала [7].

Отношение к болезни является индивидуальным, избирательным, сознательным, тем не менее, выделяют несколько основных типов, которые можно определить с помощью тестов. В частности, можно использовать опросник «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ), разработанный в Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М.Бехтерева. Методика ТОБОЛ позволяет диагностировать 12 основных типов отношения к болезни, которые можно разделить на 3 блока. Первый блок включает в себя гармонический, эргопатический и анозогностический типы, при которых, как указывают авторы методики, психическая и социальная адаптация существенно не нарушается; второй: тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатический типы, для которых характерна интрапсихическая направленность личностного реагирования на болезнь, обуславливающая нарушение социальной адаптации больных с этими типами реагирования; третий: сенситивный, эгоцентрический, дисфорический и паранойяльный типы, для которых характерна интерпсихическая направленность личностного реагирования на болезнь, также обуславливающая нарушение социальной адаптации больных [8]. Ранее мы использовали опросник ТОБОЛ при изучении факторов, влияющих на приверженность ВИЧ-инфицированных пациентов к лечению [9]. Успешность оценки психологических особенностей данной категории больных с помощью указанного инструмента дала нам основание применить его и в настоящем исследовании.

Цель исследования. Дать оценку типа отношения к болезни людей, живущих с ВИЧ, как предиктора их личностного реабилитационного потенциала.

Материалы и методы исследования. В 2013–2014 гг. нами проведено очное индивидуальное анонимное анкетирование ВИЧ-инфицированных пациентов Волгоградской областной клинической инфекционной больницы № 1 и Волгоградского областного Центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями с использованием опросника ТОВОЛ. В соответствии с рекомендациями разработчиков этой методики определялся один из 12 типов отношения к болезни. В зависимости от полученных результатов выделялись три подгруппы пациентов: 1-я подгруппа — с «чистыми» типами (если доминировал какой-то один из них), 2-я подгруппа — «смешанный» (если преобладали 2–3 различных типа), 3-я подгруппа — «диффузный» (если определялись одновременно более трех типов). «Чистые» типы распределялись на три блока (принцип деления указан выше).

Всего опрошено 67 человек с различными стадиями ВИЧ-инфекции в возрасте от 21 до 48 лет, средний возраст составил 33,23 года (95% доверительный интервал (ДИ) от 33,07 до 33,39). Длительность ВИЧ-инфекции с момента выявления на момент опроса составляла в среднем 7,91 лет (95% ДИ от 7,78 до 8,05). Женщин среди респондентов было 33, мужчин — 34. Социальный статус респондентов: 25 (37%) — работающие, 42 (63%) — неработающие граждане.

Анализ качественных показателей производился с помощью номинативных шкал. Подсчитывались частоты встречаемости тех или иных типов отношения к болезни в группе всех респондентов и в трех подгруппах: с «чистыми», смешанным и диффузным типами. Для представления результатов подсчитывались относительные величины частот в процентах. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы «Microsoft Excel 7.0».

Результаты и их обсуждение. Согласно полученным данным «чистые» типы отношения к болезни отмечены у 39 респондентов (58%) (1-я подгруппа), смешанный тип имел место у 21 человека (31%) (2-я подгруппа), диффузный — у 7 (11%) (3-я подгруппа).

При анализе результатов в первой подгруппе установлено, что у 27 человек (69%) имел место тип отношения к болезни, принадлежащий к первому блоку, у 8 (21%) — ко второму, у 4 человек (10%) — к третьему.

Гармонический тип (реалистичный, взвешенный), для которого характерна, как указывают разработчики теста ТОВОЛ, оценка своего состояния без склонности преувеличивать или недооценивать его тяжесть, стремление во всем содействовать успеху лечения, облегчить близким тяготы ухода за собой, отмечен нами лишь у 5% респондентов с «чистыми» типами реагирования на болезнь. Самым часто встречающимся в этой подгруппе был эргопатический (стенический) тип (41%). Он характеризуется «уходом от болезни в работу». Для людей этого типа характерно сверхответственное, подчас одержимое отношение к трудовой деятельности, избирательное отношение к обследованию и лечению, обусловленное стремлением, несмотря на тяжесть заболевания, продолжать работу. Значительная часть опрошенных лиц первой подгруппы (23%) относились к анозогнозическому (эйфорическому) типу. Для него характерно активное отбрасывание мысли о болезни, о возможных ее последствиях, вплоть до отрицания очевидного, поэтому нередко люди этого типа отказываются от обследования и лечения. При этом типе наблюдается необоснованно повышенное настроение, пренебрежительное, легкомысленное отношение к болезни и лечению, легкость нарушения режима и врачебных рекомендаций, что может повлиять на результаты реабилитационных мероприятий и ухудшить реабилитационный прогноз.

