ГАВРИЛОВА ОЛЬГА ВИКТОРОВНА
социальный работник, государственное учреждение здравоохранения «Ленинградский областной центр по борьбе со СПИД и другими инфекционными заболеваниями», Gavr-ov-32@mail.ru

GAVRILOVA OLGA
social worker, public health services official body Leningrad region «Centre of struggle against AIDS and other infectious diseases»

УДК 159.9.07

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

PSYCHOLOGICAL FEATURES OF PEOPLE LIVING WITH HIV-INFECTION

Аннотация. Анализ психологических особенностей ВИЧ-инфицированных больных, особенностей их психической деятельности, изучение их преморбидных свойств личности и изменений, развивающихся на фоне прогрессирования заболевания позволяет, индивидуализировать лечебно-реабилитационный процесс, способствовать поддержанию трудоспособности больных ВИЧ-инфекцией и повышению качества их жизни.

Abstract. The analysis of psychological features of HIV-infected patients, of the peculiarities of their mental activity, of the research of a person's premorbid conditions and of the changes developing against the background of the progressing disease allow to individualize medical-rehabilitation process, to maintain HIV-infected people fitness to work and to improve their quality of life.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, психические нарушения, симптомокомплексы, социальная адаптация, качество жизни.

Keywords: HIV-infection, mental disorders, illness symptoms, social adaptation, quality of life.

Синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД) — важнейшая мировая проблема XX–XXI веков, так как заболевание вошло в число пяти ведущих причин смертности населения в мире. По оценкам ЮНЭЙДС, более 62 млн. человек к 2010 г. оказались вовлеченными в пандемию ВИЧ/СПИДа, одна треть из них находится в возрасте от 15 до 24 лет. Эпидемия ВИЧ-инфекции гетерогенна даже в пределах одной страны, на скорость ее развития влияют экономические, политические и социальные факторы [12, с. 6].

По мнению ВОЗ, в России отмечаются самые высокие темпы роста ВИЧ-инфекции. Расчетное количество ВИЧ-инфицированных в России приближается к 1,4 млн. человек, хотя зарегистрировано на 31.12.2011 г. — 589 581 случаев. В Петербурге по состоянию на 31.12.2010 г. выявлено и зарегистрировано 46402 пациентов с ВИЧ/СПИДом. По данным эпидемиологического учета ГУЗ Ленинградского областного центра по борьбе со СПИДом и ИЗ на 01.01.2011 г., среди жителей Ленинградской области зарегистрировано 16 653 случая ВИЧ-инфекции, из них 2442 человека выявлены в учреждениях системы исполнения наказания.

Широкое распространение ВИЧ-инфекции на фоне смены социально-экономической и политической ситуации в России (которая привела к резкому изменению привычных стереотипов, чрезвычайной остроте социальных конфликтов и сформировала ощущение безысходности, неуверенности в завтрашнем дне), а также высокая частота встречаемости психологических нарушений [13, с. 28] обусловили актуальность изучения особенностей психологического состояния ВИЧ-инфицированных лиц.

В ходе изучения психологического статуса больных ВИЧ-инфекцией в нашей стране показано [7, с. 2], что наибольшая выраженность психоэмоциональных реакций наблюдается у пациентов с впервые установленным диагнозом ВИЧ-инфекции, а также при прогрессировании болезни.

Обнаружение у обследуемого лица антител к вирусу иммунодефицита человека в большинстве случаев приводит пациента к утрате имевшихся надежд на возможную ошибку в диагностике [1, с. 81]. Реакция может быть различной — от адаптивного варианта до выраженного патологического, в формировании которых принимают участие многие факторы (преморбидные свойства личности, система

отношений человека с внешним и внутренним миром, в т. ч. с медицинскими работниками и близкими, социальная адаптация, степень информированности о сущности заболевания и его проявления). В позднем периоде болезни реакция формируется при наличии органического повреждения мозга и по этой причине может быть атипична [1, с. 81].

Широко распространена концепция, согласно которой значимым фактором формирования невротических расстройств является уровень тревожности [15, с. 16]. По данным разных авторов, реактивные состояния проявляются чаще всего симптомами тревоги и депрессии, нередко с суицидальными идеями, наблюдаются выраженная ипохондрия, кратковременные реактивные психозы, паранойя, шизофреноподобный психоз. Характерны обсессивно-компульсивные расстройства, возникающие в качестве реакции на ВИЧ-инфицирование, или после появления депрессии. Пациенты занимаются постоянными обследованиями своего тела в поисках специфической сыпи или подозрительных пятен; их переживания заключаются в постоянных мыслях о смерти, процессе умирания, навязчивых воспоминаниях о сексуальных партнерах, от которых могло произойти заражение, опасений возможности случайного заражения близких бытовым путем. Здесь необходимо отметить, что у лиц с низким уровнем интеллекта достоверно выше уровень психопатизации [13, с. 30].

