

*Я. Я. Шерова-Игнатьева*

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И АКЦЕНТУАЦИИ ХАРАКТЕРА ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

Рассматриваются психологические особенности, характерные для ВИЧ-инфицированных мужчин, и наиболее представленные среди данной категории пациентов акцентуации характера. В результате проведенного исследования делается вывод о том, что можно выделить черты характера, типичные для людей, живущих с ВИЧ.

**Ключевые слова:** *ВИЧ-инфекция, психологическая помощь, акцентуации.*

В настоящее время почти во всех странах мира отмечается все более возрастающий интерес к проблеме ВИЧ (СПИДа), особенно в связи с культурным кризисом, вызванным аномальными социальными явлениями и последствиями ВИЧ-инфекции. Вместе с тем в психологической науке, несмотря на наличие интереса, практически отсутствуют исследовательские работы, посвященные вопросам психической сферы ВИЧ-инфицированных. Несомненно, в связи со страхом смерти, дистрессом и многими реальными и воображаемыми проблемами, с которыми сталкиваются ВИЧ-инфицированные в повседневной жизни, а также в связи с необходимой им психологической поддержкой важно изучать их индивидуально-психологические особенности. Встречаемые ВИЧ-инфицированными проблемы вызывают качественные изменения их жизнедеятельности, могут оказывать отрицательное влияние на здоровье, нарушать социально-психологическую адаптацию.

В связи с высокими темпами распространения ВИЧ на планете, а также с наличием и зачастую обострением у ВИЧ-инфицированных множества проблем психофизиологического, психологического и социального характера [1] можно заключить, что для успешного решения этой и других проблем очень ценно иметь обобщенные и многосторонние знания об индивидуально-психологических и психологических особенностях пациентов.

Характер обычно определяется как целостный и устойчивый индивидуальный склад душевной жизни человека, как цельная индивидуальность, как особый психический механизм, обеспечивающий устойчивость направленности реагирования человека на социально значимые ситуации и обстоятельства. В узком смысле слова характер определяется как совокупность устойчивых свойств индивида, в которых выражаются способы его поведения и способы эмоционального реагирования. При таком определении характера его свойства, так же как и свойства темперамента, могут быть отнесены к формально динамическим особенностям поведения человека.

Травмирующие психоэмоциональные факторы оказывают губительное влияние на состояние здо-

ровья пациента и на его способности адаптироваться к требованиям реальности и окружающей среды. Возможно также формирование симптоматики психосоматического характера [2]. Как правило, у лиц, живущих с ВИЧ (СПИДом) наблюдается особая картина сочетания психологических элементов, особенно отрицательного характера. С другой стороны, самочувствие и состояние здоровья пациента может служить объективной причиной переживания и проявления им определенных эмоций, чувств и психических состояний, в том числе негативного характера. Можно сделать заключение о том, что характерные для ВИЧ-инфицированных людей дисгармоничные и крайне негативные переживания, а также определенные психические состояния зачастую способны привести к психологической дезадаптации, к неадекватным способам реагирования и поведения (в том числе суицид) и могут быть обусловлены главным образом не ВИЧ-инфекцией самой по себе, а сложившейся у больного системой отношения к ВИЧ (СПИДу), к жизненной ситуации, в которую он непосредственно включен, к себе, к своей жизни, к другими людям, к прошлому, будущему, к своим возможностям, а также к действительности в целом.

Однако проблема заключается не только в отношениях, но и в самой личности, поскольку характер и качества сформировавшейся у пациента системы отношений обуславливают появление чувств дисгармоничного характера и прочих деструктивных явлений. Эта система отношений, в свою очередь, обусловлена оценочной позицией личности ВИЧ-инфицированного и сделанными им прогнозами. Также следует упомянуть, что функционирование системы психических защит в ситуации, связанной с угрозой жизни (заболевание с возможным летальным исходом), может принимать патологические формы и приводить к дезинтеграции поведения, нередко связанной с деформацией личности [3].

