

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ОСОБЕННОСТИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ, ПОЛУЧАЮЩИХ ВЫСОКОАКТИВНУЮ АНТИРЕТРОВИРУСНУЮ ТЕРАПИЮ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ

В.О. Рыбалко, Е.Е. Ясникова, К.А. Аитов

ГБОУ ВПО Иркутский Государственный Медицинский Университет, Иркутск

Заболевание, вызываемое вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция), Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) признает самой серьезной проблемой современного общества [3, 24]. ВИЧ-инфекция тесно связана с большим количеством медицинских, социально-психологических, правовых, экономических и политических вопросов [3, 8]. При этом эпидемия ВИЧ-инфекции в России, как и пандемия во всем мире, сопровождается огромным количеством психических расстройств, в том числе непсихотического спектра [15, 19, 22]. С одной стороны, ряд преморбидных психических расстройств значительно повышает риск заражения ВИЧ [2, 3, 22, 24]. С другой стороны, само заболевание прямо и косвенно провоцирует развитие множества психических расстройств – вследствие реагирования на болезнь, необходимости лечения, последствий социальной стигматизации, развития осложнений заболевания [3, 6, 22]. В силу вышеперечисленных причин, по мнению ряда авторов, каждый новый случай ВИЧ должен рассматриваться как психиатрический случай [16, 22], а психиатрическое лечение и психотерапевтическая коррекция должны быть одним из первых мероприятий с ВИЧ-инфицированным [3, 4, 22].

В свою очередь, психические расстройства, предшествующие ВИЧ-инфекции и сопровождающие ее, снижают качество жизни больных, повышают распространенность рискованного поведения и снижают приверженность к лечению, то есть ВИЧ-инфекция и психические расстройства являются взаимобуславливающими факторами [3, 22], и психиатрическая помощь ВИЧ-инфицированным направлена на три основные цели: повышение качества жизни, снижение рискованного поведения и повышение приверженности к высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ). Согласно исследованиям зарубежных авторов, именно психиатрическое вмешательство с целью повышения приверженности к

ВААРТ является наиболее перспективной и эффективной областью сотрудничества клинической психиатрии и системы помощи ВИЧ-инфицированным в сравнении с обучающими программами, повышением качества жизни или терапией «снижения вреда» [22]. Ситуация, касающаяся проблемы приверженности к ВААРТ среди ВИЧ-инфицированных характеризуется широкой распространенностью недостаточной приверженности, и существованием серьезных проблем во всех группах факторов, на нее влияющих [18, 21, 22, 23], в том числе в силу широкого распространения в данной группе психических расстройств различного уровня [1, 9, 16, 21, 22]. Отчасти это связано с особенностью самой схемы лечения ВААРТ – она требует гораздо более высокого уровня приверженности для достижения эффекта в сравнении с другими хроническими заболеваниями, в том числе психическими – 95% против 80% [1, 7, 11, 14, 17, 20]. Другой стороной этого вопроса является негативное влияние психических расстройств непсихотического спектра на приверженность к лечению, которое может быть преодолено только путем специализированного лечения [4, 22]. В связи с опасностью заболевания, дороговизной лечения и необходимостью высокой приверженности к нему, пациент должен начинать ВААРТ только будучи готовым к этому, что предполагает диагностику и лечение психических расстройств до назначения ВААРТ [3, 11, 12, 15, 22]. В связи с этим возникает необходимость решения ряда вопросов: поиск психодиагностического инструментария для скрининга ВИЧ-инфицированных, нуждающихся в консультации врача-психиатра, выделение субпопуляций больных на основании признаков течения заболевания, психопатологической картины и степени приверженности/неприверженности, выработка специфических методов психиатрического лечения [12, 13, 22]. Однако данный вопрос, широко освещенный в зарубежной

литературе, не получил должного освещения в отечественных исследованиях, в связи с чем он требует более подробного рассмотрения.

Целью нашего исследования было определение распространенности и типологии непсихотических психических расстройств (НППР), и их значения в приверженности к антиретровирусной терапии среди ВИЧ-инфицированных, нуждающихся в ВААРТ.

В связи с поставленной целью решались следующие задачи:

Изучить распространенность НППР, в том числе аддиктивных заболеваний, у ВИЧ-инфицированных, нуждающихся в ВААРТ, в зависимости от социально-демографических характеристик больных.

Определить типологию, психопатологическую структуру и нозологическую спецификацию НППР у данного контингента.

Установить связь типа и динамики НППР с приверженностью к терапии ВИЧ-инфекции.

