

**ОЦІНКА РІВНЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ У ВІЛ ІНФІКОВАНИХ З НЕПСИХОТИЧНИМИ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ****Державний заклад «Дніпропетровська медична академія  
МОЗ України» (м. Дніпро)****gnennayolga@gmail.com**

**Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами.** Стаття є фрагментом НДР кафедри психіатрії, загальної та медичної психології «Оптимізація надання психіатричної допомоги та психосоціальної реабілітації хворим на психосоматичні та соматопсихічні розлади відповідно до сучасних умов», № державної реєстрації 0117U005270.

**Вступ.** За даними міжнародних експертів епідемія інфекції, спричиненої вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ) та синдрому набутого імунодефіциту (СНІД) в Україні є другою за величиною серед країн Східної Європи та Центральної Азії. Завдяки активній реалізації стратегії «Прискороного подолання епідемії ВІЛ-інфекції», що спрямована на ліквідацію епідемії до 2030-го року, наша країна досягла певних успіхів у подоланні проблеми, на кшталт зниження поширеності ВІЛ серед вагітних, рівня передачі інфекції від матері до дитини, питомої ваги ВІЛ інфікованих серед молодих осіб 15-24 років тощо [1].

Незважаючи на певні тенденції уповільнення епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні, спостерігається низка невирішених проблем, серед яких питання, що стосуються психічного здоров'я людей, які живуть з ВІЛ/СНІД, взаємного потенціювання ВІЛ інфекції та психічних розладів.

Когнітивні розлади, зловживання психоактивними речовинами і розлади особистості можуть впливати на поведінку особи таким чином, щоб привести до зараження ВІЛ-інфекцією. І навпаки, ВІЛ/СНІД може призвести до несприятливих психологічних умов через обставини хвороби, а також до психічних захворювань, пов'язаних із ВІЛ. Такі розлади можуть негативно впливати на прогресування захворювання, призводити до недотримання встановленого плану лікування та підвищувати ймовірність деструктивної та девіантної поведінки інфікованих [2].

Коморбідні психічні розлади із високою частотою зустрічаються у ВІЛ інфікованих хворих: вживання психоактивних речовини у 40-74 %; депресія – 22-50 %; тривожні розлади – 2-40 %; посттравматичний стресовий розлад – 30 %; порушення сну – 10-50 %; тяжкі психічні розлади (психози) – 0,2-15 % та інші [3]. Епідеміологічні дослідження показують, що показники зазначених психічних розладів у ВІЛ-інфікованої популяції зустрічаються у 1,5-8 разів частіше порівняно із загальною популяцією або неінфікованими особами [4,5].

Дослідження у Нідерландах показало, що ВІЛ-позитивні пацієнти виявляли більше симптомів, таких як страх, гнів і відчуття провини порівняно з ВІЛ-негативною групою. Хоча вони показали значно більше суїцидальних ідей, спроби самогубства не були більш поширені серед ВІЛ-інфікованих пацієнтів. ВІЛ-інфіковані депресивні пацієнти показали

значно вищий рівень вживання наркотиків ніж ВІЛ-негативна група [6].

Більшість ВІЛ-позитивних психіатричних пацієнтів фактично страждають від множинних розладів. Депресія, порушення вживання алкоголю і нейрокогнітивні розлади є найбільш поширеними психічними, неврологічними та психосоматичними розладами у людей, що живуть з ВІЛ-інфекцією в країнах з низьким і середнім рівнем доходу [7].

На території пострадянського простору, ВІЛ-інфіковані у більшості випадків мають психічні розлади неспсихотичного рівня, такі як розлади особистості, афективні розлади та хімічні залежності [8].

Зниження адаптації та життєстійкості ВІЛ інфікованих веде до актуалізації непродуктивних копінг-стратегій і зниження позитивної самооцінки [9].

Частим проявом дезадаптації у ВІЛ інфікованих є агресивна й аутоагресивна поведінка [10,11]. Аутоагресія проявляється у самозвинуваченні, самоприпиненні, нанесенні собі тілесних ушкоджень різного ступеня тяжкості, включно з самогубством, саморуйнівній поведінці: пияцтві, алкоголізмі, наркоманії, ризикованій сексуальній поведінці тощо [12].

Складний взаємозв'язок між ВІЛ-інфекцією та психічною супутньою патологією є активною областю досліджень [6,8,9,10,11,13,14,15], але до теперішнього часу бракує обізнаності щодо особливостей психоемоційного стану, емоційного і поведінкового реагування у ВІЛ-інфікованих.

У проведеному нами огляді літератури було обґрунтовано актуальність поглиблення досліджень стосовно механізмів формування поведінкових порушень в залежності від неспсихотичних психічних розладів у ВІЛ-інфікованих [16]. Оскільки особливу увагу звернула на себе саморуйнівна (аутоагресивна) поведінка серед ВІЛ-інфікованих, як актуальна морально-етична та медико-соціальна проблема, це і обумовило шляхи подальших наукових пошуків та актуальність проведеного дослідження.

**Мета дослідження.** Оцінка рівня психологічної адаптації у ВІЛ інфікованих з неспсихотичними психічними розладами в залежності від наявності саморуйнівної (аутоагресивної) поведінки.

**Об'єкт і методи дослідження.** Для виконання поставленої мети було проведено комплексне клініко-психодіагностичне обстеження 43 пацієнтів з хворобами, зумовленими вірусом імунодефіциту людини (коди В20-В24 за Міжнародною статистичною класифікацією хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я 10 перегляду – МКХ-10).

Обстеження включало аналіз первинної медичної документації, клініко-діагностичне інтерв'ю з використанням самостійно розробленої карти дослідження хворого та експериментально-психологічні методи дослідження, зокрема «Тест кольорового

вибору» М. Люшера (восьмикольоровий варіант) [17,18]; Монреальську шкалу оцінки когнітивних функцій – Montreal Cognitive Assessment (MoCA) [19] та методику психологічної діагностики типів відношення до хвороби (ТВДХ) [20].