Уже давно известно о влиянии хронических соматических заболеваний на психику [4]. Большой вклад в исследование психических изменений у соматических больных внесли врачи и психиатры. Известно, что в зарубежной медицине в разработке

данной проблемы активное участие принимали и психологи, чьи методологические и теоретические позиции базировались главным образом на идеях психоанализа, экзистенциализма и других философских и общепсихологических концепций, популярных в западной психологии. В Советском Союзе развитие психопрофилактического и реабилитационного направлений в медицине делало все более актуальной задачу изучения психологической природы многих наблюдаемых и описываемых явлений, относящихся к изменениям психики у соматических больных. В 80-х гг. XX столетия стало очевидным, что научно обоснованное и эффективное ведение психопрофилактической и реабилитационной работы с больными возможно лишь с учетом знания внутренних психологических закономерностей изменений психики больных в условиях соматического заболевания, особенностей формирования тех или иных изменений психики. Опираясь на эту философию анализа, была проделана работа с целью получения данных о влиянии наличия ВИЧ-инфекции на психику ВИЧ-инфицированных, а точнее, на формирование их индивидуально-психологических особенностей.

Эмпирическое исследование данной работы направлено на выявление и описание психологических особенностей людей, живущих с ВИЧ-инфекцией.

На первом этапе проводилось определение выборки испытуемых, участвующих в психодиагностическом исследовании, проведение исследования методом интервью и заполнение тестов в соответствии с выбранной методикой, на втором этапе проводился анализ и интерпретация полученных результатов. Исследование проводилось индивидуально.

В соответствии с поставленными задачами исследования в качестве основной психодиагностической методики был выбран опросник Д. Олдхэма и Л. Морриса «Автопортрет личности» [5]. Выбор данной методики был обусловлен тем, что шкалы опросника позволяют не только выявить характерные черты личности, но и проследить их переход в патологическую степень. Таким образом, можно проследить влияние психотравмирующего фактора (получение диагноза «ВИЧ-инфекция») на формирование у респондента психического расстройства. Данная методика применяется с целью определения типа личности и вероятностных расстройств данного типа.

Все представленные результаты описаны согласно справочнику DSM-IV-TR.

Исследование проводилось в период с декабря 2010 г. по февраль 2011 г. включительно на базе городской инфекционной больницы имени С. П. Боткина, а также в НКО «Свеча» и МОО «Позитивный диалог» г. Санкт-Петербурга.

Всего в исследовании приняли участие 41 человек с диагнозом «ВИЧ-инфекция». Все обследованные – мужчины в возрасте от 24 до 59 лет. Средний возраст испытуемых 33 года. Продолжительность заболевания опрошенных составила от 1 до 22 лет, средняя продолжительность 7 лет. Возраст заражения: от 19 до 51 года.

В контрольную группу вошло такое же количество испытуемых соответствующего пола и возраста, не имеющих диагноза «ВИЧ».

Статистическая обработка данных проводилась с помощью программ SPSS 19, MS Excel. Протоколы были обработаны после того, как все испытуемые (41 человек) ответили на вопросы теста. Далее составленная матрица первичных данных была переведена в программу для статистической обработки данных SPSS 19.

Наиболее представленные типы акцентуации (в порядке уменьшения частоты):

– в исследуемой группе: навязчиво-принудительный, активность на грани срыва, пассивно-агрессивный;

– в контрольной группе: зависимый, параноидальный, самоуничтожение, навязчиво-принудительный, активность на грани срыва.

*Пассивно-агрессивный тип:* представленность в исследуемой группе – 61 %, в контрольной – 25 %. Значимость различия на уровне 0,01.

Личности с этим расстройством все время манипулируют. Их внутренний и внешний жизненный опыт ожесточил их, и они постоянно жалуются, чувствуют себя обманутыми, сетуют на несправедливость к ним окружающего мира. Однако зачастую они способны признать, что сами отказывают себе во многих возможностях [5].

Образец первазивно-негативных отношений и пассивного сопротивления к требованиям для адекватного выполнения, развивается в раннем взрослом возрасте и представлен в разнообразии контекстов, обозначенных ниже:

1. Пассивно сопротивляется выполнению обычных повседневных социальных и профессиональных задач.

2. Жалуются на то, что неправильно истолкован и не оценен другими.

3. Мрачен и противоречив.

4. Необоснованно критикует и презирает власть.

5. Выражает зависть и обиду на более удачливых.

6. Постоянно жалуются на фортуны.

7. Перепады от враждебного неповиновения к раскаянию [6, с. 791].