Определить психодиагностические шкалы, чувствительные к выявлению психических расстройств непсихотического спектра у ВИЧ-инфицированных, на 4 стадии заболевания.

Материал и методы исследования

Было проведено полное психиатрическое обследование 52 больных, госпитализированных в отделение №5 Иркутской областной инфекционной клинической больницы для назначения и подбора схемы ВААРТ, либо коррекции существующей схемы в связи с прогрессированием ВИЧ-инфекции.

Критерии включения в исследование: стадия ВИЧ-инфекции 4А.

Критерии исключения из исследования: психические расстройства психотического спектра, инфекционные заболевания ЦНС.

Информация, полученная в результате исследования, касалась социально-демографических показателей (пол, возраст), клинических и анамнестических данных ВИЧ-инфекции (год заражения, уровень вирусной нагрузки), клинических и анамнестических данных НППР (тип реагирования на болезнь, предъявляемые жалобы к психиатру) и результатов экспериментально-психологического исследования по методикам общий опросник здоровья (GHQ), шкала депрессии Бека (BDI), симптоматический опросник (SCL), сокращенный многофакторный опросник личности (СМОЛ) и методика «Тип отношения к болезни (ТОБОЛ).

Использовались непараметрические статистические методы: метод Манни-Уитни и вычисление коэффициента корреляции Спирбергера, а также методы описательной статистики.

Результаты и их обсуждение

Средний возраст пациентов составил $32,9 \pm 0,78$ лет. Мужчин и женщин практически поровну – 54% и 46% соответственно. Среди пациентов был выявлен

низкий образовательный уровень: лишь 15% пациентов имели высшее образование либо являлись студентами ВУЗа, 21% имел средне-специальное образование, остальные 64% не имели законченного среднего образования. 44% больных воспитывались в неполных семьях: 30% – только с матерью, 10% – только с отцом, 4% росли без родителей. У 46% пациентов наследственность была отягощена алкоголизмом отца, у 13,5% – алкоголизмом матери, в том числе у 6% (3 чел.) – алкоголизмом обоих родителей. 32,7% больных воспитывались в условиях гиперопеки, 61,5% больных – в условиях гипоопеки. 88,5% подвергались в детстве эмоциональной депривации, 58% – эмоциональной и физической депривации. 21% пациентов подвергались физическому насилию, а 10% – сексуальному насилию в детском и подростковом возрасте. На момент обследования 13,4% пациентов никогда не состояли в браке, 4% состояли в гражданском браке, 56% – в зарегистрированном, 19,2% были разведены, 7,4% овдовели, то есть 60% пациентов состояли в длительных отношениях, в то время как 40% их не имели. Таким образом, большинство обследованных имеют множественные неблагоприятные микросоциальные влияния в детско-юношеско-подростковом возрасте, что согласуется с ранее проведенными исследованиями, касающимися ВИЧ-инфицированных на 3 стадии заболевания [1].

Было выявлено три пути заражения ВИЧ: (1) парентеральный, связанный с использованием общим шприцом потребителями инъекционных наркотиков (ПИН); (2) парентеральный, не связанный с ПИН (переливание крови, медицинские манипуляции); (3) половой (в результате незащищенного полового контакта). Парентеральный путь заражения был выявлен в 25 случаях (48%) у ПИН и в 6 случаях, не связанных с ПИН (11,5%), половой – 21 случай (40,5%). Пациенты первой группы имели статистически больший промежуток между постановкой диагноза ВИЧ-инфекции и началом ВААРТ – 9,7 лет ($p < 0,01$) в сравнении с пациентами второй (5 лет) и третьей группы (3,6 лет), при отсутствии статистически значимых различий между группами 2 и 3. Между всеми тремя группами не было выявлено значимых различий в уровне CD4+ и вирусной нагрузке. Таким образом, внутривенное употребление наркотиков является неблагоприятным прогностическим фактором в отношении приверженности к лечению вне зависимости от клинических показателей ВИЧ-инфекции.