Незважаючи на те, що кольоровий тест Люшера часто піддають критиці через брак опрацьованих наукових підстав для інтерпретації результатів, складнощі статистичного узагальнення, він має низку переваг, пов'язану невербальним характером, простотою проведення, можливістю багаторазового застосування, відсутністю дискомфорту у пацієнтів при обстеженні, він є проєктивним, і його результати не залежать від фактору бажання або небажання хворого говорити про свої внутрішні переживання [9].

Восьмикольоровий тест Люшера [17,18] використовувався нами для оцінки рівня психологічної адаптації, діагностики психоемоційного стану ВІЛ інфікованих. Теоретичним обґрунтуванням даної методики є концепція автора, що різні кольори символізують ті або інші потреби людини; а симпатія і антипатія до певного кольору відражає ступінь актуальності і задоволеності цієї потреби. Рівень задоволеності актуальних потреб в свою чергу визначає психічний стан людини [18].

Під час обстеження фіксувався номер кожного обраного колірною еталона (зліва направо): темно-синій – 1; синьо-зелений – 2; помаранчево-червоний – 3; жовтий – 4 (основні кольори); фіолетовий – 5; коричневий – 6; чорний – 7; сірий – 0 (додаткові кольори) [17].

За результатами тесту розраховувалися інтегральні показники: рівень тривоги (РТ), сумарне відхилення (СВ) та вегетативний коефіцієнт (ВК). РТ визначався як відсоток від максимальної суми вагових значень (рангів 1 – 3) останніх трьох позицій вибору, на яких стояли основні кольори (червоний, жовтий, синій і зелений). СВ, що характеризує відхилення вибору пацієнта від аутогенної норми (вибір кольорів 3 4 2 5 1 6 0 7) визначався як сума абсолютних різниць між позиціями кольорів в аутогенній нормі та у виборі обстеженого [17,18].

Вегетативний коефіцієнт (баланс) ґрунтується на твердженні про тісний зв'язок між роботою колірною аналізатора та активацією вегетативної нервової системи. ВК дозволяє визначити відхилення від оптимального рівня психофізіологічної активності та визначався за формулою:  $VK = (18 - Ч - Ж) / (18 - С - 3)$ , де 18 – коефіцієнт, а літерами позначені місця кольорів у виборі пацієнта (Ч – червоного, Ж – жовтого, С – синього, 3 – зеленого) [18].

Інтегральні показники визначалися у відсотках від максимально можливого значення, відповідно для РТ=6, СВ=32, ВК=5 [18].

Результат МоСА оцінювався у балах (можливий максимум 26). Результат 26 балів і вище розглядався як норма [19].

Діагностика ТВДХ передбачала виявлення 12 типів відношення до хвороби: сенситивного, тривожного, іпохондричного, меланхолічного, апатичного, неврастенічного, егоцентричного, паранойяльного, анозогнозичного, дисфоричного, ергопатичного та гармонійного.

Зазначені типи ставлення до хвороби були об'єднані у три блоки в залежності від критеріїв

«адаптивність-дезадаптивність», яка відображає вплив ставлення до хвороби на адаптацію особистості хворого та «інтер-інтрапсихічна спрямованість» дезадаптації. До блоку адаптивних типів, згідно методики, були віднесені: гармонійний, ергопатичний та анозогнозичний; до типів з інтрапсихічною дезадаптацією: тривожний, іпохондричний, неврастенічний, меланхолічний, апатичний; до типів інтерпсихічною дезадаптацією: сенситивний, егоцентричний, дисфоричний і паранойяльний [20].

Статистичну обробку результатів проводили за допомогою програмного продукту STATISTICA 6.1 (StatSoftInc., серійний № AGAR909E415822FA) з використанням відповідних завдань біостатистичних методів. Для описання вибіркового нормально розподілення кількісних ознак використовували середню арифметичну (M), стандартне відхилення (SD); при асиметричному – медіану (Me), інтерквартильний розмах 25 % – 75 % (50 % значень ознак вибірки). Методи статистичного аналізу включали: перевірку розподілу кількісних ознак на відповідність нормальному закону за критерієм Шапіро-Уїлка; оцінку вірогідності відмінностей за умов нормально розподілу за t критерієм Ст'юдента, в іншому випадку – за критерієм Манна-Уїтні, якісних ознак – за критерієм Хі-квадрат ( $\chi^2$ ) Пірсона, в тому числі з поправкою Йейтса на безперервність; оцінку асоціації між категоріальними змінними та кореляцій проводили за допомогою рангового кореляційного аналізу з розрахунком коефіцієнтів кореляції Спірмена ( $\rho$ ). Критичне значення рівня статистичної значущості для всіх видів аналізу приймалося на рівні  $p < 0,05$ .

**Результати дослідження та їх обговорення.** Обстежені хворі, відповідно до мети дослідження, були розподілені на 2 групи спостереження в залежності від наявності/відсутності саморуйнівної (аутоагресивної) поведінки. Основну групу склали ВІЛ інфіковані з ознаками саморуйнівної поведінки (з наявністю регулярного вживання алкоголю та наркотичною залежністю в анамнезі) та аутоагресії у вигляді наявних суїцидальних тенденцій. Групу порівняння склали хворі без ознак саморуйнівної (аутоагресивної) поведінки (**табл. 1**).

Вік обстежених коливався від 21 до 58 років і складав у середньому 38,53 (8,10) роки – M (SD). Серед обстежених переважали інфіковані чоловічої статі (62,79 %) з середньо-спеціальною освітою (48,84 %), непрацюючі (69,77 %), самотні особи (69,77 %) гетеросексуальної орієнтації (83,72 %). Тривалість ВІЛ інфекції у них коливалася від 1 місяця до 20 років та складала в середньому 4,0 (0,5; 7,0) років – Me (25 %; 75 %). Більшість обстежених регулярно (58,14 %) або періодично (37,21 %) приймають АРВТ. Між групами дослідження за зазначеними загальними характеристиками значущих розбіжностей не виявлено ( $p > 0,05$ ), що вказує на їх однорідність та можливість порівняльного аналізу.

