

3. Маринушкіна О.Є. Технології профілактичної роботи з учнями 1-4-х класів з проблем ВІЛ/СНІДу // Психологічна газета. – 2004. – № 13 (липень). – С. 2-11.
4. Митохір Н.Б., Янусь С.В. Уроки з курсу “Основи здоров’я. 3 клас”: Посібник для вчителя. – Тернопіль: Навчальна книга – Богдан, 2004. – 112 с.
5. Програми для загальноосвітніх навчальних закладів (12-річна школа): Основи здоров’я (5-9 кл.) – К.: Перун, – 2005. – 41 с.
6. Програми для загальноосвітніх навчальних закладів: Біологія (6-11 кл.). – К.: Шкільний світ, 2001.
7. Програми для загальноосвітніх навчальних закладів: Основи безпеки життєдіяльності (1-11 класи) / В. Єфімова, І. Пархоменко, І. Репік. – К.: Шкільний світ, 2001. – 63 с.
8. Соціально-просвітницькі тренінги з формування мотивації до здорового способу життя та профілактики ВІЛ/СНІДу: Навч.-метод. посіб. / С.В. Страшко, Л.А. Животовська, О.Д. Гречишкіна та ін. / За ред. С.В. Страшка. – 2-е вид., перероб. і доп. – К.: Освіта України, 2006. – 260 с.
9. Уроки здоров’я. Методичний посібник для вчителів. / Автор-упорядник С.В. Кириленко. – Харків: Скорпіон, 2004. – 88 с.

УДК 574.24 (075)

**ПРОБЛЕМА ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ’Я ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ
І ХВОРИХ НА СНІД**

*І.П. Кривич, д.м.н., проф.,
С.В. Страшко, к.б.н., доц.,
Л.М. Левицька, к.м.н., доц.,
Г.М. Гусєва, В.В. Олайя-Верано*

(Національний педагогічний університет імені М.П. Драгоманова)

Вирішення профілактико-просвітницьких питань з проблеми ВІЛ-інфекції і СНІДу, особливо серед молоді, є важливою і значущою справою. Загальна кількість ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД в Україні, третина з яких діти, зростання кризових явищ у молодіжному середовищі тісно пов’язані не тільки з політичною, соціально-економічною нестабільністю в суспільстві, але й з умовами виховання та побутовим неблагополуччям у сім’ях, недоліками в організації навчального процесу в закладах освіти, негативним впливом на молодь асоціального оточення. Недостатня увага приділяється організації дозвілля, вихованню позитивного ставлення до здорового способу життя.

Як відомо, психічне здоров’я є складовою і необхідною умовою здоров’я людини в цілому. Значною мірою воно зумовлює розвиток фізичного здоров’я і є основою для формування духовності особистості. Саме тому пріоритетним напрямом в освіті й вихованні загальноосвітньої, професійно-технічної і вищої школи є системна профілактична робота з використанням інноваційних форм психопрофілактики і психокорекції, яка здатна забезпечити ефективний вплив на ціннісні орієнтири і формування позитивних форм поведінки у молоді. Щодо наслідків СНІДу для психічного здоров’я самих хворих на СНІД і ВІЛ-інфікованих та їх оточення, то ці питання потребують пильної уваги і подальшого вивчення.

Психічні порушення при ВІЛ-інфекції на думку багатьох дослідників досить різноманітні. Доведено, що ВІЛ є не лише лімфотропним, але й нейротропним вірусом. Це свідчить про те, що ще на стадії первинних проявів хвороби у фазі ураження нервової

системи має місце проникнення ВІЛ у спинномозковий канал, нейроглию. Таким чином з'являються психогенні та неврологічні розлади: почуття тривоги, нестійкість настрою, швидке стомлення, нездатність зосередити увагу, порушення сну, відчуття ранкової важкості, дратівливості, налаштованість на конфлікти з оточуючими, намагання до суїциду та інше. Зазначені симптоми складають стан так званої "ВІЛ-деменції", що проявляється у 50-60 % хворих і може бути як єдиним проявом ВІЛ/СНІДу, так і у комбінації з іншими ознаками, характерними для стадії первинних проявів хвороби [1, 3, 5, 7]. Таким чином більшість дослідників вважають, що для ВІЛ-інфекції характерні порушення інтелекту хворого.

