

И.М. Улюкин<sup>1</sup>, В.Н. Болехан<sup>1</sup>, Е.С. Орлова<sup>1</sup>,  
Ю.М. Цукер<sup>2</sup>, И.Н. Остроумов<sup>3</sup>

## Взаимосвязь самооотношения и эмоционального статуса больных, инфицированных вирусом иммунодефицита человека

<sup>1</sup>Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

<sup>2</sup>Республиканская клиническая инфекционная больница, Санкт-Петербург

<sup>3</sup>Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена, Санкт-Петербург

**Резюме.** Рассмотрена взаимосвязь самооотношения и эмоционального статуса больных, инфицированных вирусом иммунодефицита человека. Установлен различный подход к самооотношению у мужчин и женщин, что позволяет наметить «мишени» не только для медико-социального сопровождения, но и для эффективного психотерапевтического вмешательства. В частности, по мере прогрессирования заболевания и увеличения его длительности вне зависимости от получения специфической терапии у мужчин имеет место достоверное снижение ожидаемого отношения от других; рассмотрены причины, по которым это происходит. На этом фоне происходит достоверное снижение показателя самоуважения. Вне зависимости от назначения специфического лечения значимо снижаются показатели самоуверенности и самоинтереса, тогда как самопринятие в динамике заболевания ухудшается только в отсутствие специфической терапии. Значим показатель самообвинения, вследствие сожаления о причинах, приведших к заражению, а позже – и к ухудшению соматического состояния. В то же время ожидаемое отношение от других, как и самоуважение, в группе женщин после периода адаптации держится на удовлетворительном уровне. Это обусловлено тем, что эти и другие показатели держатся на удовлетворительных значениях, вследствие специфического подхода к женщинам, а также их психологическими и социальными особенностями. Выявлено, что ранняя диагностика когнитивных нарушений, вызванных вирусом иммунодефицита человека, особенно важна на субклинических и начальных стадиях заболевания, когда своевременно начатое антиретровирусное лечение способно уменьшить когнитивный дефицит и иные мнестико-интеллектуальные нарушения и тем самым улучшить приверженность к проводимым медико-психологическим мероприятиям.

**Ключевые слова:** клиническая психология, психодиагностика, инфекция, вызванная вирусом иммунодефицита человека, молодые люди, самооотношение, эмоциональный статус, антиретровирусная терапия.

**Введение.** Известно, что заболеваемость инфекцией, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекцией), во всем мире и в России имеет тенденцию к росту, особенно среди лиц молодого возраста, которых болезнь в течение нескольких лет приводит к инвалидности. Несмотря на предпринимаемые мировым сообществом меры, эта эпидемия еще не взята под контроль [8], хотя данной проблеме уделяется постоянное внимание [9].

В настоящее время при помощи специфической антиретровирусной терапии (АРВТ) появилась возможность увеличить ожидаемую продолжительность жизни больных ВИЧ-инфекцией до среднестатистических величин. Вместе с тем, необходимость пожизненного приема препаратов представляет огромную проблему для пациентов, врачей, организаторов здравоохранения и фармацевтической промышленности.

Поэтому ВИЧ-инфицированным людям важно адаптироваться к новой системе социальных отношений, к освоению ими новой роли – пациентов. Однако в процессе адаптации личность приспосабливается к изменениям социальной среды путем подбора или

перестройки стратегий поведения [10], которые корректируются многими факторами.

Имеется много определений феномена адаптации, но в обобщенном виде она описывается как приспособление, необходимое для адекватного существования в изменяющихся условиях, а также как процесс включения индивида в новую социальную среду, освоение им специфики новых условий. В современной социологии и психологии понятие адаптации рассматривается как процесс и результат установления гармоничных взаимоотношений между личностью и социальной средой. Показано, к примеру, что характер формирования приспособительных реакций при различных режимах двигательной активности в значительной степени определяется спецификой процесса обучения и индивидуальными особенностями функционального реагирования респондентов [6].

Существует разделение субъективного и объективного критериев успешности адаптации: субъективный критерий определяется как степень осознанной или неосознанной удовлетворенности исполнителя различными аспектами жизнедеятельности и самим собой, тогда как в качестве объективного критерия

рассматривают эффективность деятельности, которая трактуется как определённый уровень продуктивности деятельности [18]. Поэтому очень важна роль самооценки, которая рассматривается в качестве специальной функции самосознания, состоящей в установлении субъектом собственной значимости и несводимой к образу «Я» или самоотношению [5], хотя она и влияет на последнее.

Несмотря на большое количество работ, посвященных самосознанию и его производных, наблюдается отсутствие единства в понимании как самих изучаемых феноменов, так и взаимосвязей между ними [3]. Считается, что самопознание и самоотношение связаны опосредованно – с помощью оценки места собственных черт в отношении к мотивам, «опредмечивающим» потребность в самореализации.

Феномен самоотношения в качестве своих отдельных сторон включает самосознание, самопознание, самооценку, эмоциональное к себе отношение, самоконтроль, саморегуляцию, а понятие самоотношения является родовым относительно понятий самопознания, самооценки и других подобных понятий, имеющих приставку «само» и отражающих широкий спектр феноменов внутренней жизни личности [16]. Самоотношение, по мнению С.Р. Панталева [13], реализуется на основе сравнения, но не себя с другими людьми через систему норм и ценностей, а на основе сравнения себя посредством приема аутокоммуникации (внутреннего диалога) с самим же собой в различных ситуациях жизнедеятельности, когда те или иные личностные образования способствовали или же препятствовали достижению ведущих мотивов личности.

Поэтому знание о себе трудно отделимо от отношения к себе, так как в их основе лежат общие механизмы интериоризации и сравнения по различным основаниям, а неотъемлемым условием формирования и развития обоих компонентов является деятельность, совместная деятельность и общение.

