

Клініко-психопатологічні та психологічні особливості поведінки при непсихотичних психічних розладах у хворих на ВІЛ (огляд літератури)

Спіріна І. Д., Рокутов С. В., Гненна О. М., Лазаренко А. М.

*Державний заклад «Дніпропетровська медична академія
Міністерства охорони здоров'я України»*

Аналізуються сучасні точки зору щодо проблеми деструктивної поведінки при непсихотичних психічних розладах у хворих на ВІЛ. Обговорюються поняття: поведінка, деструктивні форми поведінки, поведінкові порушення при не-психотичних психічних розладах у ВІЛ-інфікованих, клініко-психопатологічні особливості психічних розладів не-психотичного регістру у ВІЛ-інфікованих та поведінкові патерни, що супроводжують їх. Наведені сучасні результати до-сліджень динаміки захворюваності на ВІЛ-інфекцію та розповсюдженість психічних розладів серед людей, які живуть з діагнозом ВІЛ. Виділені провідні поведінкові порушення серед ВІЛ-інфікованих, що сприяють поширенню та розпо-всюдженню ВІЛ серед різних верств населення. Обґрунтовується актуальність поглиблення досліджень стосовно ме-ханізмів формування поведінкових порушень у залежності від непсихотичного психічного розладу у ВІЛ-інфікованих.

Ключові слова: ВІЛ-інфікований, деструктивна поведінка, непсихотичний психічний розлад.

У сучасній науковій літературі під терміном *поведінка* розуміють різновид людської діяльності, що забезпечує зв'язок людини із середовищем і проявляється у зовнішній активності та опосередкованим внутрішнім вмістом [1]:

- зовнішня активність реалізується у вигляді руху, дій, вчинків, висловлювань, вегетативних реакцій;

- внутрішня активність характеризується мотивацією, когнітивною переробкою інформації, емоціями, почуттями, психофізичним станом та процесом саморегуляції, звичками.

Поведінкові прояви пов'язані з умовами соціального середовища, конкретними ситуаціями, особистістю та можуть бути порушені під зовнішнім впливом. Багатьма авторами зазначається, що до розвитку непсихотичних психічних розладів, що супроводжуються розвитком деструктивної поведінки, призводять [1, 2, 5, 7, 12, 15, 17, 22, 25, 26]:

- наявність соціально значущих захворювань, таких як ВІЛ, гепатит, туберкульоз;
- високий рівень напруженості у будь-якій сфері життя;
- зміни політичної структури суспільства;
- соціальні конфлікти;
- швидкий темп життя;
- інформаційне перевантаження;
- інтерперсональні та міжперсональні конфлікти;
- військові дії.

Таким чином, поведінкові прояви залежать від психічного стану людини, її внутрішніх переживань, волевої сфери, що формує мотивацію дій та систему вчинків.

Поведінкові порушення формуються у результаті змін провідних корелят стану психічного благополуччя та супроводжуються відхиленням від загальноприйнятих норм і встановлених стандартів (моральних, соціальних, юридичних); соціальна значимість цих процесів не викликає сумнівів [1, 3-5].

Велика розповсюдженість деструктивної поведінки серед хворих на ВІЛ є однією з глобальних проблем сьогодення, що несе загрозу розвитку людства. Епідемія ВІЛ-інфекції у багатьох країнах світу невпинно поширюється, охоплюючи нові прошарки населення [6]. В Україні епідемія ВІЛ-інфекції почала стрімко поширюватись з 1997 р. та продовжує прогресувати, охоплюючи всі адміністративні території країни [6, 7].

Сьогодні більшість випадків інфікування ВІЛ в Україні реєструються у молодих людей від 15 до 30 років. Усього з 1987 р. в Україні офіційно зареєстрований 312091 новий випадок ВІЛ-інфекції; від СНІДу померла 44221 людина. За оцінками Міжнародної організації праці, 80 % ВІЛ-інфікованих громадян, які проживають в країнах колишнього СНД, належать до працездатного населення, 75 % – молодші 30

років. За даними Центру громадського здоров'я МОЗ України, за десять місяців 2017 р. кількість нових випадків виросла на 10,1 % у порівнянні з аналогічним періодом 2016 р. [6].