Розбіжності між групами виявлено за показником ймовірного шляху зараження, який у групі порівняння без ознак саморуйнівної поведінки представлено лише сексуальним шляхом, тоді як у основній групі присутній і парентеральний шлях з вагомою часткою у 42,31 % ( $p = 0,006$ ), що обумовлено наявністю у даній групі осіб з наркотичною залежністю.

Таблиця 1.

Загальні анамнестичні та клінічні характеристики обстежених ВІЛ-інфікованих

Характеристики	Усі обстежені	Основна група	Група порівняння	p
Кількість, n (%)	43 (100 %)	26 (60,47 %)	17 (39,53 %)	-
<b>Стать, n (%)</b>				
жінки	16 (37,21 %)	8 (30,77 %)	8 (47,06 %)	0,280
чоловіки	27 (62,79 %)	18 (69,23 %)	9 (52,94 %)	
Вік (років), M (SD)	38,53 (8,10)	38,88 (6,56)	38,0 (10,23)	0,731*
<b>Соціальний статус, n (%)</b>				
Працюючий	13 (30,23 %)	8 (30,77 %)	5 (29,41 %)	0,925
Непрацюючий	30 (69,77 %)	18 (69,23 %)	12 (70,59 %)	
<b>Сімейний статус, n (%)</b>				
У шлюбі	13 (30,23 %)	9 (34,62 %)	4 (23,53 %)	0,438
Самотній/ня	30 (69,77 %)	17 (65,38 %)	13 (76,47 %)	
<b>Сексуальна орієнтація, n (%)</b>				
Гетеросексуалізм	36 (83,72 %)	21 (80,77 %)	15 (88,24 %)	0,664
Гомосексуалізм	1 (2,33 %)	1 (3,85 %)	0 (0 %)	
Бісексуалізм	6 (13,95 %)	4 (15,38 %)	2 (11,76 %)	
<b>Ймовірний шлях зараження, n (%)</b>				
Сексуальний	32 (74,42 %)	15 (57,69 %)	17 (100 %)	0,006
Парентеральний	11 (25,58 %)	11 (42,31 %)	0 (0 %)	
Тривалість ВІЛ (міс), Me (25%; 75%)	48,0 (6,0; 84,0)	60,0 (8,0; 108,0)	36,0 (3,0; 60,0)	0,146#
<b>Прихильність до антиретровірусної терапії(АРВТ), n (%)</b>				
Регулярна АРВТ	25 (58,14 %)	14 (53,85 %)	11 (64,71 %)	0,684
Не регулярна АРВТ	16 (37,21 %)	11 (42,31 %)	5 (29,41 %)	
Не приймає АРВТ	2 (4,65 %)	1 (3,85 %)	1 (5,88 %)	

Примітки: p – розбіжності між групами за критерієм  $\chi^2$  Пірсона, в тому числі з поправкою Йейтса; \* – за t критерієм Ст'юдента; # – за критерієм U Манна-Уїтні.

Психопатологічна класифікація психічних розладів проводилася згідно МКХ-10, розділ F40-F49: невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади. Ведучі психопатологічні синдроми серед усіх обстежених: астенічний і астено-депресивний синдроми зустрічалися з однаковою частотою 13,95 % (95 % ДІ 6,56 – 27,26), тривожно-депресивний синдром виявлено у 11,63 % обстежених (95 % ДІ 5,07 – 24,48). У групі саморуйнівної поведінки на першому місці – тривожно-депресивний розлад – 19,23 % (95 % ДІ 8,51 – 37,88), у групі порівняння – астено-депресивний 29,41 % (95 % ДІ 13,28 – 53,13) ( $p < 0,05$ ) (рис. 1). Також в основній групі частіше, без статистично значущої переваги ( $p > 0,05$ ), зустрічаються астено-іпохондричний, депресивно-параноїдний, іпохондрично-депресивний, депресивно-іпохондричний, іпохондрично-параноїдний, апато-астенічний та фобічний синдроми, що вказує на більший ступінь розладів адаптації порівняно з групою без аутоагресивної поведінки.

На наявність когнітивних розладів у пацієнтів вплинув передусім факт інфікування ВІЛ – у всіх обстежених середній бал за шкалою МоСА складав 23,05 (2,74) бали, без статистично значущих розбіжностей між групами: у основній групі – 23,50 (2,70) бали, у групі порівняння – 22,35 (2,74) бали ( $p > 0,05$ ). Незважаючи на не низький середній бал тесту, когнітивні порушення (менше 26 балів за МоСА) були виявлені у 34 пацієнтів (79,07 %), в групі саморуйнівної поведінки у 20 (76,92 %) ВІЛ-інфікованих, в групі порівняння – у 14 (82,35 %) пацієнтів ( $p > 0,05$ ).

Вважається, що посилення ризикової поведінки та недотримання АРВТ терапії призводять до посилення когнітивного дефіциту, однак у нашому дослідженні не було виявлено асоціативних зв'язків між даними показниками. Також тривалість ВІЛ інфекції не впливала на результати за тестом МоСА. Виявле-

но кореляційний зв'язок інтенсивності когнітивних функцій з освітою (коефіцієнт рангової кореляції Спірмена  $r = 0,48$ ;  $p = 0,001$ ) та соціальним статусом ( $r = 0,44$ ;  $p = 0,003$ ), підвищення яких позитивно відбивається на результатах тесту МоСА, тоді як з віком кількість балів набрана при обстеженні зменшувалася ( $r = -0,38$ ;  $p = 0,012$ ).