Інші автори не спостерігали грубих порушень інтелектуальної діяльності і слабоумства у ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД. Основну увагу вони приділяють опису змін настрою, порушенню соціальної адаптації, змінам особистості, депресивним проявам, почуттям тривоги та безвиході, втраті мотивації до суспільної діяльності [5, 6, 7].

Іноді на початку захворювання психічні порушення не виражені або мало виражені й можуть бути не поміченими при звичайному психіатричному огляді. Деякі хворі приховують депресивну симптоматику, що може впливати на валідність результатів дослідження. Тому пропонують застосовувати нейропсихологічні методики у динаміці, що дозволить зафіксувати виникнення змін в інтелектуальній і емоційній сферах у процесі розвитку захворювання [7].

Крім того, важливо враховувати особливості психологічного стану людини, яка щойно дізналася про свою ВІЛ-позитивність. "Деякі люди реагують неприйняттям цієї реальності. Дехто, особливо за умов хорошого самопочуття, відмовляється погодитись із фактом зараження і тим, що є загроза завдати шкоди собі та іншим. Основні психогенні реакції, які спостерігаються у період повідомлення про діагноз, це: страх, тривога, відчуття втрати, журба, почуття провини перед людьми, докори сумління щодо поведінки, роздратованість, агресивність, думки про самогубство" [4].

Існують спроби ранжувати психічні порушення, що виникають на ранніх етапах розвитку хвороби після інфікування ВІЛ.

Через деякий час після встановлення діагнозу "ВІЛ-позитивний" виникає пригнічений емоційний стан, який є результатом змін у соціальному оточенні хворого, звуження кола спілкування, руйнування сімейних стосунків, проблеми працевлаштування тощо [3].

Деякі дослідники вважають, що психічні розлади при СНІД та ВІЛ-інфікуванні можуть проявитися задовго до ознак зниження імунітету. Вони вказують, що у багатьох хворих на СНІД за кілька місяців, а іноді й років до маніфестації захворювання спостерігається апатія, почуття ізоляції, самотності [7].

Часто першим симптомом СНІДу є депресія. Так із 40 хворих, обстежених I. Dilley і співавторами, 13 вперше звернулися з приводу депресії саме до психіатричної лікарні, де в них був виявлений СНІД [7, 8]. У більшості випадків депресивні розлади пов'язані з психіатричним анамнезом, а також зловживанням алкоголю і наркотиків.

Одним з особливо актуальних аспектів проблеми СНІДу є суїциди. Важкість захворювання, його безповоротність, часті больові відчуття та фізичні пошкодження різко підвищують ризик суїциду. Суїцидні думки у цих хворих бувають досить часто, проте дослідники вважають, що суїцидальна поведінка реалізується головним чином у осіб з патохарактерологічними та психопатичними рисами [7]. Типова психопатологічна депресія частіше розвивається у хворих, які вже мали в анамнезі афективні розлади різного ступеня вираженості. При цьому суїцидальні спроби частіше чиняться тими, хто був свідком смерті від СНІДу близьких або друзів. Підкреслюється, що багато психопатологічних симптомів СНІДу на пізніх стадіях хвороби схожі на переживання хворих на рак у термінальній стадії. Це наводить дослідників на думку про універсальний механізм психопатологічного реагування в умовах важкого невиліковного захворювання.

Слід зазначити, що у інтравертів, хворих на СНІД, психічні розлади виражені значно більше, ніж у екстравертів і терапія діє на них не так ефективно. Інтраверти гірше долають стресові ситуації, особливо соціальні. Таким чином, провідною причиною психічної патології при ВІЛ-інфекції є реакція особистості на сам факт захворювання, яка може проявитися як адаптивний варіант, так і виражений патологічний. У будь-якому випадку усвідомлення факту наявності СНІДу зумовлює у хворого психологічний стрес [5, 6, 7].

