

## КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЛИЦ

В. И. ВОВК

### CLINICAL-PSYCHOPATHOLOGICAL FEATURES OF HIV-INFECTED PERSONS

V. I. VOVK

*Харьковская медицинская академия последипломного образования*

**В результате комплексного психопатологического и патопсихологического обследования ВИЧ-инфицированных пациентов выявлены их клинико-психопатологические особенности в зависимости от стадии ВИЧ-инфекционного процесса и гендерных различий. Показано, что стадия ВИЧ-инфекции имеет более важное клиническое значение, чем гендерные различия.**

*Ключевые слова:* ВИЧ-инфекция, стадии, гендерные различия, клинико-психопатологические особенности.

**Complex psychopathological and pathopsychological investigation of HIV-infected patients revealed their clinical psychopathological features depending on the stage of HIV infection and gender differences. HIV-infection stage was shown to be more important clinically than the gender differences.**

*Key words:* HIV-infection, stages, gender differences, clinical psychopathological features.

Эпидемия СПИДа — одна из самых серьезных проблем здравоохранения и социальной сферы, с которой когда-либо сталкивалось человечество. Украина относится к числу государств, для которых характерен эпидемический тип распространения ВИЧ/СПИДа [1]. Эпидемиологические исследования, проведенные в странах СНГ и за рубежом, выявили увеличение количества проявлений психических расстройств, затрудняющих формирование социопсихической адаптации инфицированных лиц и приводящих к снижению качества жизни как самих пациентов, так и членов их семей [2–6]. Выявление и лечение клинико-психопатологических проявлений у людей, живущих с ВИЧ/СПИД, обеспечение их адекватной психосоциальной помощью имеет огромное медицинское, экономическое и социальное значение. Это определяет актуальность изучения психических расстройств, формирующихся у взрослых лиц, инфицированных ВИЧ.

Были обследованы 104 пациента с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции. Общая выборка больных была разделена на две группы. Дифференциальными критериями служили пол респондентов и стадия заболевания. Первую группу составили 23 мужчины и 43 женщины с I–II (ранними) стадиями ВИЧ-инфекции. Во вторую группу вошли 24 мужчины и 14 женщин с III–IV (поздними) стадиями инфекционного процесса.

В результате проведенного анализа клинико-психопатологической симптоматики в обследованной выборке было выделено шесть основных кластеров (групп) клинически значимых психических нарушений (табл. 1). По каждому кластеру подсчитывалась встречаемость, т. е. процентная доля пациентов с симптоматикой того или иного регистра. Следует отметить, что групповые суммы процентов в табл. 1 хотя и превышают 100, не являются математически некорректными,

Таблица 1

**Встречаемость клинико-психопатологических симптомов  
у обследованных ВИЧ-инфицированных лиц**

| Кластер симптомов    | Стадии ВИЧ-инфекции |       |                   |       | Достоверность различий<br>по $\chi^2$ -критерию Фишера |
|----------------------|---------------------|-------|-------------------|-------|--|
|                      | ранние, $n = 66$    |       | поздние, $n = 38$ |       |  |
|                      | абс. ч.             | %     | абс. ч.           | %     |  |
| Депрессивный         | 33                  | 50,00 | 25                | 60,53 | $p < 0,05$   |
| Тревожно-фобический  | 18                  | 31,03 | 9                 | 23,68 | $p > 0,05$   |
| Ипохондрический      | 19                  | 32,76 | 9                 | 23,68 | $p > 0,05$   |
| Неврастенический     | 34                  | 51,72 | 19                | 50,00 | $p > 0,05$   |
| Суицидный            | 10                  | 17,24 | 2                 | 5,26  | $p < 0,05$   |
| Аномально-личностный | 41                  | 70,69 | 18                | 47,37 | $p < 0,05$   |

поскольку в большинстве случаев у одного и того же обследуемого обнаруживались симптомы двух или более видов.

В депрессивный кластер были отнесены такие симптомы, как подавленность, угнетенность, пессимизм в отношении к собственному состоянию и перспективам, безволие, угрюмость, дис- и инсомния и другие нарушения, традиционно относимые в клинике к проявлениям депрессии. В тревожно-фобический кластер вошли, прежде всего, нозо-, социо- и танатофобические страхи, поиск «доказательств» близкого финала, внутреннее беспокойство, невротическое напряжение, тревожное ожидание социальной стигматизации.

Ипохондрический кластер включал в себя фиксированность на собственном самочувствии и состоянии, «прислушивание» к малейшим нарушениям здоровья, редукцию прочих интересов и мотивов; неврастенический — симптомы раздражительной слабости, неустойчивости, болезненно обостренной сенситивности; следует отметить, что на поздних стадиях ВИЧ-инфекции на первый план выходила церебрастеническая симптоматика.