Однако проявления стрессогенных факторов, которые отличаются большим разнообразием, затрагивают соматические, вегетативные и психологические феномены, что у больных проявляется, к примеру, появлением эмоциональных нарушений. Известно, что депрессия отражает прошлые переживания, а тревога оценивает будущее [14].

Таким образом, если говорить о реабилитации больных, в частности, с ВИЧ-инфекцией [12], то она должна строиться на основе психологических характеристик больных в динамике заболевания и в зависимости от получения специфической терапии, так как ни одна отдельно взятая стратегия профилактики ВИЧ-инфекции сама по себе неэффективна при контроле ВИЧ-пандемии [26]. Однако на сегодняшний день эти вопросы в должной мере не изучены [20].

**Цель исследования.** Изучить особенности самоотношения и их взаимосвязь с эмоциональным статусом у больных ВИЧ-инфекцией при естественном течении заболевания и на фоне АРВТ.

**Материалы и методы.** Обследованы 136 больных ВИЧ-инфекцией (38 мужчин и 98 женщин) в возрасте 31,84±4,46 лет. Окончательное распределение пациентов по стадиям болезни проведено в соответствии с классификацией Центра по контролю и предупреждению болезней (г. Атланта, Соединённые Штаты Америки) [2]. Клинико-лабораторными пробами установлено, что 58 (42,65%) пациентов относились к клинко-иммунологической категории (стадии) «А» (стадия начальных клинических проявлений заболевания, куда включают острую / первичную симптоматическую фазу ВИЧ-инфекции, и персистирующую генерализованную лимфаденопатию), 66 (48,53%) – к стадии «В» (клинические проявления заболеваний, не включенных в категорию «С», но свидетельствующих о нарушении клеточного иммунного ответа), и 12 (8,82%) – к стадии «С» (куда включают патологические состояния и заболевания, включенные в диагностические критерии синдрома приобретенного иммунодефицита / СПИДа). Предполагаемая длительность заболевания ВИЧ-инфекцией составила у 18 (13,23%) пациентов – до 3 лет, у 46 (33,82%) – от 4 до 7 лет, и у 72 (52,94%) – более 7 лет.

Лица, имеющие в анамнезе внутривенное наркопотребление (~40% от обследованной когорты) находились в стадии ремиссии не менее одного года.

Особенности самоотношения исследованы по методике В.В. Столина [18], С.Р. Панталева [13]. Данная версия опросника позволяет выявить такие уровни самоотношения, отличающихся по степени обобщенности, как: глобальное самоотношение; самоотношение, дифференцированное по самоуважению, аутсимпатии, самоинтересу и ожиданиям отношения к себе; уровень конкретных действий (готовностей к ним) в отношении к своему «Я», предполагающие выделение в составе самоотношения двух основных подсистем: подсистему самооценок и подсистему эмоционально-ценностного отношения к себе [13]; то есть в случае оценки самоотношения представляет собой самоуважение, чувство компетентности или чувство эффективности; эмоционально-ценностное отношение к себе воплощается в систему значений, выработанных обществом для фиксации эмоциональных межличностных отношений. Методика включает следующие шкалы: S – интегральное чувство «за» или «против» собственного «Я» обследуемого лица; I – самоуважение; II – аутсимпатия; III – ожидаемое отношение от других; IV – самоинтерес. Она содержит также 7 шкал направленных на измерение выраженности установки на те или иные внутренние действия в адрес «Я обследуемого»: 1-я – самоуверенность; 2-я – отношение других; 3-я – самопринятие; 4-я – саморководство, самопоследовательность; 5-я – самообвинение; 6-я – самоинтерес; 7-я – самопонимание. Значение показателя: накопленные частоты меньше 50% – признак не выражен; 50–74% – признак выражен; больше 74% – признак ярко выражен.

Эмоциональный статус больных (тревога, депрессия) оценивался по Госпитальной шкале HADS

[28]. Согласно данным D.I. Evans и соавт. [24], J.R. Iskovics и соавт. [25], депрессия ассоциирована с увеличением риска смерти, независимо от возраста и низкой приверженности АРВТ. При оценке полученных показателей обеих состояний значение 0–7 баллов расценивалось как «норма» (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии), 8–10 баллов – как наличие субклинически выраженной тревоги/депрессии, 11 баллов и выше – как наличие клинически выраженной тревоги/депрессии.

АРВТ была назначена 91 больному в соответствии с отечественными и международными рекомендациями [2, 15]. При естественном течении в группе М клинически выраженных стадий заболевания (В и С) диагностировано не было, а в группе Ж – не было только стадии С, так как все больные к этому времени начинали получать специфическую терапию; при малой длительности заболевания таковая, в соответствии с клинико-лабораторными показателями, в группе мужчин не назначалась.

В качестве контрольной группы (КГ) использовались аналогичные данные 50 практически здоровых лиц, средний возраст  $17,88 \pm 0,64$  лет.

Исследование проводилось групповым методом в течение 40 мин. У всех обследованных было получено добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

Работа выполнена в соответствии с положениями «Конвенции о защите личности в связи с автоматической обработкой персональных данных» [17, 21].