В некоторых работах оговаривается, что психотравмирующее воздействие соматического заболевания определяется объективной выраженностью проявления болезни (тяжесть течения), особенностями лечения и исхода [8, с. 32]. В них установлено, что соматическая патология более выражена в группе лиц с худшей оценкой состояния психического здоровья и с интровертированным способом реагирования [16, с. 34]. В 2004 году появились сообщения о результатах исследований, которые провел М. Коул (Michael D. Cole) с коллегами в Калифорнии, проанализировавшими показатели иммунитета, вирусной нагрузки, социальной подавленности, активности нервной системы в различных ситуациях, пришедших к выводу, что у интровертов заболевание прогрессирует быстрее, а показатели вирусной нагрузки выше, чем у экстравертов. Кроме того, при проведении антиретровирусной терапии (АРВТ) вирусная нагрузка у экстравертов становилась неопределяемой, независимо от сроков инфицирования, схем терапии и различных демографических особенностей.

Встречаются различные внутренние формы суицидального поведения, мотивы которого сводятся к личностно-семейным проблемам и угрозе жизнедеятельности, появляются депрессивные переживания, тревога по поводу состояния собственного здоровья, интерес к информации по вопросам терапии ВИЧ-инфекции, сроков выживаемости, вероятности и быстроты перехода заболевания в стадию СПИДа. Встречается злоупотребление алкоголем с элементами асоциального поведения, причем злоупотребление алкоголем носит защитный, компенсаторный характер (то есть, спиртное используется в качестве транквилизатора, снимающего состояние внутреннего напряжения, создающего иллюзию мнимого благополучия, а также с целью повышения адаптивных возможностей в социальных контактах) [1, с. 81]. Беспокойство, связанное с собственно соматическим состоянием, не носит выраженного характера, так как в большинстве случаев в период установления диагноза ВИЧ–инфекции у больных не наблюдается отчетливых соматических и психоневрологических нарушений [10, с. 11], кроме тех случаев, когда ВИЧ-инфекция диагностируется сразу в стадии СПИДа. В ряде случаев невротических реакций после сообщения о ВИЧ–инфицировании не наблюдается (чаще всего у лиц, страдающих хроническим алкоголизмом, и у гомосексуалов), что, по мнению некоторых авторов, обусловлено особенностями психического состояния этих лиц [11, с. 9].

Таким образом, возникающие в клинике ВИЧ-инфекции психические нарушения можно условно разделить на психогенные, связанные с фактом выявления инфицированности, и развивающиеся в структуре собственного заболевания. Необходимо учитывать и существование «группы риска» с различной психической патологией: черепно-мозговой травмой, функциональными расстройствами, органическими заболеваниями головного мозга, алкогольной и наркотической зависимостью [3, с. 40].

Психические нарушения на этапе сообщения диагноза ВИЧ-инфекции протекают по типу психогенных реакций, в число специфических переживаний входят: беспокойство о продолжительности и качестве жизни, вопросах финансовой и трудовой стабильности; опасения по поводу грядущего одиночества, ожидаемой социальной изоляции; сексуальной напряженности; состояние подавленности, тревоги, раздражительности при одновременной нерешительности и неуверенности [12, с. 8]. После сообщения диагноза ВИЧ-инфекции основными реакциями были страхи (мучительной смерти, инфицирования близких), тревога (по поводу нарушения конфиденциальности, вследствие невозможности что-либо изменить, из-за необходимости давать отчет о своей интимной жизни), опасения (связанные с наличием и доступностью надлежащего лечения), утрата (планов на будущее, положения в обществе, финансовой стабильности, физической привлекательности), печаль (по поводу ожидаемых или свершившихся потерь), вина (по отношению к людям, которые могли быть заражены пациентом), угрызения совести (из-за поведения, приведшего к заражению), агрессивность в отношении предполагаемого источника заражения [13, с. 34], а также неприятие заболевания как символа страха и ненависти.

К симптомокомплексам, наиболее часто встречающимся в клинике ВИЧ-инфекции, относятся:

1. Астенический синдром — психогенно-реактивная астения, возникающая на фоне относительно благополучного соматического состояния, экзогенно-органические астенические состояния, возникающие по мере прогрессирования заболевания и появления оппортунистических инфекций, присоединение которых приводит к нарастанию глубины астенических проявлений [1, с. 81].

