

## Zaburzenia reaktywne u nosicieli wirusa HIV odbywających długoletnią karę pozbawienia wolności

*Reactive disorders in HIV-infected prisoners serving long-term penalty of deprivation of liberty*

TOMASZ SEREJKO, JERZY PRACUCIK, WOJCIECH GRUSZCZYŃSKI, EWA SEREJKO

*Z Katedry i Kliniki Psychiatrycznej WAM w Łodzi*

**STRESZCZENIE.** Na podstawie badania 30 mężczyzn, nosicieli wirusa HIV, odbywających długoletnią karę pozbawienia wolności, stwierdzono, że bezpośrednią przyczyną wystąpienia depresji reaktywnej było gwałtowne pogorszenie się stanu somatycznego spowodowane przez AIDS, a nie warunki długoletniej izolacji.

**SUMMARY.** Subjects in the study were 30 male HIV-infected prisoners serving long-term sentences. The cause of reactive depression in this sample was found to be not the long-term isolation, but a sudden deterioration of somatic health resulting from AIDS.

**Słowa kluczowe:** zespół nabytego upośledzenia odporności / zaburzenia reaktywne

**Key words:** acquired immunodeficiency syndrome / reactive disorders

Pierwsze zachorowania na nabyte upośledzenie odporności (*acquired immune deficiency syndrome*, AIDS) zaobserwowano w 1981 roku w Stanach Zjednoczonych. Były to już przypadki z pełnoobjawowym obrazem choroby, a więc zakażenie musiało nastąpić znacznie wcześniej skoro okres inkubacji wirusa trwa od 6 miesięcy do 5 lat i więcej [1, 3].

W USA rozpoznano do chwili obecnej ponad sto tysięcy przypadków pełnoobjawowego zespołu AIDS, a liczba nosicieli wirusa określana jest na 1-2 milionów osób. Za przyczynę zachorowania uważa się zakażenie ludzkim wirusem upośledzenia odporności typu 1 (HIV-1), obecnie również HIV-2 i HIV-0 [1]. Szczególnie narażone na zakażenie są osoby pochodzące z grup tzw. wysokiego ryzyka, jak np. homoseksualiści, biseksualiści, narkomani, stosujące dożylny środek odurzający, hemofilitycy oraz inni chorzy, którzy po 1977 roku byli leczeni krwią lub produktami krwiopochodnymi, nie

badani w kierunku HIV, jak i partnerzy seksualni osób z wymienionych grup ryzyka [3].

W Polsce po raz pierwszy zakażenie wirusem HIV stwierdzono w 1985 roku. W 1993 roku liczba zarejestrowanych zakażonych wynosiła 2700, a pod koniec 1995 roku około 4000 nosicieli wirusa HIV. Do chwili obecnej z powodu zespołu AIDS zmarło ponad 300 osób. Dane dotyczące zachorowalności w Polsce nie są w pełni obiektywne i wiarygodne, a epidemiolodzy przewidują, że nosicielami może być około 300 tysięcy osób [2].

Z nosicielstwem wirusa HIV jak i pełnoobjawowym AIDS wiążą się liczne problemy ekonomiczne, społeczne i prawne. Świadomość nosicielstwa i zakażenia determinuje styl życia, niejednokrotnie wpływa i warunkuje zachowania społeczne, a w rezultacie może powodować wejście na drogę przestępczą. Dotyczy to głównie narkomanów i homoseksualistów będących nosicielami, jak i chorujących na AIDS [1, 6]. Poważnym stał się również problem odbywania kary pozbawienia

wolności u osób tej grupy. U zakażonych wirusem HIV często dochodzi do zmian w o.u.n. nawet przy braku innych objawów chorobowych. Przy pełnoobjawowym zespole AIDS zaburzenia ze strony o.u.n. stwierdza się u około 60% pacjentów [1].

Zaburzenia psychiczne związane z zakażeniem HIV mogą przybierać charakter zmian organicznych lub czynnościowych. Głównie obejmują zespół otępienia związany z AIDS (*AIDS-dementia complex*, ADC), obserwowany w końcowym okresie choroby, a ponadto zaburzenia osobowości i nastroju. Wśród zaburzeń czynnościowych wymienia się depresję oraz ostre psychozy. Stosunkowo mało miejsca we współczesnej literaturze przeznaczono zaburzeniom reaktywnym w przebiegu nosicielstwa jak i pełnoobjawowego zespołu AIDS.

W psychiatrii przyjmuje się, że zaburzenia reaktywne występują w sytuacjach trudnych, ekstremalnych [5]. Może to zwłaszcza dotyczyć okresu wieloletniej izolacji w czasie odbywania długoletniej kary pozbawienia wolności.

## CEL PRACY

Celem pracy było poznanie najczęściej występujących zaburzeń reaktywnych u nosicieli wirusa HIV odbywających długoletnią karę pozbawienia wolności.

## BADANE OSOBY I METODA

Badania i obserwacje przeprowadzono w latach 1994–1995. Objęto nimi 30 mężczyzn w wieku od 28 do 47 lat (średnia wieku: 33 lata), odbywających długoletnią karę pozbawienia wolności (7 do 25 lat). Miejscem badań był oddział dla nosicieli wirusa HIV jednego z zakładów karnych województwa łódzkiego. Z punktu widzenia medycznego skazani byli pacjentami poradni internistycznej i dermatologicznej, pulmonologicznej i chorób zakaźnych w warunkach więziennej służby zdrowia. Badania przeprowadzone były przez internistów i psychiatrów nastę-

pującymi metodami: (1) rutynowe badanie internistyczne ze szczególnym zwróceniem uwagi na dynamikę zmian somatycznych, (2) rutynowe badanie stanu psychicznego z uwzględnieniem linii życiowej, (3) analiza dokumentacji leczenia ambulatoryjnego (dermatologicznego i pulmonologicznego), (4) kwestionariusz samooceny stanu zdrowia psychicznego według czterostopniowej skali: zły, przeciętny, dobry, bardzo dobry.