Як і при ВІЛ-інфікуванні, так і при СНІДі багато симптомів розглядаються як прояви реакції на хворобу. До них належать відчуття безвиході, печалі, суму, безпорадності, провини, самозвинувачення, соціальної ізоляції. При цьому відзначається, що відчуття невизначеності та безвиході найчастіше проявляється в умовах клініки, де лікуються хворі [5, 7].

З початку психічні порушення здоров'я проявляються на субклінічному рівні. Далі з'являються типові клінічні порушення у вигляді лихоманки, посиленого нічного потовиділення, діареї, лімфаденопатії, пневмонії тощо [3, 5].

Відповідно до численних досліджень, що включають і вивчення аутопсійного матеріалу, прояви патології нервової системи при ВІЛ-інфекції дуже часті (до 90-95 %), різноманітні і неоднорідні, як по клінічних характеристиках, так і механізмах виникнення. Це енцефалопатія, менінгіт, енцефаліт, локальні ураження головного мозку, парези, паралічі, невропатії, периферичний симетричний радикуліт з поліміозитом, синдром Гуліана-Барре як ранній прояв ВІЛ-інфекції та інше. Звичайними причинами цих порушень є опортуністичні інфекції на стадії вторинних проявів СНІДу. Оскільки ВІЛ справляє не лише безпосередній вплив на імунну і нервову системи, а й опосередкований (опортуністичні інфекції, новоутворення, судинні порушення, що викликають зміни в центральній і периферичній нервовій системі), ряд авторів виділяє специфічні симптомокомплекси, які можуть мати як органічний (гострий і хронічний перебіг), так і функціональний характер [3, 5, 7].

З функціональних психічних порушень найчастіше зустрічаються посттравматичні стресові розлади, СНІДофобія, виражена іпохондрія, симптоми тривоги і депресії, короткочасні реактивні психози, параноя, шизофреноформний психоз. Так, наприклад, тривога, як правило, супроводжується панікою, анорексією, безсонням, а також почуттям безвиході й гнівом, нерідко спрямованим на лікарів, очікуванням можливого відторгнення рідними та друзями і проблематичністю щодо належного лікування. Необхідність давати звіт про своє інтимне життя, обмеження у ньому, вірогідна руйнація сім'ї та неможливість створення нової, можливість народження хворих дітей та ін. посилюють стан тривоги [6].

Важливою психологічною проблемою, з якою зустрічаються ВІЛ-інфіковані особи, є соціальна ізоляція. Хворих звільняють з роботи, розпадаються сім'ї, їх залишають родичі і друзі. У психіатричних відділеннях, при надходженні до них хворих на СНІД, виникає особливо напружена обстановка, зумовлена побоюваннями цих хворих щодо розповсюдження інформації про їхнє захворювання та недовірою до медичного персоналу. Пояснюється вона тим, що на свої запитання стосовно власного захворювання ВІЛ-інфіковані отримують занадто загальні відповіді, внаслідок чого у них виникають емоційні реакції, частіше у вигляді гніву [7].

При проведенні досліджень психологічного, соціального і правового напрямів з використанням психологічних тестів і опитувальників було з'ясовано, що у психологічному статусі хворих переважали проблеми, пов'язані з хворобою і думками про тривалість їхнього життя. Робота і фінансові питання (внаслідок вимушеної незайнятості хворих) посідали за важливістю друге місце. Далі йшли питання самотності, соціальної ізоляції, зниження самооцінки, самозвинувачення, афективні порушення (депресія, печаль, тривога, емоційна збудливість, яка була надто вираженою або достатньо вираженою). Кореляційний аналіз засвідчував, що соціальна підтримка позитивно

корелює зі станом психічного статусу і суб'єктивною самооцінкою свого здоров'я ВІЛ-інфікованими та хворими на СНІД [7].

