

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

Н.Н. Мурыванова¹, В.И. Горбунов¹, Т.Н. Ткаченко², Ю.И. Буланьков³, И.М. Улюкин³

¹ Ульяновский государственный университет, Ульяновск, Россия

² Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого, Великий Новгород, Россия

³ Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

Psychological characteristics of HIV-infected patients

N.N. Murivanova¹, V.I. Gorbunov¹, T.N. Tkachenko², Yu.I. Bulan'kov³, I.M. Ulukin³

¹ Ulyanovsk State University, Ulyanovsk, Russia

² Novgorod State University named after Yaroslav The Wise, Veliky Novgorod, Russia

³ Military Medical Academy named after S.M. Kirov, Saint-Petersburg, Russia

Резюме

Цель исследования: изучение индивидуально-психологических особенностей ВИЧ-инфицированных.

Материалы и методы исследования: нами были использованы госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS, шкалы депрессии Бека и Цунга для обследования людей в ранний период адаптации к диагнозу ВИЧ-инфекция.

Результаты: по данным шкалы HADS субклинические формы тревоги чаще встречаются у женщин ($31,5 \pm 2,65\%$), чем у мужчин ($12,5 \pm 1,48\%$), причем в возрасте 20–29 лет. Клинически выраженная тревога наблюдается чаще в группе женщин ($19 \pm 1,34\%$), чем у мужчин ($14,5 \pm 2,1\%$) в возрасте – у мужчин – 20–29 лет, а у женщин – 20–24 года.

Субклинические ($18 \pm 1,34\%$) и клинические ($9 \pm 0,68\%$) формы депрессии выявлены также в женской популяции в возрастной группе 30 лет и старше.

По шкале Цунга: минимальные признаки легкой депрессии – у $3,8 \pm 0,32\%$ мужчин и $14,1 \pm 1,21\%$ у женщин.

По шкале Бека выраженные признаки депрессии выявили у $34,8 \pm 2,4\%$ мужчин в возрасте 25–29 лет и у $43 \pm 2,83\%$ женщин в возрасте 20–24 года.

Заключение:

1. Проведенные нами исследования показали наличие депрессивного и тревожного синдрома у значительного числа обследуемых ВИЧ-инфицированных.

2. При анализе разных возрастных и половых групп ВИЧ-инфицированных пациентов выяснили, что тревоге и депрессии больше подвержены женщины в возрастной группе 20–29 лет.

4. Полученные результаты могут быть использованы для разработки методов профилактики психических расстройств.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, депрессия, тревога, шкала тревоги и депрессии HADS, шкалы депрессии Бека и Цунга.

Введение

Одна из аббревиатур, возникших в 1980-х гг., связана с крупнейшей трагедией современного

Abstract

The purpose of the study: the study of individual psychological characteristics of HIV-infected people.

Materials and methods: we used the hospital anxiety scale and depression HADS, depression scale Beck and Zung.

The results of the study: According to the scale HADS subclinical forms of anxiety are more common in women ($31,5 \pm 2,65\%$) than men ($12,5 \pm 1,48\%$), and, at the age of 20-29 years. Clinically evident anxiety occurs more often in women ($19 \pm 1,34\%$) than men ($14,5 \pm 2,1\%$) in the age – men – 20–29 years, while for women 20–24. Subclinical ($18 \pm 1,34\%$) and clinical ($9 \pm 0,68\%$) forms of depression have also been noted in the female population in the age $3,8 \pm 0,32\%$ of men and $14,1 \pm 1,21\%$ in women. On a scale of Beck expressed signs of depression found in $34,8 \pm 2,4\%$ of men aged 25–29 years and $43 \pm 2,83\%$ of women aged 20–24.

Conclusion:

1. Our studies showed the presence of depressive and anxiety symptoms in a significant number of the surveyed HIV – infected.

2. In the analysis of different age and sex groups of HIV-infected patients, found that anxiety and depression more likely in women in the age group 20-29 years.