У сучасній літературі досліджено гендерну специфіку розповсюдження захворювання, оскільки сьогодні в Україні кількість ВІЛ-інфікованих чоловіків і жінок майже зрівнялася. Протягом 2014 р. частка чоловіків у структурі нових випадків ВІЛ-інфекції становила 55,3 %, жінок – 44,7 %. Описані провідні прояви гендерних особливостей поведінки [8]:

- вибір більш вільного стилю поведінки в силу економічних, біологічних та психоемоційних причин;
- сексуальне насильство, яке підвищує вірогідність ураження ВІЛ-інфекцією та іншими інфекціями, які передаються статевим шляхом;
- приховування ВІЛ-інфікованими чоловіками свого ВІЛ-позитивного статусу.

S. M. Przybyla et al [9] дослідили залежність від вживання алкоголю та незахищених сексуальних відносин серед ВІЛ-інфікованих.

Статистичні дані Українського центра контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України / ВІЛ-інфекція в Україні демонструють, що жінки зазвичай інфікуються у більш ранньому віці порівняно з чоловіками; так, у 2012 р. в Україні [6]:

- у віковій групі 15–24 років жінки становили 75 %, чоловіки – 25 %;
- у віковій групі 25–49 років переважали чоловіки – 60 %; жінки становили 40 %;
- у віці 50 років і старше чоловіки становили 56,4 %, жінки – 43,6 %.

Дослідження наголошують на тому, що чоловіки мають особливий стиль поведінки, що проявляється:

- у вигляді маскованої тривоги за своє майбутнє;
- невпевненістю у собі;
- пригніченістю та надмірною агресивністю;
- байдужим ставленням до власного здоров'я;
- нехтуванням рекомендаціями медичних працівників.

Гендерною особливістю поведінки ВІЛ-інфікованого чоловіка також є:

- частіше приховування від статевих партнерів факту власної інфікованості;
- тиск на партнера при домаганні інтимних стосунків;
- нерегулярне використання засобів захисту від інфікування ВІЛ та інших інфекцій, які передаються статевим шляхом.

Подібна поведінка загрозна для представників обох статей, проте більш небезпечна для жінок, які уразливіші до інфікування ВІЛ статевим шляхом внаслідок фізіологічних особливостей [8, 9]. Вище перераховані дані свідчать

про формування поведінкових порушень серед ВІЛ-інфікованих людей, що виникають внаслідок порушення вольового процесу та наявності деструктивного рівня тривоги.

Також викликає інтерес особливості психічного стану, поведінки та сексуальної реалізації ВІЛ-інфікованих осіб та їх партнерів. У результаті досліджень та за даними системно-структурного аналізу обстежених, виявлено різні за механізмом виникнення та клінічними проявами порушення сексуальної реалізації, в яких один із партнерів інфікований ВІЛ. У гетеросексуальної партнерської пари, незалежно від того, чоловік або дружина є інфікованими, у генезі розвитку деформації сексуальної взаємодії провідна деструктивна роль належить викривленню партнерських відносин та соматичним наслідкам інфікування ВІЛ. У гомосексуальних партнерських пар генез сексуальних проблем є більш складним; їх основу складають:

- внутрішньоособистісний конфлікт, обумовлений стигматизованою сексуальною ідентичністю, амбівалентністю самоідентифікації та посилений трактуванням факту інфікування як наслідку особливостей психосексуальної орієнтації;

- соціокультурна інконгруентність власних та суспільних уявлень, –

- а також весь спектр соматичних проблем, що виникають за наявності ВІЛ [10].

Відомо, що ВІЛ-інфекція прямо та опосередковано провокує розвиток психічних розладів – внаслідок [16, 17]:

- реагування на хворобу;
- необхідності дотримуватись довготривалого лікування, що пролонгує захворювання;
- розвитку органічних уражень головного мозку.

Сучасні дослідження переконливо свідчать, що психічні захворювання у ВІЛ-інфікованих проявляються частіше, ніж серед населення у цілому. Серед психічних порушень при ВІЛ-інфікуванні виділяють розлади [13, 15, 16]:

- пов'язані з реакцією особистості на факт захворювання на ВІЛ/СНІД;
- що виникають, як результат органічного ураження головного мозку.

Значна кількість досліджень присвячена вивченню психічних розладів непсихотичного рівня, що спостерігаються у ВІЛ-інфікованих та представлені трьома основними групами порушень [13, 15–17]:

- психогенно-реактивними;
- екзогенно-органічними;
- особистісними.