При оценке самооношения больных в динамике ВИЧ-инфекции исходили из выявленных закономерностей нарушения психической адаптации таких больных [4], которые предполагают выделение в их жизни следующих критических периодов:

– первый: обнаруживается в периоде выявления ВИЧ-серопозитивности, является в основном следствием психической травмы, и проявляется в виде разнообразных психоэмоциональных реакций и дезадаптивных феноменов;

– второй: непосредственно связан с прогрессирующим собственно инфекционным процессом, совпадает с появлением заболеваний, обусловленных иммунодефицитом, клинических признаков прогрессирующей церебральной недостаточности органического происхождения, а нарушения психической адаптации проявляются нарастанием алкоголизации, госпитализма, рентными установками;

– третий: наступает в терминальной стадии заболевания, и проявляется в виде признаков, свидетельствующих о наличии у больного психоорганического синдрома. В этой стадии ВИЧ-инфекции предложено выделять три группы больных в соответствии с их особенностями психической деятельности, каковыми являются: а) прогрессирующее снижение мнестико-интеллектуальной деятельности по органическому типу, б) эмоциональные нарушения с выраженной тревожностью, подавленностью и снижением качества жизни, в) наиболее адекватная приспособляемость

к своему состоянию, длительно сохраняющаяся активность.

То есть, исходили из положения, что психическая адаптация – это психическая регуляция в проблемной ситуации, в состоянии стресса.

Статистическая обработка данных проведена с использованием пакета прикладных программ «Statistica for Windows» в соответствии с общепринятыми методами вариационной статистики [23]. При обработке данных методики Столина – Панталеева в соответствии с рекомендациями «сырой» балл переводился в проценты; достоверность рассчитывалась по «сырым» баллам групп. Для уточнения всех взаимосвязей между данными групп проведен корреляционный анализ с помощью коэффициента Пирсона.

**Результаты и обсуждение.** Установлено, что на начальной стадии заболевания при малой его длительности показатели в обеих группах достоверно не отличались от показателей КГ (табл. 1).

При исследовании Шкалы S (глобальное самоотношение), отражающей внутренне недифференцированное чувство «за» и «против» самого себя, которое эмоционально и содержательно объединяет веру в свои силы, способности, энергию, самостоятельность, оценку своих возможностей, контролировать собственную жизнь и быть самопоследовательным, понимание самого себя, установлены различия данных при естественном течении заболевания и на фоне АРВТ как среди мужчин, так и среди женщин.

Так, при естественном течении заболевания у мужчин отмечено, что по мере увеличения длительности заболевания происходит снижение показателя от его выраженности до средних значений, что обусловлено прогрессирующим заболеванием и возникающими на этом фоне социальными и психологическими проблемами. В то же время у женщин отмечено даже некоторое его увеличение, что косвенно отражает веру в собственные силы и некий потенциал к контролю за создавшейся ситуацией. Об этом же говорят и показатели пациентов на фоне АРВТ – так, у женщин показатели в динамике не опускаются ниже выраженных ( $p > 0,05$ ), тогда как у мужчин в дебюте заболевания они являются невыраженными ( $p < 0,0001$ ) и вырастают до средних только при длительности заболевания более 7 лет (но это отчасти можно отнести за счёт переоценки своего состояния вследствие постепенного развития психоорганического синдрома). Если же проводить аналогии с другими заболеваниями, сопровождающимися поражением центральной нервной системы, то на примере умственной отсталости показано, что практически параллельно с клинической ухудшается и социально-бытовая ситуация [11].

Самоуважение у мужчин при естественном течении заболевания падает только при длительности заболевания более 7 лет ( $p < 0,01$ ), что обусловлено в первую очередь ухудшением соматического состояния, даже отсутствие клинически выраженной патологии, возникающей на фоне снижения иммунного статуса,

## Особенности самоотношения при ВИЧ-инфекции у мужчин/женщин, %

Шкала методики	Выраженность признака при естественном течении болезни, %						
	стадия заболевания			длительность заболевания (лет)			КГ
	A	B	C	0–3	4–7	более 7	
	n=15/21	n=0/8	n=0/0	n=5/7	n=5/9	n=5/13	n=28/21
Шкала S (интегральная)	71,98/86,71	0/79,3	0/0	75,46/72,18	78,86/87,7	61,2/88,0	80/83,8
Шкала самоуважения (I)	74,19/75,83	0/61,83	0/0	76,53/62,21	84,0/76,1	46,0/74,0	80,5/74,62
Шкала аутосимпатии (II)	43,8/71,12	0/56,57	0/0	41,2/46,65	55,8/75,64	35,46/77,33	57,23/67,45
Шкала ожидаемого отношения от других (III)	49,4/47,27	0/47,93	0/0	53,0/41,54	60,73/61,5	37,2/55,9	44,9/53,97
Шкала самоинтересов (IV)	55,52/75,53	0/65,91	0/0	58,33/43,67	41,4/80,57	58,33/74,48	66,78/60,93
Шкала самоуверенности (1)	58,47/66,45	0/49,83	0/0	62,07/57,93	58,47/67,39	49,27/60,09	63,15/62,25
Шкала отношения других (2)	46,11/45,05	0/34,32	0/0	43,6/17,38	28,6/51,33	39,73/36,45	40,31/43,02
Шкала самопринятия (3)	62,67/70,67	0/80,17	0/0	74,56/50,67	66,67/83,4	47,4/77,89	65,67/69,67
Шкала самопоследовательности (саморуководства) (4)	74,45/71,35	0/49,33	0/0	82,14/57,25	75,8/92,0	51,53/63,23	71,35/65,94
Шкала самообвинения (5)	66,34/44,2	0/45,41	0/0	77,47/63,61	57,2/41,61	64,87/37,22	45,24/48,36
Шкала самоинтереса (6)	35,75/74,64	0/61,0	0/0	42,47/65,56	46,53/74,64	22,9/51,62	53,86/77,5
Шкала самопонимания (7)	69,72/73,02	0/59,04	0/0	71,67/57,77	80,67/75,27	58,53/70,92	75,57/70,77
Шкала методики	Выраженность признака на фоне АРВТ, %						
	A	B	C	0–3	4–7	более 7	КГ
	n=5/17	n=13/44	n=5/7	n=0/5	n=6/25	n=17/38	n=28/21
Шкала S (интегральная)	42,6/74,9	73,58/77,16	51,53/81,5	0/61,2	49/76,0	68,13/79,43	80/83,8
Шкала самоуважения (I)	21,6/55,87	59,68/61,2	25,33/63,73	0/34,0	23,74/63,73	48,73/61,2	80,5/74,62
Шкала аутосимпатии (II)	51,4/60,33	62,43/53,6	51,4/58,0	0/53,6	54,37/51,4	59,2/58,0	57,23/67,45
Шкала ожидаемого отношения от других (III)	7,8/47,67	42,3/51,67	19,6/53,0	0/19,6	10,47/53,0	34,6/54,93	44,9/53,97
Шкала самоинтересов (IV)	54,0/77,63	79,31/77,63	79,73/90,23	0/75,53	67,65/81,83	73,85/77,63	66,78/60,93
Шкала самоуверенности (1)	58,47/56,67	43,45/47,67	65,67/83,53	0/47,67	65,67/51,27	46,6/53,07	63,15/62,25
Шкала отношения других (2)	18,4/43,6	39,34/39,7	39,73/51,33	0/32,0	29,11/49,4	35,48/41,7	40,3/43,02
Шкала самопринятия (3)	74,47/74,47	70,67/60,67	85,87/70,67	0/70,67	86,44/62,67	70,67/66,67	65,67/69,67
Шкала самопоследовательности (саморуководства) (4)	33,3/64,2	66,32/68,1	33,3/62,26	0/47,13	32,0/66,85	59,0/64,2	71,35/65,94
Шкала самообвинения (5)	96,67/64,87	55,3/57,2	99,3/55,5	0/81,67	98,9/60,67	65,5/53,73	45,24/48,36
Шкала самоинтереса (6)	18,3/62,3	67,3/74,93	31,5/64,8	0/34,33	20,0/77,5	49,8/74,93	53,86/77,5
Шкала самопонимания (7)	30,13/58,53	55,0/56,0	21,33/66,14	0/34,53	28,6/58,53	70,32/61,1	75,57/70,77

