

УДК 616.89–008.442–084:613.89:613.885

Р. Т. Габрель

СТАН ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ОСІБ ТА ЇХ ПАРТНЕРІВ У ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД РІВНЯ ПОРУШЕННЯ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ ПАРТНЕРСЬКОЇ ПАРИ

Харківська медична академія післядипломної освіти

Київський центр профілактики та боротьби зі СНІДом Київської міської клінічної лікарні №5

Ключові слова: ВІЛ, психічне здоров'я, партнерська пара

За останні роки накопичено значний обсяг даних, що вказують на те, що хронічний стрес і нездоровий спосіб життя несприятливо позначаються на стані імунної системи [1–4]. Зарубіжними дослідниками встановлено, що життєві стреси мають несприятливий вплив на стан здоров'я ВІЛ-інфікованих осіб, майже в чотири рази збільшуючи ймовірність прискороеного розвитку СНІДу [5, 6], а наявність депресивного стану на початковому етапі ВІЛ-інфекції пов'язано зі зростанням ризику прогресування хвороби та наближенням ризику летального результату [7–12].

Разом із тим аналіз даних літератури демонструє розрізненість досліджень, спрямованих на розв'язання проблеми збільшення тривалості та покращення якості життя осіб, інфікованих ВІЛ. Це обумовлене складністю і полімодальністю вивчаємих феноменів, серед яких провідне місце повинно займати питання психоемоційного стану та психологічних ресурсів ВІЛ-інфікованих, що складаються з джерел індивідуально-особистісних властивостей індивіда та міжособистісної, насамперед партнерської підтримки і взаємодії. Розробка стратегії і тактики медико-психологічного супроводу ВІЛ-інфікованої партнерської пари донині не знайшла свого вирішення й впровадження в клінічну практику, що значно знижує ефективність медико-психологічної допомоги даній категорії пацієнтів та членів їх родин.

Між тим, для успішного вирішення даного завдання необхідним є вивчення особливостей психічного стану ВІЛ-інфікованих осіб та їх партнерів, та пошук взаємозв'язків між станом психічного здоров'я та успішністю життєдіяльності таких партнерських пар (ПП), без чого неможлива розробка комплексних заходів, спрямованих на покращення якості життя ВІЛ-інфікованих осіб та членів їх родин.

Отже, для досягнення даної мети протягом 2010 – 2013 рр. на базі Київського центру профілактики та боротьби зі СНІДом Київської міської клінічної лікарні № 5 нами було обстежено 105 ПП, в яких один із партнерів був ВІЛ-інфікованим, а саме: 70 гетеросексуальних ПП, в 35 пар з яких інфікованим був чоловік (група 1), і 35 пар, де інфікованою виявилась жінка (група 2), та 35 гомосексуальних ПП, де один із партнерів є ВІЛ-інфікованим (група 3).

Критеріями включення у дослідження були:

- 1) підтвержене інфікування у центрі СНІД (м. Київ) одного із партнерів, давність інфікування до 1 року;
- 2) стаж партнерських відносин не менш року (спільне життя із сформованими сімейними ролями);
- 3) відсутність дітей;
- 4) відсутність психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання психоактивних речовин.

Комплексне обстеження включало в себе структуроване клініко-анамнестичне інтерв'ю з аналізом соціально-демографічних характеристик, та психодіагностичне дослідження.

Вивчення депресивних і тривожних реакцій ВІЛ-інфікованих хворих проводилося із застосуванням госпітальної шкали тривоги і депресії HADS [13]. Також використовували клінічний опитувальник для виявлення та оцінки невротичних станів К. К. Яхіна, Д. М. Менделевича [13] (діагностичний коефіцієнт (ДК) більше +1,28 вказував на відсутність патології, менше -1,28 – хворобливий характер психопатологічних проявів).

Успішність життєдіяльності ПП та рівень її порушень визначали за допомогою опитувальника подружньої задоволеності А. Лазаруса [14], за результатами аналізу кількісних і якісних показників якого (сума балів та ступінь їх конгруентності у кожного з партнерів), робили висновок про наявність та рівень вираженості порушення життєдіяльності ПП.

Дослідження психічного стану обстежених дозволило встановити у більшості з них наявність клінічно виражених тривожних та депресивних розладів, які зустрічалися у інфікованих осіб в усіх групах, а також партнерів пацієнтів із гомосексуальною орієнтацією (рис. 1).

Отже, за аналізом результатів самооцінки психічного стану обстежених із використанням шкали HADS (табл. 1 – 3), встановлено, що у всіх інфікованих осіб, незалежно від статі або психосексуальних уподобань, мали місце розлади психічної сфери клінічного рівня вираженості. Так, середній рівень тривоги у інфікованих гетеросексуальних чоловіків становив 13,04 бали, депресії – 12,48 балів; у інфікованих жінок – 15,22 бали та 14,22 бали, відповідно; у інфікованих гомосексуальних чоловіків – 18,09 бали та 16,37 балів, відповідно.

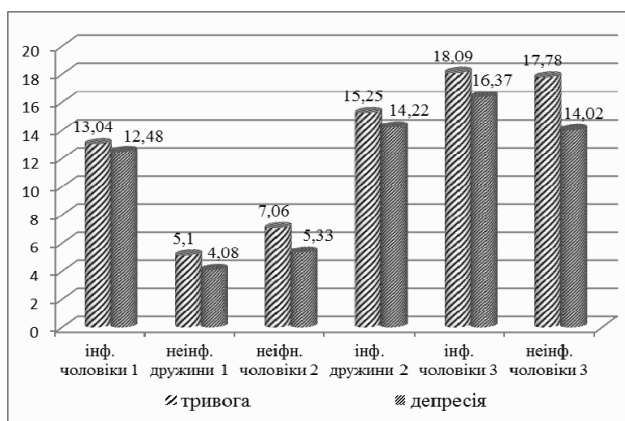


Рис. 1. Усереднені загальні показники тривоги і депресії у обстежених різних груп (за шкалою HADS)

Внутрішньогруповим аналізом наявної симптоматики, зробленим окремо в кожній групі обстежених, результати якого наведені в табл. 1–3, встановлено, що загальною тенденцією, характерною для інфікованих ВІЛ осіб, можна визначити наявність клінічно вираженої тривожної і депресивної симптоматики, з переважанням вираженості тривожних симптомів, порівняно з депресивними, $p < 0,05$.