Наличие у ВИЧ-инфицированных пациентов черепно-мозговых травм и перенесенных нейроинфекций, сифилиса, алкоголизма, наркомании, заболеваний сердечно-сосудистой системы, эндокринопатий, воздействия неблагоприятных внешних факторов может само по себе приводить к появлению астенических расстройств и неврологической симптоматики [9, с. 138].

2. Депрессивный синдром наблюдается, как правило, в легком варианте [3, с. 40], хотя развитие симптоматики СПИДа, безработица, ограниченная социальная поддержка утяжеляют этот синдром [8, с. 30]. Нередко бывает трудно дифференцировать депрессивные и астенические нарушения, в таких случаях используют термин «астено-депрессивный синдром». Отмечено, что депрессия нередко бывает первым симптомом СПИДа [9, с. 144]. Суицидальные мысли у таких больных встречаются довольно часто, но реализуются они главным образом у лиц с психопатологическими чертами.

3. Маниакальный синдром в клинике ВИЧ-инфекции наблюдается реже, чем депрессивный, и по выраженности проявлений чаще расценивается как легкий [3, с. 40]. Считается, что появление эйфории, особенно при тяжелых соматических заболеваниях, является неблагоприятным признаком, так как обычно свидетельствует об ухудшении состояния, чаще всего связанным с нарастающей кислородной недостаточностью мозга. В клинической картине ВИЧ-инфекции наиболее отчетливо гипоманиакальный и субдепрессивный синдромы наблюдаются при наличии признаков, свидетельствующих об утяжелении соматического состояния [16, с. 62].

4. Психоорганический синдром (энцефалопатия) включает в себя симптомокомплекс нарушений памяти, интеллекта и аффективности, характерно также наличие астении, дезинтеграция двигательной функции. Иногда энцефалопатия может быть первичной манифестацией ВИЧ-инфекции. Особенности этого синдрома в том, что патологические проявления неглубоки и сводятся в основном к органическому снижению уровня личности, не достигая степени слабоумия; указанные нарушения встречаются в основном при нередком сочетании ВИЧ-инфекции и сифилиса [3, с. 38].

Таким образом, психические нарушения, возникающие на начальных этапах ВИЧ-инфекции, в основном носят психогенный характер. Динамика и характер этих расстройств во многом зависят от индивидуальных особенностей инфицированных и условий их социальной адаптации. По мере ухудшения соматического состояния больных на первый план выступают клинические проявления астенического синдрома.

Для пациентов с ВИЧ/СПИДом характерны нарушение социального стиля поведения, эмоциональные реакции со склонностью к агрессивному (аутоагрессивному), авторитарному и конфликтному поведению, выбором крайне неконструктивных копинг-стратегий (дистанцирование, бегство-избегание, конфронтационный копинг) без применения конструктивных (планирование решения проблемы, положительная переоценка, поиск социальной поддержки, самоконтроль, принятие ответственности) [2, с. 28].

В. В. Беляевой [2, с. 27] установлены некоторые закономерности нарушения психической адаптации больных в зависимости от стадии заболевания:

• первый критический период проявляется в виде разнообразных психоэмоциональных реакций и дезадаптивных феноменов, обнаруживается в периоде ВИЧ-серопозитивности;

• второй критический период непосредственно связан с прогрессированием собственно инфекционного процесса, совпадает с появлением ВИЧ-оппортунистических инфекций и клинических признаков прогрессирующей церебральной недостаточности органического происхождения, и нарушения психической адаптации проявляются нарастанием алкоголизации, госпитализма, рентными установками;

• третий критический период наступает в терминальной стадии заболевания и проявляется в виде признаков, свидетельствующих о наличии у больного психоорганического синдрома.

В терминальной стадии ВИЧ–инфекции предложено выделять 3 группы больных в соответствии с их особенностями психической деятельности [2, с. 30], каковыми являются: 1) прогрессирующее снижение интеллектуальной деятельности по органическому типу, 2) эмоциональные нарушения с выраженной тревожностью, подавленностью и снижением качества жизни, 3) наиболее адекватная приспособляемость к своему состоянию, длительно сохраняющаяся активность.