3. The obtained results can be used to develop methods of prevention of mental disorders.

Key words: HIV infection, depression, anxiety, anxiety and depression scale HADS, Beck and Zung depression scales.

человечества – ВИЧ/СПИД. Согласно данным Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), ВИЧ-инфекция относится к числу пяти главных

болезней, уносящих наибольшее число жизней на нашей планете, и каждый год число ВИЧ-инфицированных увеличивается.

Трагедия состоит не только в том, что темпы развития пандемии в мире необычайно высоки, но еще и в том, что болезнь до сих пор неизлечима [2, 3]. К тому же, как отмечается Н. Недзельским и Е. Морозовой [4], иногда ВИЧ-инфекцию ошибочно рассматривают как исключительно медицинскую проблему. Между тем людям, живущим с ВИЧ, зачастую задолго до того, как им понадобится медицинская помощь, приходится сталкиваться с социально-психологическими проблемами, связанными с адаптацией-дезадаптацией и социализацией. Говоря о самих ВИЧ-инфицированных, следует отметить, что ВИЧ-инфекция связана с риском негативного отношения, осуждения, дискриминации, гонения. Различные виды несправедливого отношения к ВИЧ-инфицированным ведут к самым разнообразным негативным последствиям как для адаптации и социализации, так и для здоровья и развития.

Нестандартная ситуация, для которой не существует заготовленного шаблона поведения, является для ВИЧ-инфицированных стрессовой. Им свойственно ощущение одиночества и барьера между собой и окружающими. Можно говорить о том, что они демонстрируют снижение ценности своей личности и поэтому ориентируются в своих действиях и поступках на мнение окружающих людей. Демонстрируют, скорее, пассивное отношение к жизненной ситуации, в их оценке многих жизненных событий преобладает пессимистическая позиция [5].

Врачи озабочены преимущественно телесным здоровьем пациентов, уделяя значительно меньше внимания эмоциональным и личностным факторам ВИЧ-инфицированного. За последние годы накоплен значительный объем данных, указывающих на то, что депрессивные состояния, хронический стресс и нездоровый образ жизни неблагоприятно сказываются на состоянии иммунной системы. В зарубежных исследованиях было установлено, что наличие депрессивного состояния на начальном этапе ВИЧ-инфекции связано с возрастанием риска прогрессирования болезни, медленным подавлением вируса и приближением риска летального исхода [6].

Более того, поражение ЦНС и нарушение психического статуса — характерное проявление ВИЧ/СПИД. Сам вирус относится к нейротропным, обуславливая развитие деменции. Многие из характерных для болезни суперинфекций, развивающихся на фоне вторичного иммунодефицита, обусловленного ВИЧ, имеют церебральную локализацию (цитомегаловирусная инфекция, токсоплазмоз, простой герпес, Эпштейна — Барр-вирусная инфекция). Все это сопровождается изменением психического статуса больного [5].

Исследование данной проблемы дает возможность выявить особенности психологического ресурса ВИЧ-инфицированных, которые помогают им адаптироваться к факту вирусоносительства, преодолеть жизненный кризис, мобилизоваться и эффективно использовать компенсаторные механизмы для борьбы с болезнью.

В итоге мы считаем, что целесообразно и вполне обоснованно изучение психологических особенностей ВИЧ-инфицированных.

Цель исследования — изучение индивидуально-психологических особенностей ВИЧ-инфицированных.

Задачи исследования:

1. Изучить эффекты влияния ВИЧ-инфекции как неизлечимого заболевания на личность больного.
2. Изучить особенности психических состояний, таких как тревога, депрессия.
3. Исследовать и сравнить выраженность тревоги и депрессии в зависимости от пола и возраста.

Материалы и методы

Нами обследованы ВИЧ-позитивные пациенты областных центров по профилактике и борьбе со СПИД Новгородской и Челябинской области, поступающие на диспансерное наблюдение при выявлении ВИЧ-инфекции (2007 — 2012 гг.) (табл. 1).

