

що діагностичні критерії (маркери) станів різного ступеня комплаєнтності, що виступають їх клінічними предикторами, повинні використовуватися для об'єктивізації терапевтичних та прогностичних можливостей надання допомоги хворим на параноїдну шизофренію.

ПРОВІДНІ ФАКТОРИ ФОРМУВАННЯ ДЕВІАНТНОЇ ПОВЕДІНКИ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ

І.Д. Спіріна, О.М. Гненна

Державний заклад «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

(м. Дніпро)

Девіантна поведінка - це вчинки і дії, що не відповідають встановленим, загальноприйнятим у суспільстві нормам, правилам. Проблема девіації є однією з центральних у різних галузях наукового знання: медицини, соціології, психології, педагогіці, політології, кримінології (в різних її напрямках) [Т.З. Гарасимов, 2015; М. Ковальчук, 2017]. Девіантна поведінка особливо виражена і розповсюджена серед ВІЛ-інфікованих і несе загрозу для самих інфікованих людей, їх оточення (родини, друзів), навколишнього середовища, адже вона може призводити до розладів адаптації, погіршення психічного і соматичного станів пацієнтів, протиправних і злочинних дій [Ю.І. Фещенко зі співавт., 2013].

Стрімке поширення ВІЛ-інфекції, що несе епідемічний характер, перетворило її на одну з найзгубніших хвороб, адже характеризується надзвичайною динамічністю, наростаючим негативним ефектом, мінливістю, слабкою передбачуваністю, високою резистентністю до заходів протидії [Ю.І. Фещенко зі співавт., 2013]. Епідемія ВІЛ-інфекції в Україні є однією з найтяжчих серед країн Східної Європи та Центральної Азії. Епідемічний процес ВІЛ-інфекції в країні характеризується широким поширенням ВІЛ серед різних контингентів населення, передусім серед осіб, які відносяться до груп високого ризику інфікування (особи з психічними розладами та розладами поведінки внаслідок вживання наркотичних речовин, виховання у

неповній або прийомній родині, патологічних тип виховання: гіпо- або гіперопіка з фізичною або емоційною депривацією, сексуальне насилля). Основним шляхом передачі ВІЛ залишається ін'єкційне вживання наркотиків [Н. П. Кирилюк, 2017]. За оцінками Об'єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІД UNAIDS, за десять місяців 2016 року в Україні було зареєстровано 13 381 новий випадок ВІЛ-інфекції (з них 2349 дітей до 14 років). 60% нових випадків передачі ВІЛ-інфекції відбулися через незахищений секс. Більшість випадків інфікування ВІЛ в Україні сьогодні реєструються у молодих людей від 15 до 30 років [Ю.І. Фещенко зі співавт., 2013].

Широке розповсюдження ВІЛ-інфекцій зумовлене особливим психічним станом інфікованих осіб. Серед психічних розладів, які зустрічаються у ВІЛ-інфікованих, виділяють розлади, що пов'язані з реакцією особистості на факт захворювання на ВІЛ, і психічні розлади в результаті органічного ураження головного мозку [О.А. Голубовская, И.С. Азаренко, 2013; М.Б. Дикий зі співавт., 2014; Annemiek Schadé et al., 2013].

Тривожні розлади можуть розвинутися у будь який період протікання ВІЛ-інфекції і проявлятися у вигляді: тривожного розладу, обумовленого загальним соматичним захворюванням, розладу адаптації, генералізованого тривожного розладу, панічних розладів з агорафобією та без, obsесивно-компульсивних розладів, пост-травматичних стресових розладів [М.Б. Дикий зі співавт., 2014]. Нейропсихічні розлади, такі як когнітивні порушення (комплекс ВІЛ-асоційована деменція і ВІЛ-асоційований малий когнітивно-руховий розлад), поведінкові труднощі або психічні симптоми, наприклад, манія й психоз, залежать від стадії ВІЛ-інфекції та приєднання вторинної оппортуністичної інфекції, також є розповсюдженим явищем і потребує відповідного лікування [О.А. Голубовская, И.С. Азаренко, 2013; М.Б. Дикий зі співавт., 2014].