При аналізі колірному тесту Люшера враховувалася частота вибору кольору на перших та останніх позиціях (табл. 2).

Показники колірних асоціацій вибору стандартних кольорів тесту Люшера суттєво не відрізнялися між групами обстежених ( $p > 0,05$ ).

При дослідженні першого вибору з колірною рядку, як характеристики основного способу, дій у всіх обстежених ВІЛ інфікованих, виявлено, що вибір фіолетового кольору стояв на першому місці поряд з основними кольорами (20,93 %). Це свідчить про нестійку самооцінку випробовуваних, утруднену адаптацію у зв'язку з тривалою емоційною напругою, прагнення підвищити свою значимість в очах оточуючих, втечу від реальності.

Темно-синій колір на першій позиції у основній групі (26,92 %) говорить про підвищену тривожність, інтровертність, схильність до песимізму, пасивності. Серед характеристик основного способу дій – уникнення конфліктів та невдач, прагнення до стабільності.

Помаранчево-червоний колір на першій позиції у групі порівняння (35,29 %) свідчить про більше бажання у ВІЛ інфікованих без

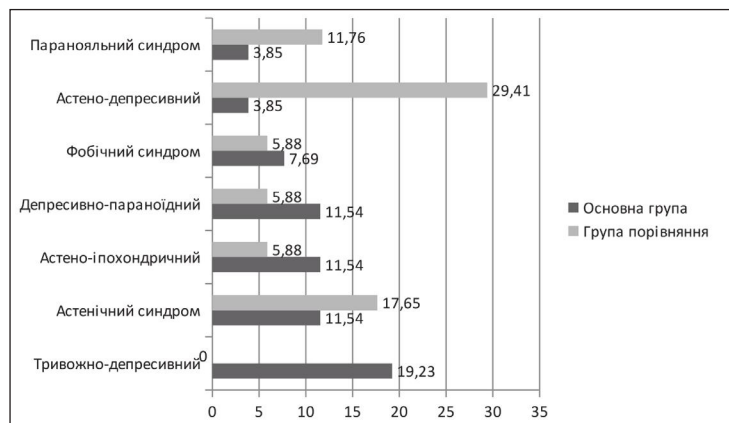


Рис. 1. Частота провідних психопатологічних синдромів у групах дослідження ВІЛ-інфікованих (%).

Примітка. \* –  $p < 0,05$  порівняно з групою контролю за критерієм  $\chi^2$  Пірсона, в тому числі з поправкою Йейтса.

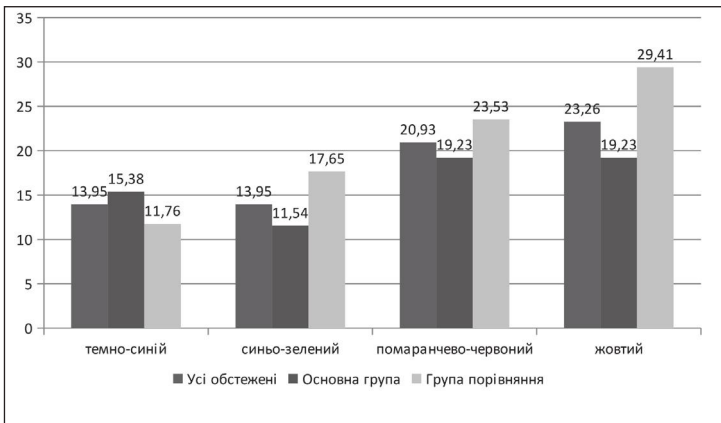


Рис. 2. Частота пригнічених потреб за відповідними основними кольорами тесту Люшера, відібраними на останні позиції у групах дослідження ВІЛ-інфікованих (%).

ознак саморуйнівної поведінки до активних дій, продуктивної життєдіяльності.

У числі відкинутих кольорів, що символізують пригнічені потреби (рис. 2), найчастіше зустрічалися жовтий колір (23,26 % серед усіх обстежених) та помаранчево-червоний (20,93 %), що свідчить про виснаження резервних можливостей організму обстежених, астенизацію, песимізм і тривожність, блокування бажань і потреб в активних змінах.

У 13,95 % обстежених на останніх позиціях вибору (6-8) знаходився темно-синій колір, що вказує на пригнічення потреб у задоволенні, спокої, стійкій позитивній прихильності. Серед основних способів подолання даних пригнічених потреб у обстежених відзначалися бажання справити враження, збудження, захопленість, настороженість, активне прагнення цілі, жага до визнання, популярності.

З такою ж частотою, як у попереднього, визначався на останніх позиціях синьо-зелений колір (13,95

%), що свідчить про пригнічену потребу у самоствердженні. З віком ступінь пригнічення даної потреби зменшувався ( $p=0,34$ ;  $p=0,012$ ). Прагнення до діяльності, активності, високої оцінки своєї діяльності, збудження, захопленість, бажання справити враження, активне бажання до емоційного вивільнення, негативний настрій, злість, прагнення відійти від поганої ситуації – зустрічалися серед засобів подолання даної пригніченої потреби.

Потреба активно діяти і досягати успіху (помаранчево-червоний на останніх позиціях) була пригнічена у 20,93 % обстежених. Дане пригнічення асоціювалося з іпохондричним типом відношення до хвороби ( $p=0,41$ ;  $p=0,006$ ). Серед засобів її подолання виділялися – збудження, захопленість, бажання справити враження, негативний стан, настороженість, активне прагнення до тісних відносин, потреба в увазі з боку інших, занепокоєння, жага до визнання, популярності.