**Примечание:** меньше 50% – признак не выражен; 50–74% – признак выражен; больше 74% – признак ярко выражен.

что сопровождается достоверным снижением самоуверенности, и, соответственно, саморуководства. Корреляции между показателями шкал в основном низкие и средние ( $r=0,28-0,3$ ). На фоне же даже своевременно назначенной АРВТ по понятным причинам самоуважение находится на низком уровне начиная с дебюта заболевания, что сопровождается снижением саморуководства, показатели которого поднимаются

до средних значений только при длительности заболевания более 7 лет, что обусловлено необходимостью соблюдения режима лечения и контрольного обследования (к этому времени значимо снижается показатель самоуверенности). Высокий показатель корреляции шкал I и 1 отмечен лишь на стадии СПИ-Да ( $r=0,76$ ) и при длительности заболевания 4–7 лет ( $r=0,78$ ), а шкал I и 4 – на стадии «B» ( $r=0,78$ ).

Корреляция показателей шкал 1 и 4 у мужчин в динамике заболевания вне зависимости от получаемой АРВТ носила низкий и средний характер.

В то же время у женщин в динамике ВИЧ-инфекции при естественном течении заболевания в целом отмечен стабильный характер как шкалы I, так и шкал 1 и 4. Снижение показателей последних двух отмечено лишь на стадии В, и связано с развитием той или иной клинической симптоматики заболеваний, обусловленной снижением иммунного статуса. Высокий показатель корреляции шкал I и 1 отмечен во всех точках отсчёта ( $r=0,72-0,88$ ), тогда как корреляция шкал I и 4 имела средние и низкие значения.

На фоне АРВТ самоуважение низкое на момент начала специфического лечения («моё состояние настолько плохо, что требуется начало лечения»), но в дальнейшем происходит адаптация к жизни в новых условиях (это же относится и к самоуверенности, и к саморуководству – «смогу ли я выдержать режим лечения – смогу»).

Корреляция показателей шкал I и 1 у женщин при естественном течении заболевания имела высокие показатели при длительности «4–7 лет» ( $r= -0,89$ ) и «более 7 лет» ( $r= -0,88$ ), а на фоне АРВТ при длительности заболевания до трех лет ( $r=0,8$ ), показателей шкал I и 4 в первом случае была средней и низкой, во втором же – высокой на стадии «В» ( $r=0,81$ ).

Корреляция показателей шкал 1 и 4 у женщин в динамике заболевания вне зависимости от получаемой АРВТ носила низкий и средний характер.

Аутосимпатия у мужчин при естественном течении ВИЧ-инфекции в динамике заболевания низкая, что обусловлено наличием хронического медленно прогрессирующего заболевания с неблагоприятным прогнозом (некоторое улучшение наблюдается при длительности заболевания 4–7 лет, что связано с определенной адаптацией к жизни в новых условиях). На этом фоне снижаются показатели самопринятия, зато достаточно высоки показатели самообвинения, что при неблагоприятных условиях может привести к действиям аутодеструктивного характера. Корреляция показателей шкал II и 3, шкал II и 5 носит средний и низкий характер. Корреляция шкал 3 и 5 высокая только при длительности заболевания более 7 лет ( $r=0,83$ ).

На фоне АРВТ аутосимпатия в динамике заболевания держится в пределах средних значений, что обусловлено приемлемым состоянием здоровья вследствие проводимой терапии. Самообвинение при этом продолжает оставаться высоким. Корреляция показателей шкал II и 3 высокая только при длительности заболевания более 7 лет ( $r=0,81$ ), Корреляция шкал II и 5, 3 и 5 носит средний и низкий характер.