*Навязчиво-принудительный:* представленность в исследуемой группе – 73 %, в контрольной – 50 %. Значимость различия на уровне 0,05.

Первазивный образец озабоченности порядком,

совершенностью, умственным и внутренним контролем в ущерб гибкости, открытости, эффективности начинается в ранней молодости и выражается в следующих контекстах:

1. Озабоченность деталями, правилами, списками, порядком, организацией, расписанием до такой степени, что теряется цель всей деятельности.

2. Стремление к совершенству мешает довести дело до конца (например, человек не способен завершить какой-либо проект, так как еще не встречал в этой области сверхсовершенных стандартов).

3. Излишне посвящает себя работе (не оправданной экономической необходимостью в ущерб досугу и дружбе).

4. Сверхдобросовестный, скрупулезный, негибкий в вопросах морали, этики и т. д. (что не оправдано культурными или религиозными пристрастиями).

5. Неспособность выбрасывать устаревшие бесполезные вещи, даже если с ними не связано никаких sentimentalных воспоминаний.

6. Отказывается передать часть работы другим людям, пока они не убедят, что будут выполнять ее точно таким же образом.

7. Скупой и экономный в средствах, не тратит деньги ни на себя, ни на близких людей, деньги накапливает на случай будущей катастрофы [6, с. 462].

*Активность на грани срыва:* представленность в исследуемой группе – 71 %, в контрольной – 50 %. Значимость различия на уровне 0,05.

Люди, страдающие этим расстройством, крайне импульсивны и неуравновешенны. Они испытывают сильные душевные мучения, в результате чего не могут нормально организовать свою жизнь, рушат отношения, без которых не могут жить. Для этих людей характерны такие чувства, как гнев, самоуничтожение, неуверенность, опустошенность [5].

Образец первазивной неустойчивости межабонентских отношений, характерный чрезмерной импульсивностью, развивающийся в раннем взрослом возрасте и представленный в разнообразии нижеследующих контекстов:

1. Приложение невероятных усилий, чтобы избежать предполагаемого отказа.

2. Неустойчивые интенсивные отношения с чередующимися сверхидеализацией и девальвацией.

3. Переживания по поводу самоопределения. Заметное отсутствие устойчивого мнения о себе.

4. Импульсивность и склонность к саморазрушению (например, секс, употребление наркотических веществ, безрассудство).

5. Периодичное суицидальное поведение, жесты, угрозы, саморазрушительное поведение.

6. Аффективная неустойчивость, зависящая от амплитуды настроения (например, эпизодическое дисфорическое настроение или беспокойство, про-

должающееся от нескольких часов до нескольких дней).

7. Хроническое чувство опустошенности.

8. Интенсивный гнев или трудность в управлении гневом.

9. Переходные процессы, связанные с напряжением. Параноидальные, а также диссоциативные признаки [6, с. 710].

*Депрессивный:* представленность в исследуемой группе – 61 %, в контрольной – 38 %. Значимость различия на уровне 0,05.

Такие люди не способны испытывать радость, удовольствие. Для них характерно ощущение тоски, безысходности. Чаще всего они пребывают в состоянии печали и подавленности [5].

Образец первазивного депрессивного мышления и поведения, развивающийся в раннем взрослом возрасте, представлен в разнообразии нижеследующих контекстов:

1. Настроение обычно подавленное, мрачное, тоскливое, вызванное раздумьями о собственном несчастье.

2. Концепция обычно построена на заниженных самооценках и низком самоуважении.

3. Очень критичен, обвинителен по отношению к себе.

4. Гиперболизирует поводы для волнения.

5. Негативно и критично относится к другим.

6. Является пессимистом.

7. Мучается от раскаяний и чувства вины.

Проявляется не только в главных депрессивных эпизодах, также подвержен другим расстройствам [6, с. 789].

В контрольной группе более явно представлен только шизоидный тип акцентуации личности.

*Шизоид:* представленность в исследуемой группе – 15 %, в контрольной – 35 %. Значимость различия на уровне 0,05.

Шизоидные личности изолированы от людей в эмоциональном плане. Они не испытывают ярких негативных или положительных эмоций. Такие люди испытывают острую потребность избежать любых близких отношений [5].