Жовтий колір та асоційована з ним пригнічена потреба у перспективах, надіях на краще, мріяв визначалася з найбільшою частотою у 23,26 % та переважала без статистично значущих розбіжностей ( $p>0,05$ ) у групі порівняння – 29,41 %. Виявлено асоціацію пригнічення даної потреби з сексуальною орієнтацією ( $p=0,37$ ;  $p=0,016$ ). За сексуальною орієнтацією найбільшою мірою дана потреба була пригнічена у бісексуалів (66,67 %) порівняно з гомо – та гетеросексуалами (16,67 %) ( $p=0,023$ ).

Способи подолання її пригнічення включали активне бажання до емоційного вивільнення, почуття задоволеності, спокою, прагнення до спокійної обстановки, небажання приймати участь у конфлікті, стресі, настороженість, надмірне збудження, неадекватну захопленість, бажання справити враження, активне прагнення успіху, прийняття самостійних рішень, подолання перешкод у діяльності.

Таблиця 2.

Частота вибору позицій колірної ряду та інтегральні показники за тестом Люшера у обстежених ВІЛ-інфікованих

Показники за тестом Люшера	Усі обстежені n=43	Основна група n=26	Група порівняння n=17	p
<b>Вибір першого кольору, n (%)</b>				
1 темно-синій	9 (20,93 %)	7 (26,92 %)	2 (11,76 %)	0,232
2 синьо-зелений	9 (20,93 %)	6 (23,08 %)	3 (17,65 %)	0,669
3 помаранчево-червоний	9 (20,93 %)	3 (11,54 %)	6 (35,29 %)	0,061
4 жовтий	3 (6,98 %)	3 (11,54 %)	0 (0 %)	0,401
5 фіолетовий	9 (20,93 %)	4 (15,38 %)	5 (29,41 %)	0,269
6 коричневий	1 (2,33 %)	1 (3,85 %)	0 (0 %)	0,829
7 чорний	2 (4,65 %)	1 (3,85 %)	1 (5,88 %)	0,757
0 сірий	1 (2,33 %)	1 (3,85 %)	0 (0 %)	0,829
<b>Основні кольори на 3-х останніх місцях</b>				
n (%)	27 (62,79 %)	16 (61,54 %)	11 (64,71 %)	0,834
<b>Додаткові кольори на 3-х перших місцях</b>				
n (%)	13 (30,23 %)	7 (26,92 %)	6 (35,29 %)	0,559
<b>Інтегральні показники (%), Me (25 %; 75 %)</b>				
Рівень тривоги (РТ)	16,67 (0; 33,33)	16,67 (0; 33,33)	16,67 (0; 33,33)	0,852 <sup>#</sup>
Сумарне відхилення (СВ)	50,0 (37,5; 56,25)	50,0 (34,38; 56,25)	50,0 (40,63; 53,13)	0,970 <sup>#</sup>
Вегетативний коефіцієнт (ВК)	18,0 (14,0; 24,0)	18,0 (14,6; 24,0)	18,4 (14,0; 24,0)	0,766 <sup>#</sup>

Примітки: p – розбіжності між групами за критерієм  $\chi^2$  Пірсона, в тому числі з поправкою Йейтса; <sup>#</sup> – за критерієм U Манна-Уїтні.

Щодо виразності стресу і стану компенсації у ВІЛ інфікованих, у третини (30,23 %) обстежених додаткові кольори знаходилися на перших трьох місцях. Загалом у більшості (62,79 %) обстежених були відхилені основні кольори, що вказує на блокування основних психічних потреб: у спокої і задоволенні, у самоствердженні, активності, успіху. Також це вказує на наявність стану тривоги і стресу у обох групах дослідження. У пацієнтів з невдалою компенсацією напруги спостерігалася астенизація, зниження енергетичного потенціалу та активності.

Серед інтегральних показників, що визначалися як відсоток від максимально можливого балу, найбільше значення мало сумарне відхилення 50,0 (37,5; 56,25) %. Отже, сумарне відхилення від аутогенної норми спостерігається майже у половині випадків обстеження ВІЛ інфікованих, рівень тривоги сягав у середньому за меді-

анним значенням 16,67 %, вегетативний коефіцієнт майже у п'ять разів був менше максимально можливого. Це свідчить про високий рівень психічної дезадаптації, швидку стомлюваність, емоційну нестабільність, переважання іпохондричних та астеничних настроїв, наявність серйозних особистісних проблем і міжособистісних конфліктів, високу ймовірність невротизації особистості.

За даними рангового кореляційного аналізу сумарне відхилення від адаптаційної норми корелює зі статтю ( $p=0,55$ ;  $p<0,01$ ): у чоловіків СВ суттєво вище порівняно з жінками (53,13 (50,0; 65,62) та 39,06 (31,25; 43,75) відповідно;  $p<0,001$ ). Розбіжності за статтю при тестуванні за методикою Люшера виявлено також в інших українських дослідженнях [20].

Також виявлено кореляції СВ з сексуальною орієнтацією ( $p=0,33$ ;  $p=0,029$ ), рівнем освіти ( $p=0,56$ ;  $p<0,001$ ), соціальним статусом ( $p=0,31$ ;  $p=0,044$ ), ступенем когнітивних порушень за МоСА ( $p=0,34$ ;  $p=0,025$ ). Отже чим вище рівень когнітивного дефіциту, тим у більшому ступені спостерігається відхилення від адаптаційної норми за тестом Люшера.

Виявлено зв'язок СВ з гармонійним типом відношення до хвороби за методикою ТВДХ ( $p=0,32$ ;  $p=0,039$ ). Рівень тривоги за тестом Люшера корелював з іпохондричним ( $p=0,44$ ;  $p=0,003$ ) та егоцентричним ( $p=0,30$ ;  $p=0,048$ ) типами відношення до хвороби за методикою ТВДХ.