Багато дослідників вважають, що інфікування ВІЛ є важкою психологічною травмою, адже супроводжується, у першу чергу, страхом стигматизації (вилучення особистості з широкого

соціального визнання) і подальшої дискримінації (обмеження прав і обов'язків), що призводить до дезадаптації, що, у свою чергу, може супроводжуватись девіантною поведінкою [8, 13-15, 17]. Деякі автори вважають, що стигми, пов'язані з ВІЛ/СНІДом, є перешкодою для боротьби з поширенням захворювання [18]. Епідемія ВІЛ/СНІДу – це епідемія трьох лих:

- ВІЛ-інфекції;
- СНІДу (як термінальної стадії ВІЛ-інфекції);
- стигм, дискримінації та відчуження.

До наслідків стигм, які спостерігаємо в Україні, відносять [8]:

- соціальну ізоляцію;
- обмеження у правах і доступу до допомоги;
- вторинні стигми (стигматизація оточуючих).

Отже, окрім особистісної реакції на факт інфікування невиліковним захворюванням, людина з ВІЛ-інфекцією стикається з стигматизацією, що у поєднанні призводить до розладів адаптації та може проявлятися у вигляді [11-15]:

- афективних розладів:
 - 1) депресивний синдром;
 - 2) маніакальний синдром;
- невротичних розладів:
 - 1) конверсійні розлади;
 - 2) іпохондричний синдром;
 - 3) сенестопатичний синдром;
 - 4) астеноневротичний синдром;
 - 5) тривожні розлади.

Також виділяють особливий стиль поведінки серед людей з ВІЛ-інфекцією, такий як самостигматизація, або «внутрішня» стигма, що, на відміну від «зовнішньої» стигми, передусім зачіпає почуття власної гідності окремої людини. Стигма і дискримінація, пов'язані з ВІЛ/СНІДом, чинять сильний психологічний вплив на самосвідомість людей, які живуть ВІЛ, викликаючи в них депресію, занижену самооцінку і відчай. Це підриває і виснажує сили людей, які живуть з ВІЛ, нерідко змушує їх звинувачувати самих себе у тому, що вони опинилися у такому скрутному становищі. До поведінкових проявів внутрішньої стигматизації відносять [8, 18, 20, 22, 27]:

- відчуття власної провини;
- занижена самооцінка, сором;
- звинувачення інших, відчуття необхідності покарання;
- бажання вчинити самогубство.

За даними спостережень, найбільш поширеним непсихотичним психічним розладом серед ВІЛ-інфікованих хворих є депресія та депресивні симптоми, що спостерігаються у 15–40 % пацієнтів. Вірогідність розвитку депресивного розладу у ВІЛ-інфікованих пацієнтів у два рази вища, ніж у загальній популяції [19, 20]. **Виявлено**, що депресивні розлади у поєднанні з переживанням чергових проблем, пов'язаних з перебі-

гом ВІЛ-інфекції, супроводжувались у обстежених пацієнтів зниженим відчуттям самоцінності, пасивністю перед лицем своїх проблем, безсиллям, безнадією, перекиданням відповідальності за свої негаразди на ВІЛ [20]. **Таким чином, виділено** залежність показників депресивності та реактивної тривожності від гостроти процесу адаптації до специфічних ВІЛ-стресорів, що прямо впливає на мотивацію поведінкових порушень.

Окрім цього, поведінкові порушення у ВІЛ-інфікованих можуть ускладнюватись патологічною тривогою, що істотно порушує якість життя людини, професійну та трудову діяльність, інвалідизує її; тривожні розлади характеризуються [21]:

- гетерогенністю клінічних проявів;
- тенденцією до хронізації перебігу;
- формуванням коморбідних станів з депресивними та соматоформними розладами.

За даними досліджень, для 70 % ВІЛ-інфікованих характерна особистісна тривожність, що характеризує специфічність преморбиду даного контингенту хворих та проявляється у специфічності сприйняття оточуючих, підвищує імовірність розвитку тривожних розладів [22].