Другою закономірністю, характерною для психічного стану інфікованих обстежених, стала більша вираженість середніх показників практично усіх симптомів тривожних проявів у жінок, порівняно з гетеросексуальними чоловіками, яка, між тим, була меншою ніж у гомосексуальних чоловіків, у яких встановлено найбільший ступінь вираженості патологічної тривоги за усіма симптомами ($p < 0,05$): 1 – 2,08 / 2,54 / 2,63; 2 – 1,94 / 2,23 / 2,51; 3 – 1,6 / 2,09 / 2,83; 4 – 1,8 / 2,51 / 2,63; 5 – 2,08 / 2,03 / 2,57; 6 – 1,91 / 2,08 / 2,23; 7 – 1,63 / 1,77 / 2,29. При аналізі середніх показників рівня депресії встановлено достовірне ($p < 0,01$) переважання її вираженості у гомосексуальних чоловіків, порівняно з жінками і гетеросексуальними чоловіками, між якими достовірної різниці не виявлено (1 – 2,11 / 2,0 / 2,43; 2 – 1,57 / 2,31 / 2,51; 3 – 2,49 / 2,23 / 2,63; 4 – 1,91 / 1,97 / 2,11; 5 – 1,46 / 1,94 / 2,29; 6 – 1,34 / 1,94 / 2,29; 7 – 1,6 / 1,83 / 2,51). Менша вираженість єдиного симптому депресії, а саме, припинення слідкування за своєю зовнішністю (симптом 5) у чоловіків групи 3, порівняно з жінками, можна пояснити специфічністю сексуальної ідентичності обстежених даної групи. Таким чином, як за загальним показником середньої оцінки вираженості тривожних і депресивних проявів, так і за аналізом симптоматичної

Таблиця 1

Кількісні та якісні показники тривожної і депресивної симптоматики у обстежених групи 1

№	Розповсюдженість / вираженість				Кількісні параметри оцінки психічного стану	
	інфіковані чоловіки (n = 35)		неінфіковані дружини (n = 35)			
	Абс. к.	% ± m	Абс. к.	% ± m		
1	2	3	4	5	6	7
Досліджувані параметри тривоги						Оцінка в балах
1	Я відчуваю напруженість, мені не по собі					
	12	34,3±4,7	0		весь час	3
	14	40,0±4,9	9	25,7±4,4	часто	2
	9	25,7±4,4	19	54,3±5,0	час від часу, іноді	1
	0		7	20,0±4,0	зовсім не відчуваю	0
	сер. бал	2,08	сер. бал	1,05		
2	Я відчуваю страх, здається, ніби щось жахливе може ось-ось статися					
	8	22,9±4,2	0		безумовно, це так, і страх дуже сильний	3
	17	48,6±5,0	9	25,7±4,4	так, це так, але страх не дуже сильний	2
	10	28,6±4,5	14	40,0±4,9	іноді, але це мене не турбує	1
	0		12	34,3±4,7	зовсім не відчуваю	0
	сер. бал	1,94	сер. бал	0,91		
3	Неспокійні думки крутяться у мене в голові					
	3	8,6±2,8	0		постійно	3
	15	42,9±4,9	10	28,6±4,5	більшу частину часу	2
	17	48,6±5,0	8	22,9±4,2	час від часу і не так часто	1
	0		17	48,6±5,0	тільки іноді	0
	сер. бал	1,6	сер. бал	0,51		

№	Розповсюдженість / вираженість				Кількісні параметри оцінки психічного стану	
	інфіковані чоловіки (n = 35)		неінфіковані дружини (n = 35)			
	Абс. к.	% ± m	Абс. к.	% ± m		
1	2	3	4	5	6	7
4	Я легко можу сісти і розслабитися					
	0		17	48,6±5,0	безумовно, це так	0
	12	34,3±4,7	15	42,9±4,9	напевно, це так	1
	18	51,4±5,0	3	8,6±2,8	лише зрідка це так	2
	5	14,3±3,5	0		зовсім не можу	3
	сер. бал	1,8	сер. бал	0,6		
5	Я відчуваю внутрішню напругу або тремтіння					
	0		12	34,3±4,7	зовсім не відчуваю	0
	7	20,0±4,0	12	34,3±4,7	іноді	1
	18	51,4±5,0	9	25,7±4,4	часто	2
	10	28,6±4,5	0		дуже часто	3
	сер. бал	2,08	сер. бал	0,86		
6	Я відчуваю непосидючість, мені постійно потрібно рухатися					
	9	25,7±4,4	0		Безумовно, це так	3
	14	40,0±4,9	5	14,3±3,5	напевно, це так	2
	12	34,3±4,7	13	37,1±4,8	лише в деякій мірі це так	1
	0		17	48,6±5,0	зовсім не відчуваю	0
	сер. бал	1,91	сер. бал	0,66		
7	У мене буває раптове відчуття паніки					
	5	14,3±3,5			дуже часто	3
	14	40,0±4,9			досить часто	2
	14	40,0±4,9	18	51,4±5,0	не так вже й часто	1
	2	5,7±2,3	17	48,6±5,0	зовсім не буває	0
	сер. бал	1,63	сер. бал	0,51		
Загальний сер. бал		13,04	Заг. сер. бал	5,1		
Досліджувані параметри депресії						Оцінка в балах
1	Те, що приносило мені велике задоволення і зараз викликає у мене таке ж почуття					
	0		17	48,6±5,0	безумовно, це так	0
	8	22,9±4,2	10	28,6±4,5	напевно, це так	1
	15	42,9±4,9	8	22,9±4,2	лише в дуже малому ступені це так	2
	12	34,3±4,7	0		це зовсім не так	3
	сер. бал	2,11	сер. бал	0,74		
2	Я здатен розсміятися і побачити ту чи іншу подію смішною					
	5	14,3±3,5	17	48,6±5,0	безумовно, це так	0
	12	34,3±4,7	16	45,7±5,0	напевно, це так	1
	11	31,4±4,6	2	5,7±2,3	лише в дуже малому ступені це так	2
	7	20,0±4,0	0		це зовсім не так	3
	сер. бал	1,57	сер. бал	0,57		