## WYNIKI

Z analizy linii życiowej skazanych wynika, że w badanej populacji 30 mężczyzn, nosicieli wirusa HIV, kara pozbawienia wolności nie była orzeczona po raz pierwszy. Żaden z badanych nie zaakceptował wyroku skazującego. 20 więźniów (67%) miało wykształcenie podstawowe, 7 (23%) – zawodowe, a 3 (10%) – nie ukończyło żadnej szkoły. Służbę wojskową odbyło tylko 4 skazanych (13%), a pozostali uznani zostali za niezdolnych do jej odbycia ze względu na zaburzenia osobowości lub pobyt w zakładzie karnym. 21 osadzonych (70%) w przeszłości było karanych przez sąd dla nieletnich.

14 więźniów (47%) jako drogę zakażenia wskazało dożylne używanie środków odurzających, 8 (27%) – kontakt seksualny, 1 (3%) – homoseksualny, 2 (7%) – samouszkodzenie. Pozostałych 6 (20%) nie chciało udzielić odpowiedzi na zadane pytanie.

Wszyscy badani zostali zarażeni przed osadzeniem w zakładzie karnym, ale tylko 11 więźniów (37%) wiedziało, iż są nosicielami wirusa HIV już w czasie przyjęcia do zakładu karnego.

Jako zły (w związku z rozwojem pełnoobjawowego zespołu AIDS) określiło swój stan somatyczny 9 więźniów (30%). W badaniu psychiatrycznym u tych 9 skazanych stwierdzono: znaczne obniżenie nastroju, poczucie małej wartości, winy, samooskarżanie się, lęk przed śmiercią, izolację od pozostałych współosadzonych, zaburzenia snu. U 2 osób tej grupy wystąpiły myśli suicydalne. Wydaje się, że świadomość bezpośredniego zagrożenia

życia stanowiła dla tych osób potężny uraz psychiczny i w konsekwencji wystąpienie psychozy reaktywnej o obrazie depresji. Także w opinii lekarzy służby więziennej tych 9 osób przejawiało zaburzenia psychiczne typowe dla zespołu depresyjnego. Na podstawie uzyskanych wyników badań i rocznej obserwacji skazanych nosicieli wirusa HIV wystąpienie u 9 mężczyzn objawów depresji reaktywnej było związane z gwałtownym pogorszeniem się ich stanu somatycznego. W związku z takim pogorszeniem stanu somatycznego z powodu odpornej na leczenie infekcji układu oddechowego, zakażenia grzybiczego skóry i błon śluzowych, po konsultacji lekarza chorób zakaźnych osadzeni ci, ze względu na stan zdrowia, uzyskali przerwę w odbywaniu kary pozbawienia wolności.

Stan 14 (47%) badanych oceniano jako przeciętny. Obserwowano u nich zaburzenia przystosowania wynikające z zaburzeń osobowości, głównie sfery emocjonalno-popełdowej, przejawiające się stanami lęku, reakcjami depresyjnymi, zachowaniem aspołecznym, wybuchami gniewu itp. Takie epizodyczne stany reaktywne wynikały raczej z nieprawidłowo ukształtowanej osobowości i nie miały charakteru trwałego.

Ocena stanu psychicznego u 7 (23%) więźniów nie wykazała istotnych zaburzeń psychopatologicznych, a ich stan somatyczny oceniano jako dobry. Nie powodował on wystąpienia psychoz reaktywnych, mimo perspektywy odbywania kary długoletniego więzienia.

## WNIOSKI

1. Zaburzenia reaktywne u nosicieli wirusa HIV odbywających długoletnią karę pozbawienia wolności stwierdzono u 77% skazanych, przy czym u 30% miały one charakter psychozy o obrazie depresyjnym.

2. Wydaje się, że bezpośrednią przyczyną wystąpienia depresji reaktywnej było gwałtowne pogorszenie się stanu somatycznego spowodowane AIDS, a nie warunki długotrwałej izolacji.

## PIŚMIENNICTWO

1. Kaplan H.I., Sadock B.J.: Psychiatria kliniczna. Urban & Partner, Wrocław 1995, 313-320.
2. Juszczyk J., Gładysz A.: AIDS. Volumed, Wrocław 1992.
3. Rosenhan D., Seligman M.: Psychopatologia. T. 2. 1994, 77-78.
4. Magdzik W., Nowosławski A.: Informacje na temat zespołu nabytego upośledzenia odporności. PZWL, Warszawa 1984.
5. Serejko T., Serejko E., Gruszczyński W.: Dynamika zaburzeń psychosomatycznych u osób odbywających długoletnią karę pozbawienia wolności. Opiniowanie sądowo-psychiatryczne w nowych uwarunkowaniach prawnych i psychospołecznych. Materiały XII Krajowej Konferencji Psychiatrii Sądowej, Bełchatów, 24-25.11.1994. Psychiatr. Pol., Kraków 1996, 89-92.
6. Adler M.: ABC of AIDS. BMJ, London 1987.

*Adres: Dr Tomasz Serejko, Katedra i Klinika Psychiatryczna WAM,  
ul. Aleksandrowska 159, 91-229 Łódź*