Особливу увагу привертає саморуйнівна (аутоагресивна) поведінка серед ВІЛ-інфікованих, що перш за все є актуальною морально-етичною та медико-соціальною проблемою. Низкою досліджень виділено наявність зв'язку між соматичною патологією та агресивною поведінкою [23, 24]. Були проведені наукові роботи, що підтверджують мультифакторну природу антивітальних тенденцій у поведінці ВІЛ-інфікованих, указуючи на те, що не тільки депресія є важливим фактором, що веде до суїцидальної поведінки, але й [12, 25]:

- порушення сну (а саме термінальна інсомнія);
- ступінь особистісної ворожнечі (негативні почуття і негативні оцінки людей і подій);
- тривожні розлади.

У зв'язку з розвитком і розповсюдженням високоактивної антиретровірусної терапії, хворі на ВІЛ/СНІД у даний час живуть довше, ніж раніше; але, незважаючи на цей факт, встановлено, що ВІЛ/СНІД є достовірним фактором ризику розвитку суїциду, рівень якого у 7,4 рази вищий у ВІЛ-інфікованих, ніж серед інших груп населення. Дослідження демонструють, що у 27–40 % ВІЛ-інфікованих виявлені суїцидальні ідеї.

На думку одних дослідників, існує два критичних періоди появи суїцидів:

- перший критичний період – це перші 6 місяців після встановлення факту ВІЛ-інфікування;
- другий критичний період – приєднання опортуністичних інфекцій та виявлення діагнозу СПІД;

на користь цих даних свідчить, що пік суїцидальних намірів і спроб припадає приблизно на період через 1–2 роки після постановки діагнозу

ВІЛ-інфекції [16].

На думку інших дослідників, виникнення антивітальних тенденцій не залежить від ходу і стадії захворювання. Стигматизація та дискримінація ВІЛ-інфікованих посилюють психічні розлади неспсихотичного регістру і підвищують ризик розвитку суїцидів. Опортуністичні інфекції, тяжкість соматичного стану, ВІЛ-асоційована деменція можуть сприяти реалізації суїцидальної поведінки [25, 26].

Важливо зауважити, що в соціально-психологічному ракурсі ВІЛ-інфекцію характеризують як патологію поведінки, оскільки у більшості випадків доведений чіткий взаємозв'язок між хворобою та поведінкою [27]. Були проведені дослідження, у результаті яких були виявлені соціально-психологічні особливості ВІЛ-інфікованих:

- соціальна пасивність;
- замкнутість;
- конфліктність;
- агресивність;
- необґрунтовані лідерські устремління;
- високий рівень особистісної та ситуаційної тривожності;
- переймання недостатньої цінності власної особистості.

Хворі на ВІЛ переважно використовують відхід від проблеми, що віддзеркалює схильність до уявним прагненням, а також поведінковим прагненням, що спрямовані на уникнення або втечу від їх вирішення. Це призводить до високого рівня напруженості і збільшує ризик виникнення порушень психічної адаптації і соціалізації серед даного контингенту. Емоційне самопочуття ВІЛ-позитивних осіб, що виявляється в емоційному дискомфорті, а також низьким ступенем задоволеності: відносинами з оточуючими, соціальним статусом, реалізацією основних потреб, самореалізацією, – вимагає не менш серйозної уваги, ніж фізичне [22]. Вище перераховані особливості людей з ВІЛ формують специфічні поведінкові порушення, що мають деструктивні тенденції та проявляються широким спектром:

- вербальною та фізичною агресією;
- стереотипізацією;
- ригідністю;
- неадекватністю соціальних оцінок;
- скоєнням протиправних, кримінальних дій;
- саморуйнівною поведінкою;
- ворожістю до оточуючих.

Виявлені предиктори дитячо-підлітково-юнацького віку, що сприяють розвитку розладів неспсихотичного рівня [17, 28, 29]:

- виховання у неповних і прийомних сім'ях;
- патологічний тип виховання:
 - 1) гіпо- або гіперопіка;
 - 2) фізична та/або емоційна депривація;

3) алкогольна, наркотична залежності одного або обох батьків;

4) фізичне та сексуальне насильство.

Виділено дві групи ризику розвитку психічних розладів [16]:

- перша група включає осіб, які мають позитивну реакцію на ВІЛ, але без ознак захворювання;
- друга група включає осіб з особливим життєвим стилем (вживання ін'єкційних наркотиків, безладні статеві зв'язки).