Закінчення табл. 1

№	Розповсюдженість / вираженість				Кількісні параметри оцінки психічного стану	
	інфіковані чоловіки (n = 35)		неінфіковані дружини (n = 35)			
	Абс. к.	% ± m	Абс. к.	% ± m		
1	2	3	4	5	6	7
3	Я відчуваю бадьорість					
	10	28,6±4,5	0		зовсім не відчуваю	3
	16	45,7±5,0	2	5,7±2,3	дуже рідко	2
	9	25,7±4,4	16	45,7±5,0	іноді	1
	0		17	48,6±5,0	практично весь час	0
	сер. бал	2,49	сер. бал	0,57		
4	Мені здається, що я став все робити дуже повільно					
	9	25,7±4,4	0		практично весь час	3
	14	40,0±4,9	5	14,3±3,5	часто	2
	12	34,3±4,7	13	37,1±4,8	іноді	1
	0		17	48,6±5,0	зовсім ні	0
	сер. бал	1,91	сер. бал	0,66		
5	Я не стежу за своєю зовнішністю					
	5	14,3±3,5	0		безумовно, це так	3
	11	31,4±4,6	2	5,7±2,3	я не приділяю цьому стільки часу, скільки потрібно	2
	14	40,0±4,9	16	45,7±5,0	може бути, я став менше приділяти цьому увагу	1
	5	14,3±3,5	17	48,6±5,0	я стежу за собою так само, як і раніше	0
	сер. бал	1,46	сер. бал	0,57		
6	Я вважаю, що мої справи (заняття, захоплення) можуть принести мені почуття задоволення					
	9	25,7±4,4	22	62,9±4,8	точно так само, як і зазвичай	0
	8	22,9±4,2	11	31,4±4,6	так, але не в тій мірі, як раніше	1
	15	42,9±4,9	2	5,7±2,3	значно менше, ніж зазвичай	2
	3	8,6±2,8	0		зовсім так не вважаю	3
	сер. бал	1,34	сер. бал	0,43		
7	Я можу отримати задоволення від гарної книги, радіопрограми чи телепрограми					
	6	17,1±3,8	21	60,0±4,9	часто	0
	9	25,7±4,4	9	25,7±4,4	іноді	1
	13	37,1±4,8	5	14,3±3,5	рідко	2
	7	20,0±4,0	0		дуже рідко	3
	сер. бал	1,6	сер. бал	0,54		
Загальний сер. бал		12,48	Заг. сер. бал		4,08	

структури зазначених психопатологічних феноменів, серед усіх обстежених, інфікованих ВІЛ, переважали чоловіки гомосексуальної групи ($p < 0,05$).

Інша клінічна картина спостерігалася при вивченні психічного стану партнерів інфікованих осіб. Так, загальні середні показники тривоги і депресії у дружин групи 1 (5,1 / 4,08) та чоловіків групи 2 (7,06 / 5,33) були практично в рамках норми, що свідчило про відсутність достовірно виражених клінічних симптомів тривоги та депресії у даного контингенту.

Проте детальний аналіз вираженості окремих симптомів дозволив виділити серед обстежених даних груп по дві підгрупи осіб із різним станом психічної сфери. У 48,6% жінок інфікованих чоловіків групи 1 та 40% чоловіків інфікованих жінок групи 2 встановлена відсутність будь-яких, навіть субклінічних, тривожно-депресивних симптомів. Проте у останніх (51,4% жінок групи 1 та 60% чоловіків групи 2) діагностовано тривожні та депресивні прояви, які, однак, мали менший ступінь вираженості, ніж у їх інфікованих партнерів ($p < 0,01$).

Таблиця 2

Кількісні і якісні показники тривожної і депресивної симптоматики у обстежених групи 2

№	Розповсюдженість / вираженість				Кількісні параметри оцінки психічного стану	
	неінфіковані чоловіки (n = 35)		інфіковані дружини (n = 35)			
	Абс. к.	% ± m	Абс. к.	% ± m		
1	2	3	4	5	6	7
Досліджувані параметри тривоги						Оцінка в балах
1	Я відчуваю напруженість, мені не по собі					
	4	11,4±3,2	9	25,7±4,4	весь час	3
	17	48,6±5,0	18	51,4±5,0	часто	2
	9	25,7±4,4	8	22,9±4,2	час від часу, іноді	1
	5	14,3±3,5	0		зовсім не відчуваю	0
	сер. бал	1,57	сер. бал	2,54		
2	Я відчуваю страх, здається, ніби щось жахливе може ось-ось статися					
	0		11	31,4±4,6	безумовно, це так, і страх дуже сильний	3
	15	42,9±4,9	21	60,0±4,9	так, це так, але страх не дуже сильний	2
	6	17,1±3,8	3	8,6±2,8	іноді, але це мене не турбує	1
	14	40,0±4,9	0		зовсім не відчуваю	0
	сер. бал	1,03	сер. бал	2,23		
3	Неспокійні думки крутяться у мене в голові					
	0		12	34,3±4,7	постійно	3
	8	22,9±4,2	14	40,0±4,9	більшу частину часу	2
	13	37,1±4,8	9	25,7±4,4	час від часу і не так часто	1
	14	40,0±4,9	0		тільки іноді	0
	сер. бал	0,83	сер. бал	2,09		
4	Я легко можу сісти і розслабитися					
	14	40,0±4,9	0		безумовно, це так	0
	7	20,0±4,0	3	8,6±2,8	напевно, це так	1
	14	40,0±4,9	11	31,4±4,6	лише зрідка це так	2
	0		21	60,0±4,9	зовсім не можу	3
	сер. бал	1,0	сер. бал	2,51		
5	Я відчуваю внутрішню напругу або тремтіння					
	14	40,0±4,9	0		зовсім не відчуваю	0
	5	14,3±3,5	6	17,1±3,8	іноді	1
	16	45,7±5,0	11	31,4±4,6	часто	2
	0		18	51,4±5,0	дуже часто	3
	сер. бал	1,06	сер. бал	2,03		
6	Я відчуваю непосидючість, мені постійно потрібно рухатися					
	0		12	34,3±4,7	Безумовно, це так	3
	11	31,4±4,6	14	40,0±4,9	напевно, це так	2
	10	28,6±4,5	9	25,7±4,4	лише в деякій мірі це так	1
	14	40,0±4,9	0		зовсім не відчуваю	0
	сер. бал	0,91	сер. бал	2,08		