Таблица 1

ВИЧ-позитивные пациенты областных центров по профилактике и борьбе со СПИД Новгородской и Челябинской области, поступающие на диспансерное наблюдение при выявлении ВИЧ-инфекции (2007–2012 гг.)

Возраст (лет)	Мужчины	Женщины
17 – 19	25	53
20 – 24	19	49
25 – 29	32	51
>29	48	29
Всего	124	182

Нами был использован ряд психометрических клинических шкал с различным уровнем валидности — госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS, шкалы депрессии Бека и Цунга [1].

Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) разработана A.S. Zigmond и R.P. Snaith для первичного выявления и оценки тяжести депрессии и тревоги.

Шкала депрессии Бека (Beck Depression Inventory) предложена А.Т. Беком в 1961 г. и разработана на основе клинических наблюдений,

позволивших выявить ограниченный набор наиболее релевантных и значимых симптомов депрессии и наиболее часто предъявляемых пациентами жалоб. После соотнесения этого списка параметров с клиническими описаниями депрессии был разработан опросник.

Шкала депрессии Цунга разработана для дифференциальной диагностики депрессивных состояний и состояний, близких к депрессии, для скрининг-диагностики при массовых исследованиях и в целях предварительной, доврачебной диагностики. Опросник состоит из 20 утверждений, содержащих определенные симптомы депрессии. Представленность этих симптомов нужно оценить по шкале оценок: крайне редко, редко, часто, большую часть времени или постоянно.

Результаты и обсуждение

Проведенные нами исследования показали наличие депрессивного и тревожного синдрома у значительного числа обследуемых ВИЧ-инфицированных.

Так, по данным шкалы HADS, субклинические формы тревоги чаще встречаются у женщин ($31,5 \pm 2,65\%$) по сравнению с мужчинами ($12,5 \pm 1,48\%$), причем преимущественно в возрасте 20–29 лет (табл. 2). Клинически выраженная тревога также наблюдается чаще в группе женщин ($19 \pm 1,34\%$) по сравнению с мужчинами ($14,5 \pm 2,1\%$)

и выявляется в следующих возрастных группах: у мужчин – 20–29 лет, а у женщин – 20–24 года.

Анализ результатов тестирования по шкале HADS показал, что почти у половины обследуемых ($44 \pm 3,12\%$ представителей обоих полов) наблюдается субклинически выраженная тревога. При наличии такого уровня тревоги пациенты доступны для рациональной информации и убеждения, поэтому им рекомендуется посещение врача-терапевта, который может назначить медикаментозную терапию самостоятельно. Почти у 1/3 обследуемых ($33,5 \pm 2,07\%$ представителей обоих полов) выявлена клинически выраженная тревога, при которой нарастает тяжесть эмоционального состояния и усиливается настороженность, пациенты напуганы и нуждаются в помощи психиатра или психотерапевта.

В соответствии с результатами тестирования по шкале HADS субклинические ($18 \pm 1,34\%$) и клинические ($9 \pm 0,68\%$) формы депрессии выявлены также в женской популяции, преимущественно в возрастной группе 30 лет и старше (табл. 3).

Выраженность депрессии также определяли с помощью шкалы Цунга и Бека.

В отличие от шкалы HADS, показатели депрессии шкалы Цунга не выявили субдепрессивного и депрессивного состояния. Минимальные признаки легкой депрессии выявлены у $3,8 \pm 0,32\%$ мужчин и у $14,1 \pm 1,21\%$ женщин (табл. 4).