У респондентов с типом отношения к болезни, относящимся ко второму блоку, чаще всего встречался неврастенический тип (10%). Для него характерно поведение «раздражительной слабости»: вспышки раздражения, особенно при болях, при неприятных ощущениях, при неудачах лечения. Людям этого типа свойственна нетерпеливость в обследовании и лечении. У некоторых (10%) отмечен тревожный тип отношения к болезни, для которого свойственно непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения заболевания, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения, частая смена лечащего врача. К счастью, нечасто встречались такие типы как меланхолический (характерна сверхудрученность болезнью, неверие в возможное улучшение, в эффект лечения, активные депрессивные высказывания вплоть до суицидальных) и апатический типы (полное безразличие к своей судьбе, к исходу болезни, к результатам лечения).

У наших респондентов с типом реагирования, относящимся к третьему блоку, был отмечен толь-

ко сенситивный тип (10%). Ему свойственна чрезмерная ранимость, уязвимость, озабоченность возможными неблагоприятными впечатлениями, которые могут произвести на окружающих сведения о болезни, опасения, что окружающие станут жалеть, считать неполноценными, пренебрежительно или с опаской относиться и избегать общения. И хотя в «чистом» виде этот тип встречался относительно редко, он был самым частым компонентом (наряду с эргопатическим) у респондентов со смешанным типом реагирования на болезнь.

В целом, если рассмотреть частоту встречаемости того или иного «чистого» типа в группе всех респондентов, то в процентном выражении результаты таковы: эргопатический тип — 24%, анозогнозический — 13%, неврастенический и сенситивный — по 6%, гармонический и тревожный — по 3%, меланхолический и апатический — по 1,5%.

Во второй подгруппе респондентов у 9 больных из 21 (43%) как компонент смешанного типа преобладал один из типов первого блока: эргопатический (8 человек) и анозогнозический (1 человек). Компоненты (как основные) из второго блока отмечены у 5 человек со смешанным типом реагирования (24%) (из них 3 человека имели меланхолический тип, по 1 — ипохондрический, тревожный), из третьего блока — у 7 человек (33%). Суммарно на 2-й и 3-й блок (как преобладающий компонент), для которых характерно наличие нарушений психической и социальной адаптации, пришлось 57% респондентов этой подгруппы.

У всех респондентов с диффузным типом отношения к болезни имелись компоненты из 2-го и 3-го блоков, что позволяет отнести их к числу пациентов, имеющих нарушения психической и социальной адаптации.

Заключение. Полученные результаты позволяют сделать вывод, что гармонический тип отношения к болезни, при котором психическая и социальная адаптация не нарушается, встречается лишь у небольшого числа людей, живущих с ВИЧ (по нашим данным — 3%).

У многих ВИЧ-инфицированных встречаются эргопатический (24%) и анозогнозический (13%) типы, при которых психическая и социальная адаптация нарушается несущественно. Кроме того, у части пациентов со смешанным типом (7% от общего числа респондентов) имеют место комбинации типов первого блока, т.е. с несущественными нарушениями адаптации. Но даже для этих

типов свойственны такие особенности, как избирательное отношение к обследованию и лечению, легкость нарушения режима и врачебных рекомендаций, которые снижают реабилитационный потенциал и могут повлиять на реабилитационный прогноз.

Более чем у половины (53%) опрошенных нами людей, живущих с ВИЧ, имеют место типы отношения к болезни, сопровождающиеся теми или иными значительными нарушениями психической и социальной адаптации, существенно влияющими на их личностный реабилитационный потенциал.

Тип отношения к болезни является важным предиктором реабилитационного потенциала ВИЧ-инфицированных пациентов, поэтому его определение, в частности, с помощью опросника «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ), разработанного в Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М.Бехтерева, считаем целесообразным использовать при оценке психосоциального статуса пациента как этапа междисциплинарного ведения случая ВИЧ-инфекции специалистами Центров по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями. Кроме того, его можно учитывать при определении реабилитационного прогноза.

Считаем необходимым создание индивидуальных программ комплексной реабилитации для всех пациентов с ВИЧ/СПИД, при их составлении необходим дифференцированный подход, учитывающий наиболее значимые факторы, влияющие на реабилитационный потенциал. Одним из таких факторов, по нашему мнению, следует считать тип отношения к болезни, в соответствии с которым нам представляется обоснованным выделение трех основных категорий пациентов: 1) без психосоциальных нарушений адаптации (соответствует гармоническому типу отношения к болезни), 2) с незначительными нарушениями психосоциальной адаптации (соответствует эргопатическому, анозогнозическому типам) и 3) с выраженными нарушениями психосоциальной адаптации (все остальные типы). Кратность консультирования психологом, специалистом по социальной работе и объем проводимых ими мероприятий по уменьшению явлений психосоциальной фрустрированности также должны определяться с учетом группы, к которой пациент отнесен в соответствии с имеющимися у него нарушениями адаптации.