К суицидной группе симптомов относились любые танатостремительные тенденции — от суицидных мыслей и высказываний до реальных гиперкомпенсаторных суицидных попыток, обусловленных шоковой реакцией на установление диагноза ВИЧ-инфекции. В аномально-личностный кластер вошли заостренные болезнью акценту-

ированные, психопатоподобные и психопатические черты личности, девиантное поведение, антисоциальные и асоциальные тенденции и поступки.

Для оценки достоверности различий мы применяли  $\phi^*$ -критерий Фишера, который используется для сопоставления процентных долей от общего объема групп [7].

Как показывают данные табл. 1, у ВИЧ-инфицированных отмечается значимое нарастание встречаемости симптоматики депрессивного регистра, в основном за счет динамики в мужских выборках (табл. 2), а также достоверное снижение доли суицидной и аномально-личностной симптоматики, преимущественно за счет динамики у женщин (табл. 3). Есть основания предполагать, что при увеличении объемов выборок уровень статистической значимости различий (в том числе по ипохондрическому и неврастеническому кластерам) был бы намного выше.

Помимо встречаемости тех или иных симптомов, нами была изучена также структура клинико-психопатологической симптоматики в целом. С этой целью мы определили долю каждого кластера в общей совокупности симптомов, суммировав общее количество всех учтенных по каждой группе клинических симптомов. Распределение выявленных симптомов по кластерам графически отображено на рисунке.

Анализ подобия двух распределений по Пирсону показал, что достоверных различий в структуре

Таблица 2

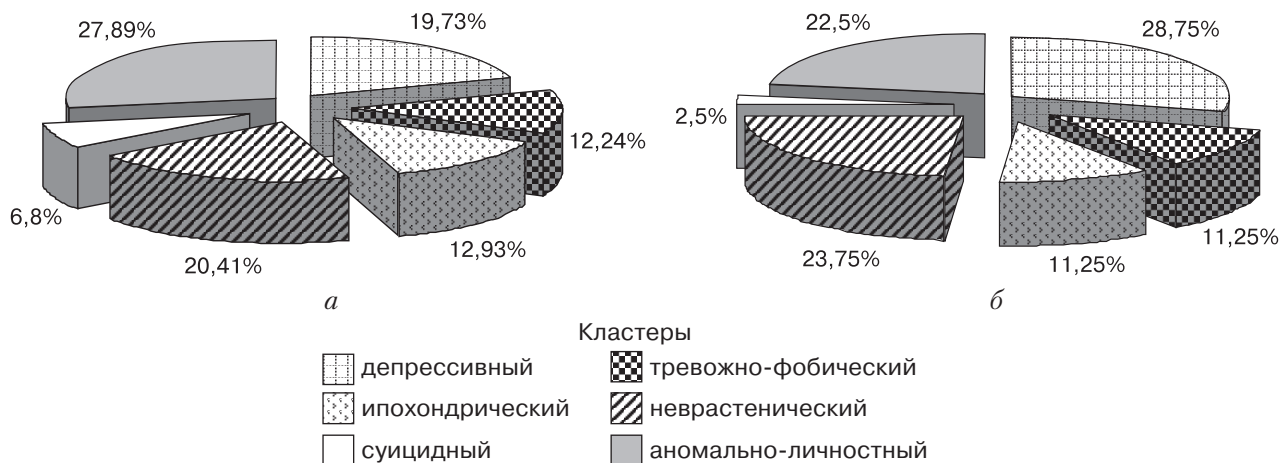
**Встречаемость клинико-психопатологических симптомов у мужчин на различных стадиях ВИЧ-инфекции**

| Кластер симптомов    | Стадии ВИЧ-инфекции |    |                   |       | Достоверность различий по $\phi^*$ -критерию Фишера |
|----------------------|---------------------|----|-------------------|-------|---|
|                      | ранние, $n = 23$    |    | поздние, $n = 24$ |       |   |
|                      | абс. ч.             | %  | абс. ч.           | %     |   |
| Депрессивный         | 9                   | 45 | 17                | 76,19 | $p < 0,01$  |
| Тревожно-фобический  | 7                   | 35 | 4                 | 19,05 | $p > 0,05$  |
| Ипохондрический      | 6                   | 30 | 5                 | 23,81 | $p > 0,05$  |
| Неврастенический     | 11                  | 50 | 13                | 52,38 | $p > 0,05$  |
| Суицидный            | 2                   | 10 | 1                 | 4,76  | $p > 0,05$  |
| Аномально-личностный | 14                  | 70 | 13                | 57,14 | $p > 0,05$  |