У осіб першої групи ризику психогенні розлади зустрічаються набагато частіше та проявляється:

- у вигляді астеничного синдрому, маскованої депресії, невротичної симптоматики;
- повною зосередженістю на думках про можливе захворювання на СНІД;

при цьому багатьма авторами наголошується на складності виявлення гніву, розпачу, суїцидальних думок та намірів серед пацієнтів першої групи ризику.

На відміну від першої групи, інфіковані другої групи ризику, навпаки, відкрито проявляють антисоціальні тенденції, здатні до епізодів насильства, прагнучи до збільшення своїх сексуальних зв'язків або до передачі ВІЛ/СНІДу іншим шляхом. Для них також характерний стан апатичної, тривожної, тужливої депресії з частими ідеями самозвинувачення, суїцидальними думками. Описаний розвиток реактивних психотичних станів широкого діапазону: від психологічної дезорганізації і афективних, когнітивних, особистісних розладів до істеричних, іпохондричних і параноїдних психозів [16]. Серед ВІЛ-інфікованих другої групи основний контингент складають особи, що схильні та прагнуть до асоціального способу життя, вживання наркотичних речовин, часті зміни сексуальних партнерів, кримінальних дій.

Незважаючи на багаторічну тенденцію до зниження, актуальність парентерального шляху передачі при ін'єкційному введенні наркотичних препаратів в Україні залишається високою – 22 % у 2017 р. Споживачі ін'єкційних наркотиків є соціальною групою, яка все ще залишається найбільш вразливою як середовище, де активно розповсюджується ВІЛ. Це підтримує розвиток епідемії і не дозволяє взяти її під повний контроль [6]. У ВІЛ-інфікованих споживачів ін'єкційних наркотиків часто (35-50 %) діагностуються супутні психічні розлади. Серед вкрай різноманітних психічних порушень, що відзначаються у ВІЛ-інфікованих споживачів ін'єкційних наркотиків, провідне місце посідають депресивні синдроми. Масштабне скринінгове дослідження виявило, що протягом останнього року:

- більше 30 % ВІЛ-позитивних споживачів ін'єкційних наркотиків відмітили у себе

симптоми депресії; вони можуть бути проявом маніакально-депресивного психозу (так звані великі депресії, циклотимії) або бути обумовленими відміною опіоїдів (ангедонія в опіоїдних наркозалежних);

- друге місце посідають тривожні розлади: пацієнти відчувають немотивовану тривогу, obsесивні думки, фобії.

На цьому тлі буває важко встановити продуктивний стосовно організації лікування контакт [30].

Крім реакції на факт захворювання (реактивні психози), виділяють психічні захворювання як результат органічного ураження головного мозку нейротоксичним по природі вірусом імунodefіциту людини; дані розлади проявляються [16]:

- у вигляді когнітивних порушень (комплекс ВІЛ-асоційована деменція, ВІЛ-асоційований малий когнітивно-руховий розлад);

- у поведінкових або психічних симптомах (манія, психоз).

Провідними при органічному ураженні головного мозку залишаються афективні порушення, серед яких переважають тривога і депресія; часто саме з приводу депресивних порушень хворі зверталися до психіатричної установи, де у них вперше виявляють ВІЛ-інфекцію [31].

Вважають, що в основі схильності або підвищеної уразливості психіки до порушень лежать генетичні та психосоціальні чинники. У зв'язку з цим, ВІЛ, будучи патогенним для центральної нервової системи, може спровокувати психоз у схильних до нього осіб. Необхідно брати до уваги, що у інфікованих ВІЛ причиною гострого психозу екзогенної природи з вираженими галюцинаціями і маренням у клінічній картині можуть бути опортуністичні інфекції, зокрема [16]:

- токсоплазмоз;
- прогресуюча мультифокальна лейкоенцефалопатія;
- цитомегаловірусна енцефалопатія і різні мікози;
- новоутворення головного мозку (лімфома);
- ВІЛ-енцефалопатія, –

а також метаболічні порушення або лікарські препарати і їх взаємодії.

Було оцінено відсоткове співвідношення різних типів психічних розладів у ВІЛ-інфікованих, що коливається у вельми широких межах у різних дослідженнях; це автори частково пояснюють часовими відмінностями у розповсюдженні ВІЛ у різних країнах, а відповідно, різною кількістю пацієнтів на різних та більш пізніх стадіях інфекції, різним темпом виходу ВІЛ за межі маргінальних соціальних груп [11]. Вищезазначений факт дає підстави вважати, що, за рахунок поліморфізму клініко-психопатологічних осо-

бливостей неспсихотичних психічних розладів серед ВІЛ-інфікованих, формується особливий стиль поведінки серед даного контингенту, що ускладнює діагностику психічних порушень.