ЛИТЕРАТУРА

1. ВИЧ-инфекция и СПИД: национальное руководство / Под ред. В.В.Покровского. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. — 608 с.
VICH-infekciya i SPID: nacional'noe rukovodstvo / Pod red. V.V.Pokrovskogo. — М.: GEOTAR Media, 2013. — 608 pp.
2. ВИЧ — медико-социальная помощь: Руководство для специалистов / Под ред. Н.А.Белякова. — СПб.: Балтийский медицинский образовательный центр, 2011. — 356 с.
VICH — mediko social'naya pomoshch': Rukovodstvo dlya specialistov / Pod red. N.A.Belyakova. — SPb.: Baltijskij medicinskij obrazovatel'nyj centr, 2011. — 356 pp.
3. Лиюзов Д.А., Николаенко С.Л., Жигалов А.А., Горчакова О.В., Сабадаш Н.В., Алексеева Е.А. Стигматизация у больных с ВИЧ-инфекцией и сопутствующей опишной наркоманией // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. — 2012. — Т. 4, № 3. — С. 52–56.
Liuzov D.A., Nikolaenko S.L., Zhigalov A.A., Gorchakova O.V., Sabadash N.V., Alekseeva E.A. Stigmatizaciya u bol'nyh s VICH infekciej i soputstvuyushchej opijnoj narkomaniej // VICH infekciya i immunosupressii. — 2012. — Vol. 4, No. 3. — P. 52–56.
4. Медицинская реабилитация: руководство для врачей / Под ред. В.А. Епифанова. — М.: МЕДпресс-информ, 2008. — 352 с.
Medicinskaya reabilitaciya: rukovodstvo dlya vrachej / Pod red. V.A. Epifanova. — М.: MEDpress inform, 2008. — 352 pp.
5. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 29 декабря 2012 г. № 1705н «О порядке организации медицинской реабилитации». — URL: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?base=LAW&n=143130&req=doc> (дата обращения: 10.03.15).
Prikaz Ministerstva zdoravoohraneniya RF ot 29 dekabrya 2012 g. № 1705n «O poryadke organizacii medicinskoj reabilitacii». — URL: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?base=LAW&n=143130&req=doc> (data obrashcheniya: 10.03.15).
6. Гудилина О.Н. Специфика личностного реабилитационного потенциала подростков с нарушениями статодинамической функции в связи со временем возникновения нарушения и степенью его тяжести // Психологическая наука и образование. — 2012. — № 4. — С. 60–70. — URL: <http://psyedu.ru/journal/2012/4/3146.phtml> (дата обращения: 10.03.15).
Gudilina O.N. Specifika lichnostnogo reabilitacionnogo potenciala podrostkov s narusheniyami statodinamicheskoy funkicii v svyazi so vremenem vozniknoveniya narusheniya i stepen'yu ego tyazhesti // Psihologicheskaya nauka i obrazovanie. — 2012. — No. 4. — P. 60–70. — URL: <http://psyedu.ru/journal/2012/4/3146.phtml> (data obrashcheniya: 10.03.15).
7. Порохина Ж.В., Шабалина Н.Б., Поварова Л.П. Оценка уровня психологического реабилитационного потенциала инвалидов и влияние на нее различных психологических факторов (на примере больных с ИБС) // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. — М.: Медицина, 2004. — № 2. — С. 25–27.
Porohina Zh.V., SHabalina N.B., Povarova L.P. Ocenka urovnya psihologicheskogo reabilitacionnogo potenciala invalidov i vliyanie na nee razlichnyh psihologicheskikh faktorov (na primere bol'nyh s IBS) // Mediko social'naya ekspertiza i reabilitaciya. — М.: Medicina, 2004. — No. 2. — P. 25–27.
8. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., Вукс А.Я. Психологическая диагностика отношения к болезни. Пособие для врачей. — СПб., 2005. — 32 с.
Vasserman L.I., Iovlev B.V., Karpova E.B., Vuks A.Ya. Psihologicheskaya diagnostika otnosheniya k bolezni. Posobie dlya vrachej. — SPb., 2005. — 32 pp.
9. Иоанниди Е.А., Недодаева Т.С. Клинико-эпидемиологические и психологические особенности больных с ВИЧ-инфекцией // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. — 2008. — № 4. — С. 48–51.
Ioannidi E.A., Nedodaeva T.S. Kliniko epidemiologicheskie i psihologicheskie osobennosti bol'nyh s VICH infekciej // Vestnik Volgogradskogo gosudarstvennogo medicinskogo universiteta. — 2008. — No. 4. — P. 48–51.

Статья поступила 08.05.2015 г.

Контактная информация: Чернявская Ольга Александровна, e-mail: chernyavolga@yandex.ru

Коллектив авторов:

Чернявская Ольга Александровна — к.м.н., доцент кафедры инфекционных болезней с эпидемиологией, тропической медициной Волгоградского государственного медицинского университета, 400131, г. Волгоград, пл. Павших Борцов, 1, (8442) 44-71-22, (8442) 97-50-66, e-mail: chernyavolga@yandex.ru;

Иоанниди Елена Александровна — д.м.н., профессор, заведующая кафедрой инфекционных болезней с эпидемиологией, тропической медициной Волгоградского государственного медицинского университета, 400131, Волгоград, пл. Павших Борцов, 1, (8442) 44-71-22, (8442) 97-50-66, e-mail: infdis1@rambler.ru.