Оскільки серед хворих на СНІД дуже часто трапляються хворі на наркоманію, то вивчення особливостей психічних порушень при такому поєднанні має виявити і з'ясувати специфіку патопсихологічного дефекту, ролі психотерапевтичних втручань при ВІЛ-інфікуванні, побудови психокорекцій та психотерапевтичних програм. Ці питання у вітчизняній літературі практично не висвітлені. У зарубіжних дослідженнях ВІЛ-інфіковані та хворі на СНІД з ознаками наркотичної залежності виявили певну різницю в рівнях тривоги. Так, рівень тривоги у наркоманів був достовірно вищим, ніж у хворих, необтяжених наркоманією. Дослідження А. Могера та спів. доводять, що особи жіночої статі, ВІЛ-інфіковані та обтяжені наркоманією, демонструють більшу психічну патологію, ніж чоловіки з такими діагнозами. Крім того, треба зазначити, що патопсихологічні зміни у ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД при наркоманії найбільш виражені [9].

Отже, в цілому можна зробити висновок, що при ВІЛ-інфекції з такими обтяженнями як наркоманія і алкоголізм у процесі загострення основного захворювання приєднуються певні психічні захворювання та послаблюється соціальна адаптація хворих. Людині, яка хвора на невиліковне захворювання, таке як СНІД, вкрай важливо відчувати підтримку близьких, а також психологічну допомогу і соціальну підтримку, починаючи з моменту встановлення діагнозу і протягом усього життя [1, 5, 9].

Психологічна робота з ВІЛ-інфікованими тісно пов'язана з медичною реабілітацією і матеріальною допомогою. Вона може здійснюватися як у медичних закладах, де відбувається діагностика і лікування ВІЛ-інфікованих, так і в умовах спеціалізованих центрів та соціальних служб. До соціальної роботи активно залучаються добровільні помічники (волонтери), в основному, з числа самих ВІЛ-інфікованих і членів їх родини. Досвід свідчить, що люди, які вражені ВІЛ, більшою мірою довіряють тому, хто переживає подібну проблему, ніж професійним соціальним працівникам. До того ж залучення до соціальної роботи допомагає ВІЛ-інфікованим знайти новий сенс життя, подолати комплекс провини, спрямувати енергію на позитивні цілі.

Наведена інформація може ефективно використовуватися для формування в студентів толерантного ставлення до ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД, що дуже важливо для подолання їх стигми та дискримінації.

Література

1. Люди и ВИЧ // Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине. К., 2001. – 350 с.
2. Методичний посібник з профілактики наркоманії та ВІЛ/СНІД у шкільному та молодіжному середовищі / За ред. Б.П. Лазаренко, І.М. Пінчук. – К., 2002. – 144 с.
3. Покровский В.В. Эпидемиология и профилактика ВИЧ-инфекции и СПИД. – М.: Медицина, 1996. – 246 с.
4. Пурік О.П. Ураження ВІЛ: результат чи початок життєвої кризи / Шкільний світ. – 2001. – № 11 (91). – С. 5-7.
5. СПИД и ВИЧ-инфекция. Социально-психологические аспекты: Информация для профессионалов / Пер. с англ. Н.А.Чайка. – СПб, 2000.
6. Соціально-просвітницькі тренінги з формування мотивації до здорового способу життя та профілактики ВІЛ/СНІДу: Навчально-метод. посібник / С.В. Страшко, Л.А. Животовська, О.Д. Гречишкіна та ін. / За ред. С.В. Страшка. – 2-е вид. – К.: Освіта України, 2006. – 260 с.
7. Чуприков А.П., Лобанов С.О. Психологічні порушення, що спостерігаються при ВІЛ-інфікуванні та СНІДі // Медичний всесвіт: спецвипуск з проблем ВІЛ/СНІД. – 2003. – № 1. – Т.3.
8. Dilley I. та спів. (цитуємо по 7).
9. Morera A. та спів. (цитуємо по 7).