Продовження табл. 2

№	Розповсюдженість / вираженість				Кількісні параметри оцінки психічного стану	
	неінфіковані чоловіки (n = 35)		інфіковані дружини (n = 35)			
	Абс. к.	% ± m	Абс. к.	% ± m		
1	2	3	4	5	6	7
7	У мене буває раптове відчуття паніки					
	0		9	25,7±4,4	дуже часто	3
	2	5,7±2,3	18	51,4±5,0	досить часто	2
	19	54,3±5,0	8	22,9±4,2	не так вже й часто	1
	14	40,0±4,9	0		зовсім не буває	0
	сер. бал	0,66	сер. бал	1,77		
Загальний сер. бал		7,06	Заг. сер. бал	15,25		
Досліджувані параметри депресії						Оцінка в балах
1	Те, що приносило мені велике задоволення, і зараз викликає у мене таке ж почуття					
	14	40,0±4,9	0		безумовно, це так	0
	8	22,9±4,2	4	11,4±3,2	напевно, це так	1
	13	37,1±4,8	27	77,1±4,2	лише в дуже малому ступені це так	2
	0		4	11,4±3,2	це зовсім не так	3
	сер. бал	0,97	сер. бал	2,0		
2	Я здатен розсміятися і побачити ту чи іншу подію смішною					
	14	40,0±4,9	0		безумовно, це так	0
	17	48,6±5,0	3	8,6±2,8	напевно, це так	1
	4	11,4±3,2	18	51,4±5,0	лише в дуже малому ступені це так	2
	0		14	40,0±4,9	це зовсім не так	3
	сер. бал	0,71	сер. бал	2,31		
3	Я відчуваю бадьорість					
	0		13	37,1±4,8	зовсім не відчуваю	3
	9	25,7±4,4	17	48,6±5,0	дуже рідко	2
	16	45,7±5,0	5	14,3±3,5	іноді	1
	10	28,6±4,5	0		практично весь час	0
	сер. бал	0,97	сер. бал	2,23		
4	Мені здається, що я став все робити дуже повільно					
	0		10	28,6±4,5	практично весь час	3
	5	14,3±3,5	14	40,0±4,9	часто	2
	11	31,4±4,6	11	31,4±4,6	іноді	1
	19	54,3±5,0	0		зовсім ні	0
	сер. бал	0,6	сер. бал	1,97		
5	Я не стежу за своєю зовнішністю					
	0		12	34,3±4,7	безумовно, це так	3
	4	11,4±3,2	9	25,7±4,4	я не приділяю цьому стільки часу, скільки потрібно	2
	17	48,6±5,0	14	40,0±4,9	може бути, я став менше приділяти цьому увагу	1
	14	40,0±4,9	0		я стежу за собою так само, як і раніше	0
	сер. бал	0,71	сер. бал	1,94		

Закінчення табл. 2

№	Розповсюдженість / вираженість				Кількісні параметри оцінки психічного стану	
	неінфіковані чоловіки (n = 35)		інфіковані дружини (n = 35)			
	Абс. к.	% ± m	Абс. к.	% ± m		
1	2	3	4	5	6	7
6	Я вважаю, що мої справи (заняття, захоплення) можуть принести мені почуття задоволення					
	14	40,0±4,9	0		точно так само, як і зазвичай	0
	19	54,3±5,0	12	34,3±4,7	так, але не в тій мірі, як раніше	1
	2	5,7±2,3	13	37,1±4,8	значно менше, ніж зазвичай	2
		0	10	28,6±4,5	зовсім так не вважаю	3
сер. бал	0,66	сер. бал	1,94			
7	Я можу отримати задоволення від гарної книги, радіопрограми чи телепрограми					
	14	40,0±4,9	2	5,7±2,3	часто	0
	17	48,6±5,0	12	34,3±4,7	іноді	1
	4	11,4±3,2	11	31,4±4,6	рідко	2
	0		10	28,6±4,5	дуже рідко	3
сер. бал	0,71	сер. бал	1,83			
Загальний сер. бал	5,33	Заг. сер. бал	14,22			

Таблиця 3

Кількісні та якісні показники тривожної і депресивної симптоматики у обстежених групи 3

№	Розповсюдженість / вираженість				Кількісні параметри оцінки психічного стану	
	інфіковані чоловіки (n = 35)		неінфіковані чоловіки (n = 35)			
	Абс. к.	% ± m	Абс. к.	% ± m		
1	2	3	4	5	6	7
Досліджувані параметри тривоги						Оцінка в балах
1	Я відчуваю напруженість, мені не по собі					
	22	62,9±4,8	19	54,3±5,0	весь час	3
	13	37,1±4,8	16	45,7±5,0	часто	2
	0		0		час від часу, іноді	1
	0		0		зовсім не відчуваю	0
сер. бал	2,63	сер. бал	2,54			
2	Я відчуваю страх, здається, ніби щось жахливе може ось-ось статися					
	18	51,4±5,0	20	57,1±4,9	безумовно, це так, і страх дуже сильний	3
	17	48,6±5,0	15	42,9±4,9	так, це так, але страх не дуже сильний	2
	0		0		іноді, але це мене не турбує	1
	0		0		зовсім не відчуваю	0
сер. бал	2,51	сер. бал	2,57			
3	Неспокійні думки крутяться у мене в голові					
	29	82,9±3,8	21	60,0±4,9	постійно	3
	6	17,1±3,8	14	40,0±4,9	більшу частину часу	2
	0		0		час від часу і не так часто	1
	0		0		тільки іноді	0
сер. бал	2,83	сер. бал	2,6			

Продовження табл. 3

№	Розповсюдженість / вираженість				Кількісні параметри оцінки психічного стану	
	інфіковані чоловіки (n = 35)		неінфіковані чоловіки (n = 35)			
	Абс. к.	% ± m	Абс. к.	% ± m		
1	2	3	4	5	6	7
4	Я легко можу сісти і розслабитися					
	0		0		безумовно, це так	0
	0		0		напевно, це так	1
	13	37,1±4,8	17	48,6±5,0	лише зрідка це так	2
	22	62,9±4,8	18	51,4±5,0	зовсім не можу	3
	сер. бал	2,63	сер. бал	2,51		
5	Я відчуваю внутрішню напругу або тремтіння					
	0		0		зовсім не відчуваю	0
	0		0		іноді	1
	15	42,9±4,9	16	45,7±5,0	часто	2
	20	57,1±4,9	19	54,3±5,0	дуже часто	3
	сер. бал	2,57	сер. бал	2,54		
6	Я відчуваю непосидючість, мені постійно потрібно рухатися					
	16	45,7±5,0	18	51,4±5,0	Безумовно, це так	3
	13	37,1±4,8	15	42,9±4,9	напевно, це так	2
	6	17,1±3,8	2	5,7±2,3	лише в деякій мірі це так	1
	0		0		зовсім не відчуваю	0
	сер. бал	2,23	сер. бал	2,46		
7	У мене буває раптове відчуття паніки					
	13	37,1±4,8	17	48,6±5,0	дуже часто	3
	19	54,3±5,0	17	48,6±5,0	досить часто	2
	3	8,6±2,8	1	2,9±1,7	не так вже й часто	1
	0		0		зовсім не буває	0
	сер. бал	2,29	сер. бал	2,46		
Загальний сер. бал	18,09	Заг. сер. бал	17,78			
Досліджувані параметри депресії						Оцінка в балах
1	Те, що приносило мені велике задоволення, і зараз викликає у мене таке ж почуття					
	0		0		безумовно, це так	0
	2	5,7±2,3	7	20,0±4,0	напевно, це так	1
	16	45,7±5,0	17	48,6±5,0	лише в дуже малому ступені це так	2
	17	48,6±5,0	11	31,4±4,6	це зовсім не так	3
	сер. бал	2,43	сер. бал	2,11		
2	Я здатен розсміятися і побачити в ту чи іншу подію смішною					
	0		0		безумовно, це так	0
	0		0		напевно, це так	1
	17	48,6±5,0	19	54,3±5,0	лише в дуже малому ступені це так	2
	18	51,4±5,0	16	45,7±5,0	це зовсім не так	3
	сер. бал	2,51	сер. бал	2,46		