Таблица 3

**Встречаемость клинико-психопатологических симптомов у женщин на различных стадиях ВИЧ-инфекции**

| Кластер симптомов    | Стадии ВИЧ-инфекции |       |                   |       | Достоверность различий по $\phi^*$ -критерию Фишера |
|----------------------|---------------------|-------|-------------------|-------|---|
|                      | ранние, $n = 43$    |       | поздние, $n = 14$ |       |   |
|                      | абс. ч.             | %     | абс. ч.           | %     |   |
| Депрессивный         | 23                  | 52,63 | 8                 | 53,85 | $p > 0,05$  |
| Тревожно-фобический  | 11                  | 28,95 | 5                 | 38,46 | $p > 0,05$  |
| Ипохондрический      | 13                  | 34,21 | 4                 | 30,77 | $p > 0,05$  |
| Неврастенический     | 23                  | 52,63 | 9                 | 61,54 | $p > 0,05$  |
| Суицидный            | 8                   | 21,05 | 1                 | 7,69  | $p < 0,05$  |
| Аномально-личностный | 28                  | 71,05 | 6                 | 46,15 | $p < 0,05$  |



Соотношение основных кластеров в общей совокупности симптомов, отмеченных: *а* — на ранних, *б* — на поздних стадиях ВИЧ-инфекции

клинической симптоматики между группами нет. Однако следует отметить, что на ранних стадиях ВИЧ (рис. *а*) преобладает аномально-личностная симптоматика, на втором месте — неврастеническая, затем депрессивная. На поздних стадиях (рис. *б*) депрессивный кластер становится наиболее весомым в общей совокупности симптомов, опережая несколько нарастающий неврастенический и редуцирующийся аномально-личностный кластеры.

Изучение клинико-психопатологических особенностей ВИЧ-инфицированных мужчин с учетом стадии инфекционного процесса показало, что к статистически значимым различиям между группами пациентов можно отнести достоверное нарастание встречаемости депрессивной симптоматики на поздних стадиях (табл. 2).

Изучение клинико-психопатологических особенностей ВИЧ-инфицированных женщин на разных стадиях инфекционного процесса показало, что у них по мере развития ВИЧ-инфекции снижается встречаемость суицидных тенденций и аномально-личностных проявлений, что видно из данных табл. 3.

Результаты проведенного исследования позволяют сделать следующие выводы.

Клинико-психопатологическая симптоматика у ВИЧ-инфицированных больных имеет свои осо-

бенности в зависимости от стадии инфекционного процесса и от пола обследуемых.

В формировании психопатологической симптоматики стадия развития ВИЧ-инфекции играет большую роль по сравнению с гендерными различиями. На ранних стадиях наиболее существенным является то, что женщины гораздо чаще обнаруживают те или иные суицидные тенденции. Мужчины, по данным клинических наблюдений, больше предрасположены к тревожно-фобическим, а женщины — к ипохондрическим реакциям и развитию соответствующей симптоматики на ранних стадиях ВИЧ-инфекции.

На поздних этапах ВИЧ-инфекции клинико-психопатологические данные свидетельствуют о том, что суицидные и аномально-личностные проявления с нарастанием симптомов СПИДа редуцируются, уступая место полиморфной депрессивной симптоматике (нередко с апатико-абулическим компонентом, «смирением с неизбежностью» и т. п.). Неврастеническая симптоматика постепенно вытесняется церебрастенической.

Выявленные закономерности имеют существенное значение для клиники и должны быть учтены при разработке методов психотерапевтической коррекции психических расстройств у ВИЧ-инфицированных больных.

#### Литература

1. Глобальные новости по ВИЧ/СПИДу: Бюллетень Канадско-Российского проекта борьбы со СПИДом // *Psychiatr. Services*.— 2000.— Т. 51.— С. 903–907.
2. Беляева В. В. Особенности психической деятельности заразившихся ВИЧ после сообщения об инфицированности // *Независ. психиатр. журн.*— 1995.— № 3.— С. 21–23.
3. Грошев И. В. Специфика проявления гендерных, половых и возрастных различий в расстройствах психического развития и поведения личности // *Рос. психиатр. журн.*— 2007.— № 2.— С. 22–33.
4. Каплан Г. И., Сэдок Б. Дж. Клиническая психиатрия. Т. 1 / Пер. с англ.— М.: Медицина, 1994.— 672 с.
5. Лобанов С. О., Лисенко І. П. Патопсихологічні порушення у ВІЛ-інфікованих осіб на ранніх стадіях хвороби // *Вісн. Вінницького держ. мед. інституту*.— 1998.— № 2.— С. 429–433.
6. Чуприков А. П., Лобанов С. О. Психопатологічні порушення, що спостерігаються при ВІЛ-інфікуванні та СНІДі // *Мед. всесвіт.*— 2003.— № 1.— С. 106–111.
7. Лапач С. Н., Губенко А. В., Бабич П. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel.— К.: МОРИОН, 2000.— 320 с.

Поступила 27.02.2008