На сьогоднішній день в Україні багатьма привертається увага питанню своєчасного виявлення психічних розладів з наступними корекційними, реабілітаційними та профілактичними заходами серед пацієнтів з психосоматичними та соматопсихічними розладами. Авторами наголошується на створенні мультидисциплінарної моделі психіатричної допомоги, комплексного підходу до її надання [7, 11, 32].

Вищезазначені факти дають підставу вважати, що депресивні стани, хронічний стрес від наявності невиліковного захворювання, внутрішньосімейні, інтерперсональні та соціальні проблеми, відсутність здорового способу життя та низький рівень виявлення неспсихотичних психічних розладів несприятливо позначаються на стані імунної системи, будучи компонентами деструктивної поведінки, що у свою чергу призводить до несприятливого епідеміологічного становища щодо ВІЛ/СНІД в Україні [7, 16, 17]. Ці факти мають пряме відношення до проблеми даного інфекційного захворювання. Дослідження останніх п'ятнадцяти років довели, що важкі життєві стреси несприятливо впливають на здоров'я ВІЛ-інфікованих, майже у 4 рази збільшуючи ймовірність прискореного розвитку СНІДу.

Таким чином, за останні роки накопичено значний обсяг даних, що вказує на переважаючу роль розладів вольового процесу внаслідок порушення мотиваційної сфери при неспсихотичних психічних розладах у хворих на ВІЛ/СНІД. У той же час бракує робіт з дослідження розвитку деструктивної поведінки у залежності від психопатологічної симптоматики та стадії захворювання у ВІЛ-інфікованих пацієнтів. Зокрема відсутній аналіз структури формування поведінкових порушень, не в повній мірі вивчені впливи на неї різних чинників (таких як стать, вік, соціальний статус, особливості характеру). Недостатньо розробленими залишаються принципи корекції та профілактики психічних розладів неспсихотичного регістру, що супроводжуються деструктивною поведінкою у хворих, які страждають на ВІЛ/СНІД.