№	Розповсюдженість / вираженість				Кількісні параметри оцінки психічного стану	
	інфіковані чоловіки (n = 35)		неінфіковані чоловіки (n = 35)			
	Абс. к.	% ± m	Абс. к.	% ± m		
1	2	3	4	5	6	7
3	Я відчуваю бадьорість					
	22		12	34,3±4,7	зовсім не відчуваю	3
	13	37,1±4,8	13	37,1±4,8	дуже рідко	2
	0		10	28,6±4,5	іноді	1
	0		0		практично весь час	0
	сер. бал	2,63	сер. бал	2,06		
4	Мені здається, що я став все робити дуже повільно					
	10	28,6±4,5	12	34,3±4,7	практично весь час	3
	19	54,3±5,0	9	25,7±4,4	часто	2
	6	17,1±3,8	14	40,0±4,9	іноді	1
		2,11		1,83	зовсім ні	0
	сер. бал		сер. бал			
5	Я не стежу за своєю зовнішністю					
	8	22,9±4,2	0		безумовно, це так	3
	19	54,3±5,0	21	60,0±4,9	я не приділяю цьому стільки часу, скільки потрібно	2
	4	11,4±3,2	7	20,0±4,0	може бути, я став менше приділяти цьому увагу	1
	4	11,4±3,2	7	20,0±4,0	я стежу за собою так само, як і раніше	0
	сер. бал	1,89	сер. бал	1,4		
6	Я вважаю, що мої справи (заняття, захоплення) можуть принести мені почуття задоволення					
			2		точно так само, як і зазвичай	0
	4	11,4±3,2	4	11,4±3,2	так, але не в тій мірі, як раніше	1
	17	48,6±5,0	16	45,7±5,0	значно менше, ніж зазвичай	2
	14	40,0±4,9	13	37,1±4,8	зовсім так не вважаю	3
	сер. бал	2,29	сер. бал	2,14		
7	Я можу отримати задоволення від гарної книги, радіопрограми чи телепрограми					
					часто	0
	2	5,7±2,3	8	22,9±4,2	іноді	1
	13	37,1±4,8	18	51,4±5,0	рідко	2
	20	57,1±4,9	9	25,7±4,4	дуже рідко	3
	сер. бал	2,51	сер. бал	2,02		
Загальний сер. бал	16,37	Заг. сер. бал	14,02			

Міжгруповий аналіз дозволив встановити гендерні розбіжності психічного стану партнерів інфікованих осіб, протилежний виявленому у пацієнтів з ВІЛ: вираженість тривожних і депресивних проявів була вищою у чоловіків інфікованих жінок, ніж у дружин інфікованих чоловіків ($p < 0,01$).

На відміну від гетеросексуальних партнерів інфікованих осіб, у гомосексуальних неінфікованих чоловіків діагностовано клінічно окреслені тривожні і депресивні прояви: загальний середній показник вираженості

тривоги в них становив 17,78, а депресії – 14,02 бали. До того ж встановлено, що середня вираженість окремих симптомів тривоги в них була вищою, ніж у їх інфікованих партнерів (2 – 2,51 / 2,57; 6 – 2,23 / 2,46; 7 – 2,29 / 2,46).

Таким чином, можна стверджувати, що при давності інфікування до 1 року як у інфікованих ВІЛ осіб, так і їх партнерів, має місце наявність клінічно вираженої тривожної і депресивної симптоматики, з переважанням вираженості тривожних симптомів, порівняно з

депресивними. Серед інфікованих гетеросексуальних осіб більша вираженість психопатологічної симптоматики спостерігається у жінок, а серед їх неінфікованих партнерів – у чоловіків. Найбільша вираженість і тривожних, і депресивних проявів є характерною для гомосексуальних осіб як інфікованих, так і їх неінфікованих партнерів.

Треба зазначити, що у частини інфікованих осіб (8,6% чоловіків групи 1, 11,4% жінок групи 2 та 22,9% чоловіків групи 3) встановлені суїцидальні думки, які близько в половині випадків виникали декілька разів на тиждень, у третини – рідше одного разу на тиждень, інші (чоловіки групи 3) виявляли майже щоденну присутність суїцидальних думок. Домінуючою мотивацією для роздумів щодо скоєння суїциду були побоювання соціальної стигматизації, невтішність прогнозу захворювання, небажання створювати проблеми близьким.

Однак близько половини інфікованих осіб груп 1 (48,6%) і 2 (40%) відзначали абсолютну неможливість скоєння суїциду через наявність у їх житті сімейної підтримки, яку вважали вагомим стримуючим фактором для продовження життя.

Подальший поглиблений аналіз психічного стану та клінічного наповнення психопатологічних проявів, діагностованих у обстежених, результати якого представлені в табл. 4, дозволив класифікувати наявну симптоматику та виділити два провідних клініко-патогенетичних симптомокомплекси, кожен із яких був представлений основними психопатологічними синдромами: нозогенний та астенічний соматогенний. Так, нозогенний симптомокомплекс включав тривожно-депресивний та тривожно-фобічний синдроми; астенічний соматогенний симптомокомплекс – астено-депресивний, астено-іпохондричний та астено-невротичний синдроми.

Під дефініцією «нозогенний симптомокомплекс» ми розуміли психогенні реактивні стани, обумовлені констеляцією психотравмуючих чинників, пов'язаних з інфікуванням ВІЛ.

Тривожно-депресивний синдром проявлявся пригніченістю, песимізмом стосовно до власного стану

і перспективам, диссомнією, внутрішнім неспокоєм, невротичною напругою, тривожним очікуванням соціальної стигматизації, танатопрагнувальними тенденціями, обумовленими шоковою реакцією на встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції.