У женщин при естественном течении заболевания аутосимпатия в дебюте достоверно падает по тем же причинам, но в дальнейшем достигает значимых показателей, сравнимых с данными КГ, это же касается и самопринятия. На фоне АРВТ эти показатели в основном имеют средние значения. В динамике

самообвинение у женщин при естественном течении заболевания и на фоне проводимой специфической терапии, по сравнению с таковым у мужчин, выражено менее (что, вероятно, обусловлено характером взаимоотношения мужчин и женщин).

При проведении АРВТ корреляция показателей шкал II и 3 высокая только на стадии «В» ( $r= -0,78$ ), а корреляция шкал 3 и 5 – только при длительности заболевания более 7 лет ( $r=0,82$ ).

Так как ВИЧ-инфекция относится не только к социально значимым заболеваниям, но и к заболеваниям, передаваемым половым и парентеральным (вследствие внутривенного наркопотребления) путями, это влечет за собой как стигматизацию, так и самостигматизацию больных [19], и может привести к их социальной маргинализации – а данные факторы потенциально препятствуют социальной адаптации больных, затрудняют оказание медицинской помощи и проведение профилактических мероприятий.

Если в дебюте заболевания (при длительности заболевания до трех лет) у мужчин при естественном течении признак недостоверно, но выше, чем на стадии «А», то при длительности заболевания более семи лет – достоверно ниже. На фоне специфической терапии оба параметра достоверно ниже показателей КГ, но в процессе лечебно-диагностических мероприятий отмечается их некоторый рост, не достигающий средних показателей.

В отсутствие АРВТ у мужчин корреляция показателей шкал III и 2 носит средний и низкий характер, а на фоне специфической терапии высокая на стадии «В» ( $r=0,9$ ) и при длительности заболевания 4–7 лет ( $r=0,81$ ).

У женщин при естественном течении заболевания и фоне АРВТ показатели шкал III и 2 на стадии «А» близки к данным КГ. В динамике заболевания, после адаптации к существующей ситуации, они приближаются к средним показателям. В отсутствие АРВТ корреляция показателей шкал III и 2 высока при длительности заболевания «4–7 лет» ( $r=0,74$ ) и более 7 лет ( $r=0,76$ ), а на фоне специфической терапии высокая на стадии «С» ( $r=0,87$ ) и при длительности заболевания более 7 лет ( $r=0,84$ ).

При естественном течении ВИЧ-инфекции у мужчин показатели шкалы IV (Самоинтерес) в дебюте заболевания ниже данных КГ. По мере увеличения длительности заболевания в крайних точках отсчёта практически не меняется (кроме существенного снижения при длительности 4–7 лет, когда обычно появляются заболевания и состояния, обусловленные иммунодефицитом), что косвенно свидетельствует об ухудшении эмоционального статуса пациентов. В то же время, показатели шкалы 6 значимо ниже данных КГ ( $p<0,05$ ) уже при длительности заболевания до трех лет, и продолжает снижаться при длительности более 7 лет ( $p=0,0001$ ), что, вероятно, обусловливается постепенным развитием психоорганического синдрома). Это косвенно подтверждается динамикой шкалы 7: при длительности заболевания до трех лет

показатели значимо не отличаются от данных К, но при длительности заболевания они снижаются до средних значений ( $p=0,0001$ ).

В то же время на фоне АРВТ показатели шкалы IV увеличиваются в динамике заболевания ( $p=0,0001$ ), что свидетельствует о стабильном психосоматическом состоянии пациентов. Кроме того, имеет место колебание показателя самопонимания, который низок на стадии начальных клинических проявлений ВИЧ-инфекции и значимо не отличается от показателя на стадии СПИДа, но достоверно высок при длительности заболевания более 7 лет. Это объясняется тем, что не все больные даже при значительной длительности заболевания находятся на стадии СПИДа, и клиническое их состояние позволяет заниматься собой не только с точки зрения увеличения продолжительности жизни.

Несмотря на то, что шкалы IV и 6 исходят в ряде вопросов из одних и тех же данных, измеряют они, видимо, не совсем одно и то же, потому что их динамика в течение заболевания различна как при естественном течении заболевания, так и на фоне АРВТ.

У мужчин корреляционная взаимосвязь показателей шкал IV и 6–7 средняя и низкая вне зависимости от получения АРВТ, а шкал 6 и 7 – высокая при длительности заболевания более 7 лет ( $r=0,7$ ) только при естественном течении заболевания.

В отличие от мужчин, у женщин вне зависимости от получения специфической терапии показатели рассматриваемых шкал свидетельствуют о снижении их в ряде случаев в начале процесса адаптации к сложившейся ситуации, но в динамике заболевания правильно подобранные схемы АРВТ и медико-психологического сопровождения позволяют сохранять эти параметры на устойчивом среднем уровне.

У женщин корреляционная взаимосвязь показателей шкал IV и 6–7 средняя и низкая вне зависимости

от получения АРВТ, а шкал 6 и 7 высокая на стадии СПИДа ( $r=0,74$ ) на фоне АРВТ.

Показано, что значимость различия показателей у получающих и не получающих специфическую терапию мужчин по всем шкалам достоверна начиная с ранних стадий заболевания (на стадии «А»  $p \leq 0,01$ , при длительности заболевания более 7 лет  $p \leq 0,02$ ), тогда как у женщин диагностирован большой разброс мнений. Так, на стадии «А» по шкалам II, III, 1–5 и 7 значимость различия ( $p > 0,05$ ) при длительности заболевания до трех лет  $p > 0,05$  была по шкалам II, IV, 2–5 и 7, а при длительности заболевания более 7 лет только по шкале 7 (то есть, самопонимание в этой группе оказалось самым ригидным параметром).