Таблица 2

Выраженность тревоги по шкале HADS в зависимости от пола и возраста (%)

Возраст	Мужчины			Женщины		
	Норма	Субклинические формы	Клинические формы	Норма	Субклинические формы	Клинические формы
17–19	37,5	0	0	8,6	1,8	1,8
20–24	17,5	4	4	28,4	16,3	8,2
25–29	5,5	6,5	10,5	9,0	9,9	2
>29	12,5	2	0	3,5	3,5	7
Всего %	73	12,5	14,5	49,5	31,5	19

Таблица 3

Выраженность депрессии по шкале HADS в зависимости от пола и возраста (%)

Возраст	Мужчины			Женщины		
	Норма	Субклинические формы	Клинические формы	Норма	Субклинические формы	Клинические формы
17–19	4	0	0	0	1,8	1,8
20–24	31,5	0	0	55	5,2	1,8
25–29	42	4	4	9	2,7	1,8
>29	12,5	0	2	9	8,3	3,6
Всего %	90	4	6	73	18	9

Таблица 4

Выраженность депрессии по шкале Цунга (%)

Возраст	Мужчины				Женщины			
	Признаки депрессии							
	Норма	Легкая депрессия	Субдепрессивное состояние	Депрессивное состояние	Норма	Легкая депрессия	Субдепрессивное состояние	Депрессивное состояние
17–19	3,9	0	0	0	10,5	1,8	0	0
20–24	31,4	0	0	0	45,7	7,2	0	0
25–29	45	3,8	0	0	22,8	0	0	0
>29	15,8	0	0	0	7	5,1	0	0
Всего, %	96,1	3,8	0	0	86	14,1	0	0

Анализ тестирования по шкале Бека выявил легкую депрессию (11–19 баллов) у $21,1 \pm 2,06\%$ мужчин и $34,4 \pm 2,38\%$ женщин, уровень более 24 баллов указывает на выраженные признаки депрессии, подлежащие терапии, что выявлено у $34,8 \pm 2,4\%$ мужчин преимущественно в возрасте 25–29 лет и у $43 \pm 2,83\%$ женщин, большинство в возрасте 20–24 года (табл. 5).

Примененный дисперсионный анализ среди групп ВИЧ-инфицированных показал, что в популяции женщин наиболее высокий уровень сочетанности группирующей и переменной достигнуты по показателям депрессии по Беку и личностной тревожности. Показатель личностной тревожности является предиктором депрессии, оцениваемый как по шкале Бека, так и по шкале Цунга. Причем более высокие Р-уровни отмечены при сочетаемости тревоги по Беку и личностной тревожности ($P < 0,001$).

Оценка уровня психогенных расстройств по шкале HADS показала также зависимость уровня тревоги и депрессии от величин личностной тревоги, в то же время показатели депрессии и тревоги находятся в диапазоне Р-уровня, равного 0,001.

Таким образом, проведенный анализ позволяет нам диагностировать наличие депрессивного и тревожного синдрома у ВИЧ-инфицированных.

Депрессия, вероятнее всего, диагностируется и ассоциируется с присутствием личностных расстройств и низкой кажущейся социальной поддержкой.

Особенность развития тревожного расстройства у ВИЧ-инфицированных связана с осознанием большим риском заражения других, идентификацией их окружающими как гомосексуалистов или наркоманов. Тревога сопровождается паникой, анорексией, бессонницей, идеями самообвинения или чувством безысходности и гнева, направленного на врачей и связанного с их беспомощностью в плане лечения заболевания.

Выводы

1. В данной работе были проведены исследования психологических особенностей ВИЧ-инфицированных, которые позволяют полнее осознать механизмы дезадаптации данной категории больных.

2. Изучив степень выраженности таких психических состояний, как депрессия и тревога, можно рекомендовать применить научно обоснованные методы коррекции и профилактики патологических нарушений личности ВИЧ-инфицированных пациентов.

3. При сравнительном анализе разных возрастных и половых групп ВИЧ-инфицированных пациентов

Таблица 5

Выраженность депрессии по шкале Бека (%)

Возраст	Мужчины				Женщины			
	Баллы							
	До 10	11–19	20–24	>24	До 10	11–19	20–24	>24
17–19	0	3,8	0	2,4	1,7	3,4	1,7	5,1
20–24	9,6	7,7	7,7	5,8	6,9	20,7	5,5	20,7
25–29	17,3	7,7	3,8	20	3,4	6,9	1,7	10,3
>29	3,8	1,9	1,9	6,6	0	3,4	1,7	6,9
Всего %	30,7	21,1	13,4	34,8	12	34,4	10,6	43

установили, что тревоге и депрессии больше подвержены женщины в возрастной группе 20 – 29 лет.