До тривожно-фобічної симптоматики відносилися нозо-, соціо- та танатофобічні страхи, які супроводжувалися численними сомато-вегетативними розладами: тахікардія, підвищення артеріального тиску, гіпергідроз, стійкий червоний дермографізм, перистальтика і антиперистальтика, проноси, блювота і т. ін. Так само до цього синдрому відносили переживання нав'язливого страху заразити ВІЛ-інфекцією близьких людей або членів сім'ї побутовим шляхом, страх болісної смерті.

Дослідженням за допомогою клінічного опитувальника невротичних станів К. К. Яхіна, Д. М. Менделевича встановлено, що в цих хворих найменші показники ДК (< -1,28) виявлялися за шкалами тривоги, невротичної депресії, obsesивно-фобічних порушень і вегетативних розладів (рис. 2).

Усереднені показники ДК, виявляючи лише загальні тенденції, не давали чіткого уявлення про внутрішню структуру психопатологічних проявів. Для отримання відповіді на це питання було проведено факторний аналіз показників шкал опитувальника в осіб із нозогенним

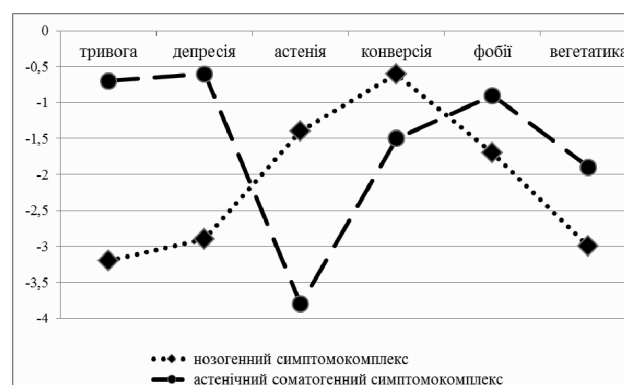


Рис. 2. Усереднені показники ДК опитувальника невротичних станів у обстежених із нозогенним та астенічним соматогенним симптомокомплексами

Таблиця 4

Розподіл встановлених клінічних варіантів наявної психопатологічної симптоматики у обстежених (%±m)*

Симптомокомплекс / синдром		Група 1 (n = 70)		Група 2 (n = 70)		Група 3 (n = 70)	
		ч (n = 35)	д (n = 35)	ч (n = 35)	д (n = 35)	чі (n = 35)	чн (n = 35)
нозогенний	тривожно-депресивний	45,7±5,0	14,3±3,5	31,4±4,6	54,3±5,0	42,9±4,9	57,1±4,9
	тривожно-фобічний	25,7±4,4	34,3±4,7	20,0±4,0	28,6±4,5	60,0±4,9	68,6±4,6
астенічний соматогенний	астено-депресивний	48,6±5,0	—	—	54,3±5,0	51,4±5,0	—
	астено-іпохондричний	31,4±4,6	—	8,6±2,8	34,3±4,7	37,1±4,8	14,3±3,5
	астено-невротичний	17,1±3,8	2,9±1,7	—	28,6±4,5	45,7±5,0	17,1±3,8
Психічні розлади відсутні		—	48,6±5,0	40,0±4,9	—	—	—

* Примітка. У інфікованих пацієнтів груп 1, 2 та усіх осіб групи 3 процентна сума синдромів перевищує 100% у зв'язку з тим, що в одного пацієнта спостерігався більш ніж один синдром.

Таблиця 5

Факторний аналіз структури розладів психіки у пацієнтів із нозогенним симптомокомплексом

Шкала опитувальника	I фактор 24%	II фактор 27%	III фактор 24%
тривога	0,79*	0,17	0,19
невротична депресія	0,37	0,41	0,70*
астенія	0,80*	-0,3	-0,16
істеричний тип реагування	-0,03	0,82*	-0,01
обсесивно-фобічні включення	-0,02	0,08	0,70*
вегетативні розлади	-0,09	-0,11	0,94*

* Значущі факторні навантаження

симптомокомплексом (табл. 5). Перший фактор характеризувався високими навантаженнями (0,79 і 0,80) за шкалами тривоги і астенії. Клінічна картина цього фактора характеризувалася проявами тривоги із підвищеною виснаженістю, дратівливістю, стомлюваністю. Другий фактор характеризувався високим факторним навантаженням на шкалу істеричного типу реагування, що підкреслювало участь конверсійної симптоматики у формуванні нозогенного реагування. Третій фактор виражався депресивно-фобічною симптоматикою з вегетативними проявами.

Астенічний соматогенний симптомокомплекс був обумовлений декомпенсацією основних сфер психічної діяльності і виявлявся загальноневротичною симптоматикою (астенія, невротична депресія, іпохондрія).

Астено-депресивний був представлений симптомами підвищеної стомлюваності, дратівливості, нестійкості, болісно загостреної сенситивності, гіперестезії, ослаблення здатності до тривалого фізичного і розумового навантаження.

Астено-іпохондричний синдром включав фіксованість на власному самопочутті та стані, пильну увагу до найменших порушень здоров'я, багатогодинні дослідження свого тіла в пошуках специфічних висипань або підозрілих плям, підсилену інтерпретацію тілесних відчуттів, переконаність у наявності соматичних «підтверджень і доказів» ВІЛ-інфекції, редукцію інших інтересів і мотивів.

Астено-невротичні клінічні прояви розвивалися поступово на тлі тривалої психотравмуючої ситуації, конфліктних взаємин у сім'ї. Найбільш типовими симптомами були відчуття нездужання, стомлюваності, млявості, загальної слабкості; інтрасомнічні розлади, відчуттям

втомі, головним болем, зниженням концентрації уваги. Відчуваючи невдоволення зниженням продуктивності, деякі пацієнти намагалися надолужити згаяне, збільшувати навантаження, однак це не давало позитивного результату та ще більш погіршувало самопочуття і настрої. Наростало внутрішнє напруження, почуття незадоволеності результатами своєї праці, відповідальність за яку вони поклали на оточуючих. Клінічна картина також рясніла вегетативними проявами: шум у вухах, запаморочення, неприємні відчуття в області серця, серцебиття, пітливість, похолодання кінцівок. Всі ці явища посилювалися при хвилюванні та психоемоційних навантаженнях.

За даними опитувальника К. К. Яхіна, Д. М. Менделевича, у хворих із астенічним соматогенним симптомокомплексом спостерігалися низькі значення ДК (<-1,28) за шкалами астенії, вегетативних порушень і невротичної депресії (рис. 2).