Вищенаведене дозволяє вважати, що вивчення особливостей мотивації психопатологічної агресії з метою поглиблення розуміння механізму формування поведінкових порушень при неспсихотичних психічних розладах у хворих на ВІЛ є актуальним і своєчасним та може скласти підґрунтя для застосування комплексного підходу при розробці діагностичних, корекційних та профілактичних заходів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Журба А. Н. Аналіз понятійного конструкту «особистісні деструкції» в науковій літературі. Організаційна психологія. Економічна психологія. Соціальна психологія. 2015. № 43. – С. 107 – 110.
2. Марута Н. О., Панько Т. В., Федченко В. Ю. Особливості діагностики тривоги при невротичних розладах. Експериментальна і клінічна медицина. 2015. № 3 (68). С. 101 – 106.
3. Ковальчук М. А., Тарханова И. Ю. Девиантное поведение: профилактика, коррекция, реабилитация [пособие]. М. : Гуманитар. изд. центр ВЛАДОС, 2010. 286 с. Ковальчук М., Тарханова И. Девиантное поведение: реабилитация, коррекция, профилактика. Litres. 2017. С. 2217.
4. Гарасимов Т. З. Девіантна поведінка особистості причини та шляхи попередження. Форум права. 2015. № 4. С. 46 – 55.
5. Акажанова А. Т. Девиантное поведение и классификация их основных видов. Вестник КазНУ. Серия психологии и социологии. 2014. № 3. С. 14 – 27.
6. ВІЛ-інфекція в Україні. 2017. № 48. 39 с.
7. Фищенко Ю. І., Вієвський А. М., Мельник В. М. та ін. Епідеміологічні та організаційні аспекти надання інтегрованої медичної допомоги хворим на ВІЛ/СНІД, туберкульоз, інфекційний гепатит та наркотичну залежність в Україні. Український пульмонологічний журнал. 2013. № 3. С. 34 – 46.
8. Гойда Н. Г., Єщенко О. Г. Гендерні аспекти у державній політиці протидії ВІЛ-інфекції / СНІДу в Україні. Український медичний часопис. 2016. № 4 (414). С. 1 – 4.
9. Przybyla S. M., Krawiec G., Godleski S. A., Crane C. A. Meta-analysis of alcohol and sero-discordant condomless sex among people living with HIV. Archives of sex behavior. 2017. doi: 10.1007/s10508-017-1050-1
10. Габрель Р. Т., Маркова М. В. Особливості психічного стану та сексуальної реалізації ВІЛ-інфікованих осіб та їх партнерів у контексті психосоціальної орієнтації та життєдіяльності партнерської пари. Міжнародний неврологічний журнал. 2013. № 6 (60). С. 147 – 151.
11. Пушук Н. Г., Кирилюк Н. П., Стукан Л. В. Клініко-патологічні особливості ВІЛ-інфікованих пацієнтів. Архів психіатрії. 2012. Т. 18, № 3. С. 29 – 33.
12. Марута Н. О., Ніканорова Ю. В. Суїцидальна поведінка у хворих на тривожні розлади. Український вісник психоневрології. 2014. Т. 22, № 2. С. 10 – 15.
13. Сыропятов О. Г., Дзеружинская Н. А., Солдаткин В. А., Крылов В. И., Перехов А. Я. Психические и поведенческие расстройства при ВИЧ-инфекции и СПИДе: Учебное пособие. К., 2013. 354 с.
14. Халезова Н. Б., Незнанов Н. Г., Беляков Н. А. ВИЧ-инфекция и психические расстройства: современный взгляд на проблему. Медицинский психологический журнал. 2014. № 3. С. 14 – 32.
15. Хритинин Д. Ф., Новиков В. В. Систематика и особенности развития психических расстройств у больных с ВИЧ-инфекцией. Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2016. Т. 116, № 5. С. 19 – 22.
16. Кадочников Д. С., Полянский Д. А., Калинин В. В., Минаева П. В. Классифицирующие критерии оценки тяжести вреда в случае развития психического расстройства при заражении ВИЧ-инфекцией. Судебно-медицинская экспертиза. 2017. № 1. С. 8 – 12.
17. Рыбалко В. О., Ясникова Е. Е., Аитов К. А. Распространенность и особенности непсихотических психических расстройств у ВИЧ-инфицированных, получающих высокоактивную антиретровирусную терапию в стационарных условиях. Социальная и клиническая психиатрия. 2015. Т. 25, № 2. С. 40 – 44.
18. Демченко І. Л., Артюр О. Р., Сусідко Т. І. та ін. Показник рівня стигми ЛЖВ – Індекс Стигми : Аналітичний звіт за результатами дослідження. К. : Вид-во ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ», 2014. 95 с.
19. Schadé A., van Grootheest G., Smit J. H. HIV-infected mental health patients: characteristics and comparison with hiv-infected patients from the general population and non-infected mental health patients. BMC Psychiatry. 2013. Vol. 13, No. 1. P. 1-10.
20. Кирилюк Н. П. Роль специфічних для ВІЛ-інфікованих пацієнтів стресорів у психогенезі депресії. Український вісник психоневрології. 2017. № 1. С. 123 – 124.
21. Марута Н. О., Панько Т. В., Федченко В. Ю. Особливості діагностики тривоги при невротичних розладах. Експериментальна і клінічна медицина. 2015. № 3. С. 101 – 106.
22. Кудрич Л. А., Брызгин М. Б., Ефремова Е. Н. Социально-психологические особенности ВИЧ-инфицированных людей. Современные исследования современных проблем (электронный журнал). 2015. № 11. С. 10 – 24.
23. Романов О. П., Хаустова О. О. Суїцид: сучасні підходи до профілактики. Ліки України. 2013. № 1. С. 89 – 94.
24. Войтко В. Характерні особливості суїциду та суїцидальної поведінки: [навчально-методичний посібник]. Кропивницький: КЗ «КОІППО ім. Василя Сухомлинського», 2016. 44 с.