Тревога по поводу состояния собственного здоровья проявляется интересом к информации по вопросам терапии ВИЧ-инфекции, сроков выживаемости, вероятности и быстроты перехода заболевания в стадию СПИДа. Возникает беспокойство не только о продолжительности жизни, но и ее качестве, вопросах финансовой и трудовой стабильности; опасения, связанные с предстоящим лечением, грядущим одиночеством, ожидаемой социальной изоляцией по причине нарушения конфиденциальности, сексуальной напряженностью; депрессия, вследствие невозможности что-либо изменить, давать отчет о своей интимной жизни, случившейся или ожидаемой утраты (планов на будущее, положение в обществе, финансовой стабильности, физической привлекательности); состояние раздражительности при одновременной нерешительности и неуверенности, различные страхи (мучительной смерти, инфицирования близких), вина (по отношению к людям, которые могли быть заражены пациентом), угрызения совести (из-за поведения, приведшего к заражению), агрессивность в отношении предполагаемого источника заражения), также неприятие заболевания как символа страха и ненависти. Анализ мотивов суицидального поведения (мысли и действия) выявил наличие личностно-семейных проблем на фоне депрессивных переживаний [6, с. 18].

Таким образом, знание особенностей психической деятельности таких больных, преморбидных свойств личности и изменений, развивающихся на фоне прогрессирования заболевания,

позволяет индивидуализировать лечебно-реабилитационный процесс, способствовать поддержанию трудоспособности больных и повышению качества их жизни. Длительный хронический стресс и глубокая депрессия способствуют угнетению клеточного иммунитета и ухудшению соматического состояния. При работе с больными ВИЧ-инфекцией необходимо использовать различный психологический инструмент: психодиагностику, психоконсультирование, индивидуальную и групповую психотерапию (в т. ч. с целью профилактики суицидального поведения), психофармакотерапию (которая носит вспомогательный характер).

1. *Беляева В. В., Ручкина Е. В.* Особенности психического состояния лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, в процессе социально-психологической адаптации // Советская медицина. — 1991. — № 2. — С. 80.
2. *Беляева В. В.* Особенности социально–психологической адаптации лиц, инфицированных ВИЧ // Эпидемиология и инфекционные болезни. — 1998. — № 5. — С. 27–29.
3. *Беляева В. В., Ручкина Е. В.* Психические нарушения при ВИЧ-инфекции у взрослых // Медицинская помощь. — 1993. — № 5. — С. 39–40.
4. *Беляева В. В., Ручкина Е. В.* Психогенные реакции и психотерапевтическая тактика при сообщении диагноза ВИЧ–инфекции // Медицинская помощь. — 1993. — № 5. — С. 24–25.
5. *Беляева В. В.* Терминальная стадия ВИЧ-инфекции: психологические аспекты проблемы // Эпидемиология и инфекционные болезни. — 1997. — № 6. — С. 29–31.
6. *Беспалов А. И., Поплавская Е. А.* Социально-демографическая и эпидемиологическая характеристика инфицированных ВИЧ, выявленных среди контактных лиц // «Паллиативная помощь при ВИЧ/СПИДе»: материалы Национ. научно-практ. конф. — Москва, 7–8 сентября 2005 г. — С. 18–19.
7. *Дербенев Д. П.* Социальная адаптация подростков // Социологический журнал. — 1997. — № 1/2.
8. *Дробижев М. Ю.* Реактивные (нозогенные) депрессии у больных соматическими заболеваниями // Современная психиатрия им. П. Б. Ганнушкина. — М., 1998. — № 2. — С. 28–32.
9. *Коркина М. В.* О некоторых психиатрических и психологических аспектах СПИДа // Журн. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1989. — № 10. — С. 137–145.
10. *Наркевич М. И.* ВИЧ-инфекция в России. — М., 1999. — С. 11
11. Об эпидемической ситуации по ВИЧ-инфекции и парентеральным вирусным гепатитам в Санкт-Петербурге в 2004 году: информационный бюллетень / Под ред. Г. В. Волковой. — СПб., 2005. — 9 с.
12. *Онищенко Г. Г.* Эпидемия ВИЧ-инфекции продолжается: Информационный бюллетень // Вакцинация. — 2001. — № 2 (14). — С. 6–9.
13. *Покровский В. В., Юрин О. Г.* Алгоритм диагностики ВИЧ-инфекции // Эпидемиол. и инфекционные болезни. — 1999. — № 2. — С. 28–35.
14. *Решетников М. М.* Метаболическое значение классификации, понятий нормы и патологии // Вестн. психоанализа. — 2001. — № 1. — С. 167–175.
15. *Ромм М. В.* Адаптация личности в социуме. — Новосибирск: Наука, 2002. — 275 с.
16. *Фролов Б. С.* Система оценки и прогнозирования психического здоровья при массовых психопрофилактических обследованиях. — Л., 1982. — 62 с.