Аналіз середніх профілів типу відношення до хвороби у групах обстеження (рис. 3) не виявив між ними розбіжностей та показав, що згідно узагальнених даних основний тип реагування на ВІЛ-інфікування – сенситивно-ергопатичний. Враховуючи те, що ергопатичне відношення до хвороби входить до блоку типів із відсутністю явних порушень адаптації, то до основного вираженого прояву дезадаптації у обстежених ВІЛ інфікованих можна віднести сенситивний тип реагування. Він характеризується надмірною заклопотаністю про можливе несприятливе враження, яке можуть справити на інших ВІЛ інфіковані. Хворі відчують побоювання, що оточуючі будуть ставитися до них зневажливо або відсторонено, будуть їх уникати, вважати неповноцінним.

Ергопатичний тип, що характеризується «відходом від хвороби у роботу» корелює з віком хворих ( $p=0,31$ ;  $p=0,047$ ), що свідчить про більшу прихильність до даного типу відношення до хвороби у старших вікових груп.

При аналізі розподілу типів реагування на захворювання за блоками, виявлено, що у обстежених ВІЛ-інфікованих адаптовані типи реагування на хворобу склали загалом серед усіх обстежених 41,86 %, типи з інтрапсихічною дезадаптацією – 20,93 % і більше ніж у третини (37,21 %) домінують типи з інтерпсихічною дезадаптацією. Отже разом типи відношень до хвороби, що характеризуються порушенням особистісної і психосоціальної адаптації склали 58,14 % при домінуванні інтерпсихічної дезадаптації над інтрапсихічною.

Хворі з інтерпсихічними типами ставлення до хвороби характеризуються сенсбілізованим став-

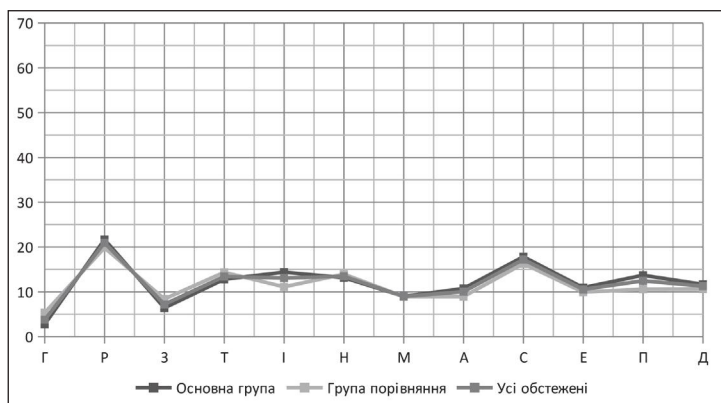


Рис. 3. Діагностика узагальненого профілю типу відношення до хвороби у групах дослідження ВІЛ-інфікованих (середній бал за відповідним типом за методикою ТВДХ).

**Примітки.** Г – гармонійний; Р – ергопатичний; З – анозогнозичний; Т – тривожний; І – іпохондричний; Н – неврастенічний; М – меланхолічний; А – апатичний; С – сенситивний; Е – егоцентричний; П – паранойяльний; Д – дисфоричний.

ленням до хвороби, яке проявляється дезадаптивною поведінкою хворих: вони соромляться свого захворювання, використовують свій стан для досягнення певних цілей, виявляють гетерогенні агресивні тенденції [20].

Сенситивний тип реагування, що входить до даного блоку зустрічається окрім сполучення з ергопатичним типом, і у інших змішаних (сенситивно-тривожний) та дифузних типах (сенситивно-апатично-ергопатичний і сенситивно-тривожно-неврастенічний), отже дезадаптація до хвороби зустрічається також у вигляді змішаної інтер-інтрапсихічної дезадаптації.

**Висновки.** ВІЛ інфіковані пацієнти є вразливою верствою пацієнтів з особливим психоемоційним профілем. Попри певну частку адаптованих до хвороби серед обстежених з ВІЛ статусом, у більшості хворих (58,14 %) спостерігаються інтерпсихічна, і меншою мірою, інтрапсихічна дезадаптації; когнітивні порушення (79,07 % обстежених); виснаження резервних можливостей організму та астенизація.

Обстежені пацієнти реагують на хворобу переважно за сенситивно-ергопатичним типом, що характеризується надмірною заклопотаністю про можливе несприятливе враження на оточуючих через ВІЛ статус.

Можливості психологічної та психосоціальної адаптації ВІЛ-інфікованих обмежені через заглибленість у свій стан, підсилення емоційного дискомфорту та тривоги, проблем із самоконтролем. Труднощі з адаптацією до хвороби пов'язані з тривалою емоційною напругою, прагненням підвищити свою значимість в очах оточуючих, блокуванні основних психічних потреб.

ВІЛ статус є потужним фактором стресу, що стимулює різні психопатологічні реакції серед яких провідне місце займають у осіб без ознак саморуйнівної поведінки астено-депресивний розлад, у хворих з аутоагресією – тривожно-депресивний розлад (29,41 % та 19,23 % відповідно;  $p<0,05$ ). Загалом у інфікованих на ВІЛ, яким притаманна саморуйнівна поведінка, виявлено більший ступінь розладів адаптації порівняно з групою без аутоагресивної поведінки.

Визначено міжгрупову схожість випробовуваних щодо засобів подолання стресу серед яких найчас-

тіше зустрічаються: бажання справити враження, збудження, захопленість, жага до емоційного вивільнення, прагнення до активності, успіху, визнання, популярності, самостійного прийняття рішень, спокійного оточення.

Зниження енергетичного потенціалу, астенізація, невдала компенсація напруги і стресу, високий рівень психічної дезадаптації, емоційна нестабільність

можуть створювати підґрунтя для деструктивних дій хворих і повинні бути компенсовані під час лікування ВІЛ інфікованих за участю фахового психіатра.

**Перспективи подальших досліджень** полягають у проведенні подальшого обстеження ВІЛ інфікованих з використанням розширеного спектру психодіагностичних методів.