Образец первазивного ограничения всяких социальных отношений, контактов, развивающийся в раннем взрослом возрасте и представленный в разнообразии нижеследующих контекстов:

1. Нежелание наслаждаться близкими отношениями, включая и семейные.

2. Почти всегда действует самостоятельно.

3. Имеет мало сексуальных контактов, если вообще имеет к ним интерес.

4. Находит удовлетворение в немногих занятиях.

5. Испытывает недостаток отношений с близкими друзьями и ближайшими родственниками.

6. Безразличен к похвале и критике.

7. Проявляет полное отсутствие каких-либо эмоций.

Может протекать параллельно с шизофренией, с другими расстройствами личности, расстройствами настроения или с расстройствами, развитие которых обусловлено общими психологическими и медицинскими условиями [6, с. 697].

Выводы:

1. В исследуемой группе значительно чаще представлены следующие типы акцентуации личности: пассивно-агрессивный; навязчиво-принудительный; активность на грани срыва; депрессив-

ный. Т. е. можно говорить о наличии ряда психологических особенностей, типичных для людей, живущих с ВИЧ.

2. Можно сделать выводы о том, что людям, живущим с диагнозом «ВИЧ-инфекция», необходима своевременная квалифицированная психотерапевтическая помощь, которая может не только улучшить качество жизни пациента, но и напрямую повлиять на ее продолжительность и на эффективность лечения путем формирования у пациента способности принять свое заболевание и адаптироваться к жизни с ним.

#### Список литературы

1. Недзельский Н., Морозова Е. Поддержка людей, живущих с ВИЧ. М.: ИНФО-Плюс, 2003. 109 с.
2. Шерова-Игнатьева Я. Я. Особенности психосоматических реакций ВИЧ-инфицированных пациентов // Вестн. Томского гос. пед. ун-та. 2013. Вып. 5 (133). С. 167–169.
3. Черенёва Е. А. Защитные механизмы поведения как фактор адаптивного поведения личности // Вестн. Томского гос. пед. ун-та. 2013. Вып. 6 (134). С. 122–126.
4. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика. М.: ЭКСМО, 2008. 1024 с.
5. Олдхэм Д., Моррис Л. Узнай себя. Автопортрет вашей личности. М.: Рипол Классик, 1997. 540 с.
6. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR). Amer Psychiatric Pub Incorporated, 2000. 943 p.

Шерова-Игнатьева Я. Я., психолог-консультант.

**Восточно-Европейский институт психоанализа.**

Большой пр., П.С., дом 18а, Санкт-Петербург, Россия, 197198.

E-mail: sherovaya@gmail.com

Материал поступил в редакцию 28.08.2013

*Yu. Yu. Sherova-Ignatjeva*

#### PSYCHOLOGICAL PECULARITIES AND ACCENTUATIONS OF PERSONALITY TRAITS OF HIV-INFECTED PATIENTS

This article describes psychical characteristics that are common among HIV-infected men, and the most common accentuations of personality traits among this category of patients. The conclusion after the research is: there are character traits that are typical to HIV-infected persons.

**Key words:** *HIV-infection, psychological aid, accentuations.*

#### References

1. Nedzelskiy N., Morozova E. *Support of people living with HIV*. Moscow, INFO-Plus Publ., 2003. 109 p. (in Russian).
2. Sherova-Ignat'eva Ya. Ya. Peculiarities of psychosomatic reactions of HIV-positive patients. *Tomsk State Pedagogical Bulletin*, 2013, no. 5 (133), pp. 167–169 (in Russian).
3. Cherenyova E. A. Protective Mechanisms of Behavior as Factor of Adaptive Behavior. *Tomsk State Pedagogical Bulletin*, 2013, no. 6 (134), pp. 122–126 (in Russian).
4. Malkina-Pyh I. G. *Psychosomatics*. Moscow, EKSMO Publ., 2008. 1024 p. (in Russian).
5. Oldham J., Morris L. *Learn Yourself. Your Self-Portrait*. Moscow, Ripol Klassik Publ., 1997. 540 p. (in Russian).
6. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR). Amer Psychiatric Pub Incorporated, 2000. 943 p.

**East European Psychoanalytical Institute.**

Bolshoy pr., P.S., 18a, St. Petersburg, Russia, 197198.

E-mail: sherovaya@gmail.com