При наявності психотичних и непсихотичних психічних розладів у ВІЛ-інфікованих провідне місце у формуванні дезадаптації належить страху стигматизації (виключення особистості з соціального визнання) та подальшої

дискримінації (обмеження прав та обов'язків) [О.А. Голубовская, И.С. Азаренко, 2013].

Мета дослідження: визначити провідні фактори формування девіантної поведінки у ВІЛ-інфікованих.

Матеріали і методи: Обстежено 40 хворих, які перебували на стаціонарному лікуванні в інфекційному відділенні Комунального закладу «Дніпропетровська клінічна психіатрична лікарня» Дніпропетровської обласної ради. З них: 25 (62,5%) чоловіків, 15 (37,5%) жінок, середній вік ($M \pm s$) – $30,3 \pm 5,3$ років. У роботі використані методи: клініко-психопатологічний, анамнестичний, психодіагностичні (батарея лобних тестів, шкала самооцінки Дембо-Рубинштейна, Торонтська шкала алекситимії, методика виміру рівня тривожності Тейлора, шкала виміру рівня депресії Монтгомері-Асберга).

Результати: В результаті проведеного дослідження виявлено два провідні фактори формування девіантної поведінки у ВІЛ-інфікованих: 1) фактори пов'язані з органічним ураженням головного мозку (комплекс ВІЛ-асоційована деменція і ВІЛ-асоційований малий когнітивно-руховий розлад), був виявлений у 65% хворих, 2) фактори, пов'язані з психологічною травмою (наявність невиліковного захворювання, стигматизація), був виявлений у 45% хворих. Такий розподіл перш за все ґрунтується на стадії захворювання і вторинних ускладненнях. Для ВІЛ-інфікованих, що були опитані, основними симптоми є розпач, туга, слабкість, стомлюваність, млявість, дратівливість, запальність, послаблення пам'яті, хворобливо знижений настрій, тривожні прояви, ідеї самозвинувачення, небажання жити, зниження інтересу до оточуючого.

Однак серед осіб з домінуючим першим фактором формування девіантної поведінки на перше місце виступають скарги на порушення когнітивного функціонування, особливо уваги, швидкість переробки інформації, погіршення пам'яті, труднощі засвоєння нової інформації, погіршення почерку, психомоторною сповільненістю. Серед ВІЛ-інфікованих

з розладами адаптації внаслідок психологічного конфлікту, які у більшості випадків проявляються у вигляді депресивного синдрому, переважали скарги на порушення сну, що носять хронічний характер, знижений настрій з ідеями самозвинувачення та відчаєм, притуплення радості, відсутність інтересу до навколишнього середовища, зниження апетиту, занепокоєність майбутнім (стигматизація, соціальна ізоляція), головний біль з відчуттям напруги, думки про бажання померти.

Висновки:

Девіантна поведінка у ВІЛ-інфікованих є розповсюдженим явищем, що несе загрозу як для самого інфікованого, так і для людства. Основними провідними факторами, що призводять до розвитку цих порушень поведінки є фактори, пов'язані з органічним ураженням головного мозку, та фактори, пов'язані з психологічною травмою. Дуже часто ці фактори можуть бути тісно пов'язані між собою, оскільки ключовим розладом цих станів є не тільки переживання загальної загрози, а й страх виникнення фізичної або психічної неспроможності, соціальної ізоляції, що у подальшому викликає відхилення від загальноприйнятої поведінки і призводить до дезадаптації ВІЛ-інфікованих людей. Дезадаптація може проявлятися у вигляді аутоагресивної поведінки, що несе загрозу життю інфікованого, а також може викликати агресивну поведінку до оточуючих, що може призвести до подальшого поширення ВІЛ-інфекції серед здорового населення. Оцінка ступеню впливу кожного з вищезазначених факторів на формування девіантної поведінки є темою подальших наших досліджень.