### Література

1. Global AIDS Monitoring 2018: Ukraine. Summary n.d. Available from: [http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/UKR\\_2018\\_countryreport.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/UKR_2018_countryreport.pdf) (accessed December 4, 2018).
2. Baingana F, Thomas R, Comblain C. HIV/AIDS and mental health. The World Bank; 2005.
3. Nedelcovych MT, Manning AA, Semenova S, Gamaldo C, Haughey NJ, Slusher BS. The Psychiatric Impact of HIV. *ACS Chem Neurosci*. 2017;8:1432-4.
4. Del Guerra FB, Fonseca JLI, Figueiredo VM, Ziff EB, Konkiewitz EC. Human immunodeficiency virus-associated depression: contributions of immuno-inflammatory, monoaminergic, neurodegenerative, and neurotrophic pathways. *J Neurovirol*. 2013;19:314-27.
5. Neigh GN, Rhodes ST, Valdez A, Jovanovic T. PTSD co-morbid with HIV: Separate but equal, or two parts of a whole? *Neurobiol Dis*. 2016;92:116-23.
6. Schadé A, van Grootheest G, Smit JH. 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;13:35-45.
7. Chibanda D, Benjamin L, Weiss HA, Abas M. Mental, Neurological, and Substance Use Disorders in People Living With HIV/AIDS in Low- and Middle-Income Countries: JAIDS. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2014;67:54-67.
8. Rybalko VO, Yasnikova EE, Aitov KA. Rasprostranennost' i osobennosti nepsihoticheskikh psihicheskikh rasstrojstv u VICH-inficirovannykh, poluchayushchih vysokoaktivnyuyu antiretrovirusnyuyu terapiyu v stacionarnykh usloviyah. *Social'naya i klinicheskaya psichiatriya*. 2015;2:40-4. [in Russian].
9. Valieva TV, Eltsova AV. Psihologicheskaya adaptatsiya VICH-infitsirovannykh i zdorovykh lyudey. *Vestnik Uralskogo instituta ekonomiki, upravleniya i prava*. 2016;3(36):59-69. [in Russian].
10. Valeeva AM, Muhametova RN, Sinyushina NN. Patopsihologicheskoe issledovanie i sravnenie sostoyaniya affektivnoy sfery v dvuh gendernykh gruppah VICH infitsirovannykh bolnykh. *VICH infektsiya i immunosupressii*. 2010;2(3):82-7. [in Russian].
11. Stan'ko EHP. Social'noe funkcionirovanie VICH-inficirovannykh potrebitel'ey narkotikov. *GrGMU*. 2018. 316 s. [in Russian].
12. Pohorilko OV, Skrypnikov AM, Herasymenko LO, Isakov RI. Autoahresyvna povedinka pidlitkiv. *Poltava: TOV «ASMI»*; 2017. 141 s. [in Ukrainian].
13. Pshuk NH, Kyryliuk NP, Stukan LV. Kliniko-psykhopatolohichni osoblyvosti VIL-infikovanykh patsientiv. *Arkhiv psykhiiatrii*. 2012;18:29-33. [in Ukrainian].
14. Sannikova OE, Solov'ev AG, Sidorov PI. Social'no-psiologicheskies aspekty dezadaptatsii VICH-inficirovannykh lic v penitentsiarnej srede. *Ehkologiya cheloveka*. 2009;4:20-4. [in Russian].
15. Vovk VI. Psychoemotional state in HIV infected male patients at early and late stages of HIV disease. *Psykhiiatriia, nevrolohiia ta medychna psykhologhiia*. 2014;1:72-6.
16. Spirina ID, Rokutov SV, Hnenna OM, Lazarenko AM. Kliniko-psykhopatolohichni ta psykhologichni osoblyvosti povedinky pry nepsykhotychnykh psykhichnykh rozladakh u khvorykh na VIL (ohliad literatury). *Dermatovenerolohiya. Kosmetolohiya. Seksopatolohiya*. 2017;1(4):87-93. [in Ukrainian].
17. Sobchik LN. MCV – metod cvetovykh vyborov. Modificirovannyj vos'micvetovoj test Lyushera. *Prakticheskoe rukovodstvo*. SPb.: Izd-vo «Rech'»; 2001. 112 s. [in Russian].
18. Timofeev VI, Filimonenko Yul. Cvetovoj test M. Lyushera. SPb.: Imon; 2001. 47 s. [in Russian].
19. Nasreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V, Charbonneau S, Whitehead V, Collin I, et al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc*. 2005;53:695-9.
20. Vasserman LY, Yovlev BV, Karpova EB, Vuks Ala. *Psykhologicheskaja dyahnostyka otnoshenya k bolezny: posobyje dlja vrachei*. SPb.: SPb NYPNY um. V.M. Bekhtereva; 2005. 32 s. [in Russian].

### ОЦІНКА РІВНЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ У ВІЛ ІНФІКОВАНИХ З НЕПСИХОТИЧНИМИ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

Спіріна І. Д., Фаузі Є. С., Гненна О. М., Коваленко Т. Ю., Широков О. В.

**Резюме.** У статті наведено результати комплексного клініко-психодіагностичного обстеження 43-х ВІЛ інфікованих пацієнтів з непсихотичними психічними розладами. За результатами дослідження визначено, що попри певну частку адаптованих до хвороби серед обстежених з ВІЛ статусом, у більшості хворих спостерігаються інтерпсихічна, і меншою мірою, інтрапсихічна дезадаптації. У інфікованих на ВІЛ, яким притаманна саморуйнівна поведінка, виявлено більший ступінь розладів адаптації порівняно з групою без аутоагресивної поведінки.

**Ключові слова:** ВІЛ інфіковані, непсихотичні психічні розлади, психологічна адаптація, тест Люшера.

### ОЦЕНКА УРОВНЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ВИЧ ИНФИЦИРОВАННЫХ С НЕПСИХОТИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Спирина И. Д., Фаузи Е. С., Гненная О. Н., Коваленко Т. Ю., Широков А. В.