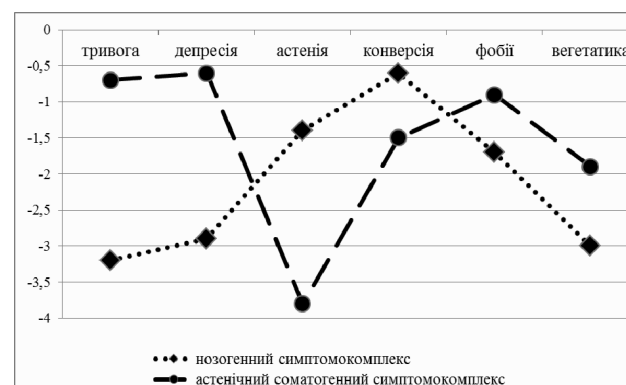


Рис. 2. Усереднені показники ДК опитувальника невротичних станів у обстежених із нозогенним та астенічним соматогенним симптомокомплексом

Таблиця 6

Факторний аналіз структури розладів психіки у пацієнтів з астенічним соматогенним симптомокомплексом

Шкала опитувальника	I фактор 31%	II фактор 26%	III фактор 24%
тривога	0,14	0,51	0,71*
невротична депресія	-0,22	0,79*	-0,67
астенія	0,38	0,83*	0,1
істеричний тип реагування	0,85*	0,095	0,24
обсесивно-фобічні включення	0,25	-0,14	0,85*
вегетативні розлади	0,94*	-0,30	0,3

* Значущі факторні навантаження

Показники, що дають уявлення про структуру астеничного соматогенного симптомокомплексу, за даними факторного аналізу, представлені в табл. 6. Перший фактор проявлявся вегетативними проявами конверсії: нудотою, тахікардією. Другий фактор характеризувався симптомами виснаження (стомлюваність, слабкість, зниження ініціативи), астено-депресивними (невротична депресія) й іпохондричними проявами. Клінічна картина третього фактора складалася з тривожно-фобічних проявів, що зустрічалися в рамках астеничного реагування.

Подальший аналіз психопатологічної симптоматики ВІЛ-інфікованих осіб та їх партнерів в аспекті успішності життєдіяльності ПП, дозволив виявити взаємозв'язок між рівнем порушення життєдіяльності ПП та станом психічного здоров'я ВІЛ-інфікованих осіб і їх партнерів. Так, серед загальної кількості, у 48,6% ПП групи 1 та 40% ПП групи 2, виявлений достатній рівень подружньої задоволеності, що було свідомством успішності їх життєдіяльності як союзу двох особистостей у рамках партнерського (сімейного) функціонування (табл. 7).

Отже, у цих парах у партнерів ВІЛ-інфікованих осіб встановлено відсутність психічних розладів, а для самих інфікованих наявність сімейної підтримки була вагомим фактором для продовження життя, незважаючи на факт інфікування та наявні хворобливі психічні та соматичні прояви. Серед інших ПП групи 1 та групи 2 у переважній більшості ПП (37,1% та 40,0%, відповідно) діагностовано частковий рівень порушення життєдіяльності ПП, що виражався станом часткової неконгруентної подружньої незадоволеності. Суцільний рівень порушення життєдіяльності ПП (повна конгруентна подружня незадоволеність) встановлено у 14,3% групи 1 та 20,0% групи 2. Незалежно від рівня ураження життєдіяльності, у партнерів ВІЛ-інфікованих осіб цих ПП мали місце тривожно-депресивно-фобічні прояви в рамках нозогенного психопатологічного симптомокомплексу.

Стан життєдіяльності ПП групи 3 виявився частково (57,1%) або суцільно (42,9%) порушеним, що ставало додатковим обтяжуючим фактором, провокуючим вираженість психопатологічної симптоматики як у інфікованих чоловіків, так і їх партнерів. Так, серед усіх неінфікованих партнерів, тільки у чоловіків цієї групи діагностовано найбільшу вираженість психопатологічних проявів не тільки нозогенного (тривожно-фобічного 68,6% та тривожно-депресивного 57,1% синдромів), а й астеничного соматогенного симптомокомплексів (астено-іпохондричного 14,3% та астено-невротичного 17,1% синдромів).

Таким чином, у результаті проведеного дослідження, встановлені особливості психічного стану ВІЛ-інфікованих осіб та їх партнерів, а також ідентифікований взаємозв'язок між успішністю життєдіяльності ПП та станом психічного здоров'я обстежених. Отримані дані лягли в основу при розробці системи медико-психологічного супроводу ПП, в яких один із партнерів інфікований ВІЛ.

Література

1. Kiecolt-Glaser J. K. *Stress, personal relationships, and immune function: health implications* / J. K. Kiecolt-Glaser // *Brain Behav. Immun.* – 1999. – vol. 13. – P. 61 – 72.
2. Kiecolt-Glaser J. K. *Stress and immunity: age enhances the risks* / . K. Kiecolt-Glaser, R. Glaser // *Curr. Dir. Psychol. Sci.* – 2011. – vol. 10. – P. 18 – 21.
3. Anisman H. *Cytokines, stress, and depressive illness* / H. Anisman, Z. Merali // *Brain Behav Immun.* – 2002. – vol. 16. – P. 513 – 524.
4. Anisman H. *Cascading effects of stressors and inflammatory immune system activation: implications for major depressive disorder* / H. Anisman // *J Psychiatry Neurosci.* – 2009. – vol. 34. – P. 4 – 20.
5. *Effects of negative life events on immune suppression in children and youth infected with human immunodeficiency virus type 1* / Howland L. C., Gortmaker S. L., Mofenson L. M. [et al] // *Paediatrics.* – 2000. – vol. 106. – P. 513 – 524.
6. Leonard B. E. *The psychoneuroimmunology of depression* / B. E. Leonard, A.-M. Myint // *Hum Psychopharmacol.* – 2009. – vol. 24. – P. 165 – 175.
7. Maes M. *Editorial Review: Psychological stress, cytokines and the inflammatory response system* / M. Maes // *Curr Opin Psychiatry.* – 1999. – vol. 12 (6). – P. 695 – 700.
8. Maes M. *Editorial Board. Psychological stress and the inflammatory response system* / M. Maes // *Clin Sci. (Lond).* – 2001. – vol. 101 (2). – P. 193 – 194.
9. Maes M. *“Functional” or “psychosomatic” symptoms, e.g. a flu-like malaise, aches and pain and fatigue, are major features of major and in particular of melancholic depression* / M. Maes // *Neuro Endocrinol Lett.* – 2009. – vol. 30 (5). – P. 564 – 573.
10. Maes M. *Depression is an inflammatory disease, but cell-mediated immune activation is the key component of depression* / M. Maes // *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* – 2010. – [Epub ahead of print] PubMed PMID: 20599581.
11. Maes M. *An intriguing and hitherto unexplained cooccurrence: Depression and chronic fatigue syndrome are manifestations of shared inflammatory, oxidative and nitrosative (IO&NS) pathways* / M. Maes // *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* – 2010. – [Epub ahead of print] PubMed PMID: 20609377.
12. *In animal models, psychosocial stress-induced (neuro)inflammation, apoptosis and reduced neurogenesis are associated to the onset of depression* / M. Kubera, E. Obuchowicz, L. Goehler [et al] // *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* – 2010. – [Epub ahead of print] PubMed PMID: 20828592.
13. *Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие* / Под ред. Д. Я. Райгородского. – Самара: «Бахрах-М», 2001. – 672 с.
14. *Доморацкий В. А. Медицинская сексология и психотерапия сексуальных расстройств* / В. А. Доморацкий. – М.: Академический Проект: Культура, 2009. – 470 с.