Однако самоотношение зависит и от эмоционального статуса больных. В частности, одной из основных детерминант самоотношения, характерной для женщин, считается высокая степень осознанности и проявления эмоций (эмоциональная составляющая) [22]. Показатели тревоги и депрессии приведены в таблице 2.

Установлено, что в обеих группах показатели тревоги и депрессии невысоки как при естественном течении заболевания, так и на фоне АРВТ, и не превышают субклинически выраженных значений.

Корреляционная взаимосвязь между показателями тревоги, депрессии и данными шкал методики «Особенности самоотношения» (ОСО) при ВИЧ-инфекции в обследованных группах распределилась следующим образом:

– у мужчин при естественном течении заболевания: при длительности заболевания до трех лет «тревога – шкала 2» ( $r = -0,75$ ), «депрессия – шкала 2» ( $r = -0,95$ ), «тревога – шкала 6» ( $r = 0,87$ ), «депрессия – шкала 6» ( $r = 0,7$ ), «депрессия – шкала 7» ( $r = -0,9$ ), при длительности заболевания 4–7 лет «тревога – шкала III» ( $r = 0,76$ ), «депрессия – шкала III» ( $r = 0,7$ ), «тревога – шкала 2» ( $r = 0,92$ ), «тревога – шкала 5» ( $r = -0,85$ );

Таблица 2

Показатели методики HADS у больных ВИЧ-инфекцией при естественном течении заболевания/на фоне АРВТ

Естественное течение заболевания/на фоне АРВТ	Стадия заболевания						Длительность заболевания (лет)						КГ			
	А		В		С		0–3		4–7		более 7					
	т	д	т	д	т	д	т	д	т	д	т	д	т	д		
М	n=15/5		n=0/13		n=0/5		n=5/0		n=5/6		n=5/17		n=28			
	7,4± 4,2/ 7,6± 2,7	4,7± 2,4/ 6,4± 3,1	0/7,5± 3,2	0/5,9± 2,9	0/ 10,2± 1,0	0/ 5,8± 1,4	5,2± 1,8/0	3,2± 2,2/0	3,4± 1,9/ 7,5± 2,2	3,6± 2,1/ 5,3± 2,3	13,5± 1,1/ 8,3± 3,2	7,2± 1,9/ 6,2± 2,8	5,4± 2,9/ 5,4± 2,9	4,3± 2,3/ 4,3± 2,3		
	t test т/д		p>0,05/p>0,05		0/p>0,05		0/p<0,01		p>0,05/0		p>0,05/p>0,05		p<0,01/p<0,05		p>0,05/p>0,05	
	corr (r)		0,8/0,98		0/0,8		0/0,7		0,8/0		0,7/0,8		0,6/0,8		0,7/0,7	
Ж	n=21/17		n=8/44		n=0/7		n=7/5		n=9/25		n=13/38		n=22			
	6,3± 3/ 6,9± 2,3	3,8± 2,5/ 3,9± 2	7,4± 1,8/ 8,6± 3,1	5,1± 2,2/ 4,9± 2,4	0/ 10,6± 4,8	0/ 6,7± 3,2	6,4± 3,5/ 10,4± 3,9	3,6± 2,4/ 6,0± 3,2	6,0± 2,9/ 7,8± 3,1	4,0± 2,9/ 4,8± 1,8	7± 2,0/ 8,5± 3	4,6± 2,2/ 4,7± 2,8	6,4± 3,2/ 6,4± 3,2	4,3± 1,6/ 4,3± 1,6		
	t test т/д		p<0,05/p>0,01		p>0,05/p>0,01		0/p>0,05		p>0,05/ p>0,05		p>0,05/p<0,01		p<0,05/p>0,01		p<0,05 / p<0,05	
	corr (r)		0,7/0,5		0,7/0,7		0/0,9		0,7/0,7		0,7/0,7		0,8/0,7		0,5/0,5	

Примечание: т – тревога; д – депрессия; м – мужчины; ж – женщины.

– у женщин при естественном течении заболевания: на стадии «А» – «тревога – шкала 1» ( $r=0,74$ ), «депрессия – шкала 1» ( $r=0,8$ ), «депрессия – шкала 4» ( $r=-0,75$ ), «тревога – шкала 7» ( $r=0,81$ ), на стадии «В» – «тревога – шкала 3» ( $r=-0,72$ ), при длительности заболевания 4–7 лет «тревога – шкала 2» ( $r=-0,81$ ), «тревога – шкала 5» ( $r=0,72$ ), при длительности заболевания более 7 лет «тревога – шкала 2» ( $r=-0,76$ ), «депрессия – шкала 2» ( $r=-0,78$ );

– у мужчин, получающих АРВТ: на стадии «В» – «тревога – шкала 2» ( $r=-0,82$ ), «депрессия – шкала 2» ( $r=-0,78$ ), «депрессия – шкала 5» ( $r=0,74$ ), «тревога – шкала 7» ( $r=0,81$ ), на стадии «С» – «тревога – шкала III» ( $r=-0,77$ ), «тревога – шкала IV» ( $r=-0,77$ ), при длительности заболевания более 7 лет «депрессия – шкала 3» ( $r=0,7$ ), «депрессия – шкала 4» ( $r=-0,75$ );

– у женщин, получающих АРВТ: на стадии «А» «тревога – шкала 4» ( $r=0,73$ ), «тревога – шкала 7» ( $r=-0,82$ ), «депрессия – шкала 2» ( $r>0,76$ ), на стадии «С» «депрессия – шкала III» ( $r>0,81$ ), при длительности заболевания до трех лет «тревога – шкала I» ( $r=0,77$ ), «тревога – шкала 1» ( $r=0,81$ ), «депрессия – шкала II» ( $r=0,78$ ), «депрессия – шкала 5» ( $r=-0,76$ ), «депрессия – шкала 6» ( $r=-0,7$ ), при длительности заболевания 4–7 лет «тревога – шкала 6» ( $r=0,85$ ), «депрессия – шкала 4» ( $r=0,7$ ).