4. Полученные результаты могут быть использованы для оптимальных стратегий, тактик и средств психологического, психотерапевтического и врачебного воздействия, для разработки методов профилактики психических расстройств и патологических личностных поведенческих нарушений.

Литература

1. Психометрические шкалы для скринингового обследования ВИЧ-инфицированных: Метод, руководство / Т.Н.Ткаченко [и др.]; под ред. проф. Б.Б. Фишмана. – Великий Новгород, 2005. – 50 с.
2. ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика и лечение : учебное пособие / В.В. Покровский [и др.]. - М.: Гэотар-Медицина, 2000. – 496 с.
3. Билич, Г.А. Основы валеологии / Г.А. Билич, Л.В. Назарова. – СПб.: Фолиант, 2000. – 560 с.
4. Недзельский, Н. Поддержка людей, живущих с ВИЧ / Н. Недзельский, Е. Морозова. – М.: Инфо-плюс, 2003. – 148 с.

5. Золотовская, И.А. Аффективные нарушения (депрессия/тревога) в неврологической практике / И.А. Золотовская, И.Е.Повереннова. – Самара, 2005. – 159 с.

6. Бройтигам, В. Психосоматическая медицина / В. Бройтигам, П. Кристиан, М. Рад. – М.: Гэотар-Медицина, 1999. – 376 с.

References

1. Psychometric scales for screening HIV-infected persons: Method. manual /Auto.comp. T. N. Tkachenko, Y. I. Bulankov, L. A. Fomenko, E. I. Arkhipova, edited by Professor Fishman B. B. /NovSU them. Yaroslav The Wise. Veliky Novgorod, 2005.- 50 С.
2. Pokrovsky V.V., Ermak T.N., Belyaeva V.V., Jurin O.G. HIV- infection: clinical manifestations, diagnosis and treatment.- Moscow.: Geotar-Medicine; 2000 (in Russian).
3. Bilic G.L., Nazarova L.V. basics of valeology. Saint-Petersburg; 2000 (in Russian).
4. Niedzielski N., Morozova E. Support for people living with HIV.- Moscow.: Info-plus; 2003 (in Russian).
5. Zolotovskaya I.A., Poverennova I.E. Affective disorders (depression/anxiety) in neurological practice. Samara; 2005 (in Russian).
6. Brautigam V., Christian P., Rad M. Psychosomatic Medicine.- Moscow.: Geotar-Medicine; 1999 (in Russian).

Авторский коллектив:

Мурыванова Наталья Николаевна – старший преподаватель кафедры общественного здоровья и здравоохранения Ульяновского государственного университета; тел.: 8(8422) 48-10-25, e-mail: natalya0902@yandex.ru

Горбунев Василий Иванович – заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Ульяновского государственного университета, д.м.н., профессор; тел.: 8(8422)41-61-19, e-mail: GorbunovVI@ulsu.ru

Ткаченко Татьяна Николаевна – доцент кафедры микробиологии, иммунологии и инфекционных болезней Новгородского государственного университета им. Ярослава Мудрого, к.м.н., доцент; тел.: 8(8162) 631753 (д.41)

Буланьков Юрий Иванович – заведующий отделением диагностики ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов Центра клинической лабораторной диагностики Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова; д.м.н., доцент; тел.: 8(812)329-71-98, e-mail: Dr.Bulankov@mail.ru

Улюкин Игорь Михайлович – научный сотрудник научно-исследовательского отдела Всеармейского медицинского регистра МО РФ Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, к.м.н.; тел.: 8(812)292-34-61, e-mail: I_ulukin@mail.ru