**Резюме.** В статье приведены результаты комплексного клинико-психодиагностического обследования 43-х ВИЧ инфицированных пациентов с непсихотическими психическими расстройствами. По результатам исследования установлено, что несмотря на некоторую долю адаптированных к болезни среди обследованных с ВИЧ статусом, у большинства больных наблюдаются интерпсихическая, по меньшей мере, интрапсихическая дезадаптация. У инфицированных ВИЧ, которым присуще саморазрушительное поведение, выявлена большая степень расстройств адаптации по сравнению с группой без аутоагрессивного поведения.

**Ключевые слова:** ВИЧ инфицированные, непсихотические психические расстройства, психологическая адаптация, тест Люшера.

### ASSESSMENT OF PSYCHOLOGICAL ADAPTATION LEVEL IN HIV INFECTED WITH NON-PSYCHOTIC MENTAL DISORDERS

**Spirina I. D., Fauzy E. S., Gnenna O. M., Kovalenko T. U., Shirokov O. V.**

**Abstract.** There was revealed a lack of research on mechanisms for the formation of behavioural abnormalities in HIV-infected people after the preliminary survey of scientific literature.

*The purpose of the study.* Assessment of the level of psychological adaptation in HIV infected with non-psychotic mental disorders, depending on the presence of self-destructive (auto-aggressive) behaviour.

*The object and methods of research.* The comprehensive clinical and psychodiagnostic survey of 43 HIV-infected patients with non-psychotic mental disorders was conducted, which included analysis of primary medical documentation, clinical and diagnostic interview, M. Luscher's "Color Test" (eight-color version), Montreal Cognitive Assessment (MoCA) and the methodology of psychological diagnostics of types of attitude to the disease (TAD). The examined patients were divided into 2 groups of observation, depending on the presence/absence of self-destructive (auto-aggressive) behaviour.

The statistical processing of the results was carried out using the STATISTICA 6.1 software (StatSoftInc., Serial No. AGAR909E415822FA) using the corresponding tasks of the descriptive and analytical biostatistics methods.

*Results and discussion.* The age of the examined patients ranged from 21 to 58 years and amounted to an average of 38.53 (8.10) years – M (SD). Among the examined patients, infected males (62.79%) with secondary education (48.84%), unemployed (69.77%), and single (69.77%) heterosexual orientation (83.72%) prevailed. The duration of HIV infection in them ranged from 1 month to 20 years and amounted to an average of 4.0 (0.5, 7.0) years – Me (25%, 75%).

The leading place in people without symptoms of self-destructive behaviour is asteno-depressive disorder, in patients with autoaggression is anxiety-depressive disorder (29.41% and 19.23% respectively,  $p < 0.05$ ).

Cognitive impairment (less than 26 points for MoCA) was detected in 34 patients (79.07%). The choice of purple color was in the first place along with the main colors at 20.93% when the Lusher test was the total deviation from the autogenous norm of color selection was observed in almost half of the cases of HIV infected patients.

Types of relations with the disease characterized by violations of personal and psychosocial adaptation were 58.14% (the main type of response – sensitively ergotaptic) with the predominance of interpersonal maladaptation over intrapsychiatric.

*Conclusion.* In spite of a certain proportion of HIV-infected persons adapted to the disease, in most patients there is an interpersonal and, to a lesser extent, intrapsychiatric disadaptation. The examined patients react to the disease mainly by the sensitively ergopathic type. In general, those infected with HIV who have a self-destructive behaviour have discovered a greater degree of adaptation disorders compared to the group without auto-aggressive behaviour.

**Key words:** HIV infected, non-psychotic mental disorders, psychological adaptation, Luscher test.

*Рецензент – проф. Скрипников П. М.*

*Статья найдшла 23.12.2018 року*

DOI 10.29254/2077-4214-2019-1-1-148-173-177

УДК 617.747-007.58

*Султанова М. М.*

### ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И РАЗРЕШЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ЭНДОФТАЛЬМИТОВ У ДЕТЕЙ

**Азербайджанский Государственный Институт Усовершенствования Врачей  
имени А. Алиева (г. Баку, Азербайджан)**

[nauchnayastatya@yandex.ru](mailto:nauchnayastatya@yandex.ru)

**Вступление.** Повреждения органа зрения у детей продолжают оставаться одной из основных причин приобретенной слепоты и слабовидения. По данным различных авторов, по причине травмы теряют зрение от 10 до 20 % пациентов в возрасте до 15 лет [1]. Несмотря на то, что в нашем веке огромную помощь в борьбе с различными заболеваниями оказывают антибактериальные препараты, внутриглазная инфекция продолжает оставаться одним из самых грозных осложнений, как после травмы, так и после различных хирургических вмешательств [2,3,4]. Основную роль играет отсутствие сосудов в стекловидном теле, что затрудняет поступление антибиотиков в стекловидное тело. Также, не малое значение играют мутации микроорганизмов, которые приводят к невосприимчивости к лекарственным препаратам [5,6,7]. Как указано в литературе, эндофталмиты, как осложнение повреждений органа зрения, раз-

виваются довольно часто. В ряде случаев, не смотря на все старания врачей, остановить инфекционный процесс является не возможным. Развивается эндофталмит, панофталмит [8]. В таких случаях приходится удалять глазное яблоко, что является дополнительной травмой для психики юного пациента и его родителей [9].

В данной работе мы хотели бы поделиться своим алгоритмом действия при посттравматических эндофталмитах у пациентов детского возраста, а также привести результаты, полученные нами в клинике.

**Цель работы:** проанализировать алгоритм лечения травмы глаза, осложненной эндофталмитом, у детей.

**Объект и методы исследований.** Нами изучены истории болезни 15 пациентов, возраст которых колебался от 10 дней до 15 лет. Родители пострадав-