Остальные корреляционные связи расценивались как средние, умеренные или слабые.

**Заключение.** Установлено, что по мере прогрессирования ВИЧ-инфекции и увеличения его длительности вне зависимости от получения специфической терапии у мужчин имеет место достоверное снижение ожидаемого отношения от других (шкалы III, 2), что обусловлено различными причинами – от стигматизации / самостигматизации по причине дальнейшего развития основного заболевания и развития состояний, обусловленных / связанных с иммунодефицитом, назначением АРВТ, до недостаточного и несовершенного социально-психологического сопровождения на местах. Это находит свое отражение в достоверном снижении показателя самоуважения. Вне зависимости от назначения специфического лечения значительно снижаются показатели самоуверенности и самоинтереса, тогда как самопринятие в динамике заболевания ухудшается только в отсутствие АРВТ (что объясняется сочетанием указанных выше факторов. Значим показатель самообвинения, вследствие сожаления о причинах, приведших к заражению, а позже – и к ухудшению соматического состояния (примерно одинаковый вне зависимости от получения специфической терапии).

В то же время ожидаемое отношение от других (шкала III), как и самоуважение в группе женщин после периода адаптации держится на выраженном уровне. Это обусловлено тем, что эти, да и другие показатели (кроме шкалы 2) держатся на удовлетворительных значениях, вследствие специфического подхода к женщинам со стороны организаций всех форм собственности, оказывающих больным медицинскую,

социальную и психологическую помощь. Особое значение ныне имеют ВИЧ-проблемы у женщин, обусловленные их психологическими и социальными особенностями, – а игнорирование этих нюансов приводит к снижению приверженности больных женщин к лечебным и профилактическим мероприятиям, то есть, к потере контроля над ВИЧ-инфекцией, повышению риска рождения инфицированных детей, увеличению числа случаев отказа от ребенка.

Помогают в решении актуальных для женщин проблем, препятствующих получению медицинской помощи, формирование осознанного отношения к своему здоровью, мотивация к приему АРВТ как с лечебной целью так и с целью профилактики перинатального инфицирования ребенка.

У больных ВИЧ-инфекцией установлен относительно невысокий уровень тревоги и депрессии, что, видимо, обусловлено как своевременным назначением адекватно подобранной и мониторируемой АРВТ, так и соблюдением охранительного режима. К тому же, в настоящее время ВИЧ-инфекцию по причине развития специфической (хотя и дорогостоящей) терапии полагают управляемой на уровне пациента хронической вирусной инфекцией, что также влияет на умонастроение больных.

Показано, что главной теоретической предпосылкой модели саморегуляции является идея о том, что каждый человек стремится понять собственное заболевание путем конструирования его модели (представления), которая включает причины заболевания, его симптомы, продолжительность, вероятность излечения, возможность контроля над его течением [1, 27], и формируется она на основе переживания опыта своей болезни, а также информации, приобретенной через социальные и культурные сети. Поэтому и полагают, что адаптация к диагнозу – с позиции пациента – это сложный процесс осознания ценности своей жизни и здоровья, изучение и понимание своего заболевания и способов борьбы с ним, готовность соблюдать лечебный режим и предупреждать ухудшение своего состояния. При взгляде на ситуацию с позиции лечащего врача – подбирая адекватные не только болезни, но и соответствующие эмоционально-личностным особенностям больного методы, можно достичь наибольшей эффективности лечебно-реабилитационного процесса.

## Литература

1. Альперович, В.Д. Кризис системы отношений личности с собой и другими как этап её жизненного пути / В.Д. Альперович // Современные исследования социальных проблем. – 2009. – Вып. 1. – С. 12–15.
2. Бартлетт, Дж. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции / Дж. Бартлетт [и др.]. – М.: Р. Валент, 2012. – 528 с.
3. Белова, И.М. Структурные и динамические характеристики компонентов самосознания: системный подход / И.М. Белова [и др.] // Фундаментальные исследования. – 2014. – № 3–3. – С. 620–628.
4. Беляева, В.В. Консультирование в системе реабилитации при ВИЧ-инфекции / В.В. Беляева, Е.В. Ручкина // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2001. – № 1. – С. 53–55.