25. Жабенко Н. Ю. Суицидальное поведение и ВИЧ-инфекция. Ліки України. 2011. № 4. С. 45 – 47.
26. Bailey K. L., Patel T. C., Avenido J. [et al]. Suicide: current trends. Journal of National Medical Association. 2011. Vol. 103, No 7. P. 614 – 617.
27. Воронин М. Н. Психологические особенности ВИЧ-инфицированных осужденных. Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2014. № 3 (6). С. 68 – 75.
28. Профілактика ВІЛ та ризикованої поведінки серед неповнолітніх, які перебувають у конфлікті із законом: навч.-метод. посібник : за ред. Т. В. Журавель. К. : ТОВ «ОБНОВА КОМПАНІ», 2015. 184 с.
29. Booth R. E., Davis J. M., Dvoryak S. [et al]. HIV incidence among people who inject drugs (pwids) in Ukraine: results from a clustered randomised trial. The lancet. HIV. 2016. Vol. 3, No 10. P. e482 – 489.
30. Zimmerman M., Chelminski I., McGlinchey J. B., Posternak M. A. A clinically useful depression outcome scale. Comprehensive Psychiatry. 2008. Vol. 49, No 2. P. 131 – 140.
31. Atkinson J. H., Heaton R. K., Patterson T. L. [et al]. Two-year prospective study of major depressive disorder in hiv-infected men. Journal of Affective Disorders. 2008. Vol. 108, No 3. P. 225–234.
32. Спірина І. Д., Леонов С. Ф., Рокутов С. В. та ін. Мультидисциплінарний підхід в організації надання психотерапевтичної та медико-психологічної допомоги хворим з психосоматичними та соматопсихічними розладами. Український вісник психоневрології. 2012. Т. 20, № 3. С. 225.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОВЕДЕНИЯ ПРИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ У БОЛЬНЫХ ВИЧ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) Спирин И. Д., Рокутов С. В., Гненная О. Н., Лазаренко А. Н.

Государственное учреждение «Днепропетровская медицинская академия Министерства здравоохранения Украины»

Анализируются современные точки зрения на проблему деструктивного поведения при непсихотических психических расстройствах у больных ВИЧ. Обсуждаются понятия: поведение, деструктивные формы поведения, поведенческие нарушения при непсихотических психических расстройствах у ВИЧ-инфицированных, клинико-психопатологические особенности психических расстройств непсихотического регистра у ВИЧ-инфицированных и сопровождающие их поведенческие паттерны. Приведены современные результаты исследований динамики заболеваемости ВИЧ-инфекцией и распространение психических расстройств среди людей, живущих с диагнозом ВИЧ. Выделены ведущие поведенческие нарушения среди ВИЧ-инфицированных, способствующие распространению ВИЧ среди различных слоев населения. Обосновывается актуальность углубления исследований по механизмам формирования поведенческих нарушений в зависимости от непсихотического психического расстройства у ВИЧ-инфицированных.

Ключевые слова: ВИЧ-инфицированный, деструктивное поведение, непсихотическое психическое расстройство.

CLINICAL-AND-PSYCHOPATHOLOGICAL AND PSYCHOLOGICAL FEATURES OF BEHAVIOR UNDER NONPSYCHOTIC PSYCHIATRIC DISORDERS OF HIV PATIENTS Spirina I. D., Rokutov S. V., Gnenna O. M., Lazarenko A. M.

“Dnipropetrovsk Medical Academy of the Ministry of Health of Ukraine” SI

The contemporary views on destructive behavior under nonpsychotic mental disorders among HIV-infected people are analyzed. The concepts of behavior, destructive forms of behavior, behavioral disorders under nonpsychotic mental disorders among HIV-infected people, clinical-and-psychological peculiarities of nonpsychotic mental disorders among HIV-infected people and behavioral patterns accompanying them are discussed. The present results of the research on the dynamics of the incidence of HIV infection and the spread of mental disorders among people living with HIV are presented. The leading behavioral disorders among HIV-positive people that promote the spread of HIV among different segments of the population are highlighted. The relevance of the deepening research on the mechanisms for the formation of behavioral disorders depending on the nonpsychotic mental disorder among HIV-infected people is substantiated.

Keywords: destructive behavior, HIV-infected people, nonpsychotic mental disorder.

Спирин Ирина Дмитриевна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой психиатрии, общей и медицинской психологии ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины».
Рокутов Сергей Викторович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии, общей и медицинской психологии ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины».
Гненная Ольга Николаевна – ассистент кафедры психиатрии, общей и медицинской психологии ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины».
Лазаренко Анатолий Никитович – заведующий отделением КУ «Днепропетровская клиническая психиатрическая больница» Днепропетровского областного совета.
elizaveta.fedenk@gmail.com