Таблиця 7

Розподіл обстежених ПП за станом їх життєдіяльності

Стан життєдіяльності ПП	Група 1 (n = 70)	Група 2 (n = 70)	Група 3 (n = 70)
Суцільне порушення (повна конгруентна незадоволеність), < 80 балів	14,3±3,5	20,0±4,0	42,9±4,9
Часткове порушення (часткова інконгруентна незадоволеність), 82÷112 балів	37,1±4,8	40,0±4,9	57,1±4,9
Успішність (подружня задоволеність), 115÷160 балів	48,6±5,0	40,0±4,9	–

СОСТОЯНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЛИЦ И ИХ ПАРТНЕРОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ НАРУШЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПАРТНЕРСКОЙ ПАРЫ

Г. Т. ГАБРЕЛЬ

На основе обследования 105 партнерских пар (ПП) с ВИЧ-инфицированным партнером, из которых гетеросексуальных 70 пар и 35 – однополых мужских, исследованы особенности психического состояния ВИЧ-инфицированных и их партнеров, и найдена взаимосвязь между состоянием психического здоровья и успешностью жизнедеятельности таких партнерских пар. Полученные данные легли в основу при разработке системы медико-психологического сопровождения партнерской пары, в которых один из партнеров инфицирован ВИЧ.

Ключевые слова: ВИЧ, психическое здоровье, партнерская пара

STATE OF MENTAL HEALTH HIV-INFECTED PERSONS AND THEIR PARTNERS DEPENDING ON THE LEVEL OF EXCITATION LIFE AFFILIATE STEAM

R. GABREL

Based on survey of 105 partner pairs, in which one partner is HIV-positive, of which 70 are heterosexual couples and 35 – same-sex male, investigated the peculiarities of mental health of HIV-infected persons and their partners, and found the relationship between mental health and life success of these partnerships pairs. These data formed the basis for the development of medical and psychological support partner couples in which one partner is infected with HIV.

Keywords: HIV, mental health, partner pair

УДК 618.14-006.36: 159.923

Г. М. Науменко

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ ЖІНОК ІЗ ЛЕЙОМІОМОЮ МАТКИ В ПІСЛЯ ОПЕРАТИВНИЙ ПЕРІОД

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

Ключові слова: психоемоційний стан, лейоміома матки, алекситимія, тривожність, депресія, екстирпація матки, психологічна корекція

Актуальність проблеми. Вплив на психіку людини переживань ситуацій, пов'язаних із загрозою життю або здоров'ю, різноманітний і виражається широким спектром емоційно-особистісних змін. Відомо, що для хворих із тяжкою соматичною патологією, характерна наявність афективних розладів, що ускладнюють процес лікування основного захворювання і погіршують прогноз хвороби в цілому.

Варто зазначити, що доброякісні пухлини геніталій значно збільшують число гінекологічних хворих у жіночих палатах. Захворювання гінекологічного профілю супроводжується важким психологічним стресом. У таких хворих виникає відчуття втрати жіночності і, як наслідок, неповноцінності та збитковості. Хвора відчуває загрозу для життя, страх перед можливою соціальною ізоляцією і розпадом сім'ї. Перед кожною такою хворою постає завдання пристосуватися до нової життєвої ситуації і формування адекватного відношення до власної особи та до свого здоров'я.

Лейоміома матки є поліетіологічним захворюванням, симптоматика якого дає змогу розглядати її як системне захворювання, що впливає на регуляторно-адаптивні можливості організму жінки [1]. На міому матки страждають 25÷30% жінок старше 35 років, а останнім часом захворювання все частіше виявляється у молодшому віці [2; 3; 4; 5]. Якщо 20 років назад у віковій групі від 25 до 45 років ЛМ зустрічалася у 30% жінок, то за останні роки ця цифра зросла до 50% [6].

Тривалі негативні емоції, психічне напруження і дистрес є найчастішими патогенетичними факторами

порушення центральних механізмів регуляції і, як наслідок, виникнення розладів жіночої репродуктивної сфери. Крім того, хронічний стрес і супутній вторинний імунodefіцит значно погіршують прогноз гінекологічних нейроендокринних захворювань у зв'язку з підвищенням ризику розвитку гормонозалежної пухлинної патології [7; 8]. Незважаючи на досягнення фармакотерапії, частота дисгормональної патології репродуктивної системи, в патогенезі якої особливу роль відіграє психоемоційний стрес, залишається досить високою і не має тенденції до зниження. Поєднання гінекологічної і психологічної патології погіршує клінічний прогноз кожної з них, а також соціальну адаптацію і якість життя жінок [9].

Останнім часом обговорюється роль в генезі пухлинного росту у матці індивідуально-психологічних особливостей хворих і правомірність віднесення цього захворювання до групи психосоматичних. Психоемоційні розлади виявлені у 2/3 хворих із лейоміомою матки [10]. Особливості психічної сфери (психічний стан в конкретний момент або стабільніші особливості особистості) позначаються на зміні гормонального статусу. Згідно психосоматичної концепції міоми матки дисгормонемія є наслідком синдрому психоемоційного напруження, в результаті якого розвиваються порушення функціонування гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи [11]. Одним із ключових моментів збільшення розмірів наявної міоми матки, за даними деяких дослідників, є наявність вогнища домінантної активності в головному мозку (тяжкої думки, до якої жінка регулярно