5. Бороздина, Л.В. Сущность самооценки и её соотношение с Я-концепцией / Л.В. Бороздина // Вестн. Моск. ун-та. – Сер. 14 «Психология». – 2011. – № 1. – С. 54–65.
6. Варич, Л.А. Особенности психофизиологической адаптации студентов к условиям обучения с разным уровнем двигательной активности: автореф. дисс. канд. биол. наук / Л.А. Варич. – Кемерово: КемГУ, 2004. – 24 с.
7. Введенская, И.И. Самооценка здоровья как показатель самоохрнительного поведения пожилых / И.И. Введенская // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 1999. – № 5. – С. 12–15.
8. ВИЧ-инфекция: информ. бюл. № 39 / В.В. Покровский [и др.]. – М.: Федер. науч.- метод. центр по профилактике и борьбе со СПИД. – 2014. – 52 с.
9. Вирус иммунодефицита человека / ред. Н.А. Беляков, А.Г. Рахманова. – Медицина, 2-е изд. – СПб: Балтийский медицинский образовательный центр, 2011. – 656 с.
10. Воробьева, О.А. Проблема адаптации студентов первокурсников из сельской местности к обучению в колледже / О.А. Воробьева // Психология в России и за рубежом: Мат. Междунар. заоч. науч. конф., г. Санкт-Петербург, октябрь 2011 г. – СПб.: Реноме, 2011. – С. 96–98.
11. Галанин И.В., Горелик А.Л. Умственная отсталость: традиции и современность в оценке состояния проблемы / И.В. Галанин, А.Л. Горелик // Неврологический вестник. – 2011. – Т. XLIII, Вып 3., С. 3–7.
12. Лобзин, Ю.В. Медицинская реабилитация: перспективы системного развития и практической реализации / Ю.В. Лобзин // Мед. акад. журн. – 2013. – Т. 13, № 1. – С. 39–51.
13. Пантеев, С.Р. Самоотношение как эмоционально-оценочная система / С.Р.Пантеев. – М.: Изд-во МГУ, 1991. – 110 с.
14. Пишо, П. Эпидемиология депрессий / П. Пишо // Журн. невропатолог. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 1990. – Т. 90, № 12. – С. 82–84.
15. Покровский, В.В. Протоколы диспансерного наблюдения и лечения больных ВИЧ-инфекцией / В.В. Покровский [и др.] // Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы. – 2014. – № 6. – Прилож. – С. 1–43.
16. Сарджвеладзе, Н.И. Личность и ее взаимодействие с социальной средой / Н.И. Сарджвеладзе. – Тбилиси: Мецниереба, 1989. – 206 с.
17. Совет Европы: Конвенция о защите личности в связи с автоматической обработкой персональных данных: [пер. с англ.]. – 2-е изд., доп. – СПб.: Гражд. контроль. – 2002. – 36 с.
18. Столин, В.В. Самосознание личности / В.В. Столин. – М.: Изд-во МГУ, 1983. – 284 с.
19. Улюкин, И.М. Проблемы суицида при ВИЧ-инфекции / И.М. Улюкин // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2012. – Т. 4, № 4. – С. 91–96.
20. Улюкин, И.М. Самоотношение и эмоциональный статус ВИЧ-позитивных женщин на фоне антиретровирусной терапии / И.М. Улюкин, Ю.М. Цукер, Г.Н. Исаева // Вестник психотерапии. – 2014. – № 50 (55). – С. 62–77.
21. Федеральный Закон №160-ФЗ от 19.12.2005 г. «О ратификации Конвенции Совета Европы о защите физических лиц при автоматизированной обработке персональных данных» // Росс. газета. – № 3957 от 22.12.2005 г. – 14 полоса.
22. Шарай, Т.П. Изменение самоотношения личности у женщин в результате многомерного психологического воздействия: дисс. ... канд. психол. наук / Т.П. Шарай. – 2005, Казань. – 180 с.
23. Юнкеров, В.И. Математико-статистическая обработка данных медицинских исследований / В.И. Юнкеров, С.Г. Григорьев. – СПб.: Изд-во ВМедА. – 2002. – 266 с.
24. Evans, D.I. Association of depression with viral load, CD8 T lymphocytes, and natural killer cells in women with HIV infection / D.I. Evans [et al.] // Am. J. Psychiatry. – 2002. – Vol. 159, № 10. – P. 1752–1759.
25. Ickovics, J.R. Mortality, CD4 cell count decline, and depressive symptoms among HIV-seropositive women; longitudinal analysis from the HIV epidemiology research study / J.R. Ickovics [et al.] // JAMA. – 2001. – Vol. 285, № 11. – P. 1466–1474.
26. Kurth, A.E. Combination HIV prevention: significance, challenges, and opportunities / A.E. Kurth [et al.] // Curr. HIV/AIDS Rep. – 2011. – Vol.8, № 1. – P. 62–72.
27. Reynolds, N.R. The problem of antiretroviral adherence; a self-regulatory model for intervention / N.R. Reynolds // AIDS Care. – 2003. – Vol. 15, № 1. – P. 117–124.
28. Zigmond, A.S. The Hospital Anxiety and Depression scale / A.S. Zigmond, R.P. Snaith // Acta Psychiatr. Scand. – 1983. – Vol. 67, № 6. – P. 361–370.

I.M. Uliukin, V.N. Bolekhan, E.S. Orlova, Yu.M. Zuker, I.N. Ostroumov

### Interdependence of self-attitude and emotional status of patients affected with human immunodeficiency virus

**Abstract.** *The correlation between the self-attitude and emotional status of patients with infection caused by the human immunodeficiency virus is considered. It is established that different approach to the self-attitude of men and women, that allows us to identify «the targets» not only for the medical and social support, but also for effective psychotherapeutic intervention. In particular, as the progression of the disease and increase of its duration, regardless of the specific therapy in men occurs with the significant reduction of the expected relationship of the Others; reasons for that are described. Against this background, there was the significant decline of self-respect. Regardless of specific treatment it's significantly reduced the self-confidence and the interest to oneself, while self-acceptance in the course of the disease is getting worse only in the absence of specific therapy. Index of self-incrimination is high because of the regrets about the reasons that led to the infection, and later – to the deterioration of physical condition. At the same time, the expected ratio of the Others, as well as self-respect among women after a period of adaptation is kept at a satisfactory level. This is due to the fact that those and other factors are kept at satisfactory values, due to the specific approach for women owing to their psychological and social characteristics. It was established that early diagnosis of the cognitive impairment, caused by human immunodeficiency virus, is particularly important in the early and subclinical stages of the disease, when the timely initiated antiretroviral treatment can reduce the cognitive deficits and other mnestic-intellectual impairment, and thus can improve the commitment to the ongoing medical and psychological interventions.*

**Key words:** *clinical psychology, psychological testing, infection caused by the human immunodeficiency virus, young people, self-attitude, emotional status, antiretroviral therapy.*

Контактный телефон +7 921-926-16-21; e-mail: igor\_ulyukin@mail.ru