19 пациентов (36,5%) на момент обследования предъявляли жалобы к психиатру – на сниженное настроение, тревожность, затрудненное засыпание, «тягу» к алкоголю или героину, неудовлетворенность семейными отношениями. Из 19 пациентов 8 (42,1% или 15,4% от общего объема выборки) обращались по поводу перечисленных жалоб за амбулаторной психиатрической помощью. Было выявлено,

что пациенты, сообщившие о жалобах к психиатру на момент осмотра имели более высокие показатели по опроснику BDI (когнитивно-аффективная шкала CAS 10,9 против 6,2 ($p < 0,05$) и интегральный показатель 19,4 против 12,4 ($p < 0,05$), но не соматическая шкала SPS), шкалам сензитивности, тревожности и фобий опросника SCL (соответственно 0,8 против 0,46; 1,1 против 0,67; 0,7 против 0,25, во всех случаях $p < 0,05$), а также количеству предъявляемых симптомов по тому же опроснику – 43,9 против 30, $p < 0,05$. Те же различия имелись у группы пациентов, обратившихся за психиатрической помощью в сравнении с теми, кто не имел активных жалоб, но не в сравнении с теми, кто жалобы имел, а за помощью не обратился. Несмотря на небольшое количество пациентов, активно предъявлявших жалобы на момент осмотра, объективно признаки пограничных нервно-психических расстройств были обнаружены у 40 пациентов (77%) – тревожно-депрессивные расстройства, нарушения сна, расстройства адаптации, расстройства личности; однако лишь небольшая часть пациентов обращались и получали психиатрическую помощь.

Из 52 пациентов выборки 18 (35%) был выставлен диагноз расстройства личности кластера В (по DSM-5) [10]. Среди пациентов, страдающих расстройством личности, преобладали женщины (66,6% против 34%, $p < 0,05$), достоверно чаще не состоящие в стабильных отношениях – разведенные и вдовы (39% против 17,5%, $p < 0,05$). В клинической картине заболевания такие пациенты чаще предъявляли при осмотре жалобы к психиатру (61% против 23,5%, $p < 0,01$) и имели половой путь заражения (61% против 29%, $p < 0,05$). В картине реакции на заболевание у пациентов данной группы достоверно реже встречалось «застывание» на стадии анозогнозии (50% против 82%, $p < 0,05$) и достоверно чаще – на стадии «магического мышления» или «торгов» по Э.Кюблер-Росс [5] (72% против 35%, $p < 0,05$). По результатам клинико-психологического тестирования, пациенты с расстройством личности имели более высокий балл по CAS BDI (11,5 баллов против 6, $p < 0,01$) и общему баллу той же шкалы (19 против 12,7, $p < 0,05$), а также по субшкалам депрессивности и межличностной сензитивности опросника SCL (1,38 против 0,77 и 0,86 против 0,45 соответственно, в обоих случаях $p < 0,05$).

27 пациентов (52%) страдали зависимостью от опиатов, в настоящее время у всех зависимость находилась в фазе ремиссии. В анамнезе у этих пациентов отмечались достоверно более раннее заражение ВИЧ (2001 против 2006 год, $p < 0,001$) и диагностика (2002 против 2007, $p < 0,001$), большая задержка в начале ВААРТ (9,6 лет против 4,4, $p < 0,001$), а также более редкое воспитание по типу гиперопеки и более частое – по типу гипоопеки (18,5% против 48% и 78% против 44%, $p < 0,05$). По результатам клинико-психологического тестирования выявилось значи-

тельное повышение в группе наркозависимых по шкалам возбудимой психопатии и паранойяльности СМОЛ (70 против 57 и 60 против 52 соответственно, $p < 0,05$).

16 пациентов (31%) страдали алкогольной зависимостью. Среди них достоверно выше был возраст (34,8 лет против 32,4, $p < 0,001$) и вирусная нагрузка (35 7000 копий HIV/мл против 20 8000, $p < 0,05$). В среднем в этой группе диагноз ВИЧ-инфекции был выставлен раньше (2002 год против 2005, $p < 0,05$), а также отмечалась большая задержка с момента постановки диагноза ВИЧ-инфекции до начала ВААРТ (9,2 года против 6,2 года, $p < 0,05$).

Данные группы частично пересекались: 21 пациент (40%) не имел ни одного наркологического диагноза, а 12 (23%) имели оба. Пациенты без аддиктивной патологии имели меньшую вирусную нагрузку (17 1500 против 34 2000, $p < 0,05$), достоверно более позднее заражение ВИЧ (2006 год против 2000 год, $p < 0,05$) и диагностику (2007 год против 2001, $p < 0,01$), а также меньшую задержку в начале ВААРТ (4,6 лет против 11,4, $p < 0,001$).

Более того, пациенты, страдавшие только одной химической зависимостью, также имели достоверные различия с группой пациентов, одновременно имеющих алкоголизм и наркоманию. Эти различия касались года постановки диагноза ВИЧ-инфекции (2006 год против 2001, $p < 0,05$) и задержки в начале лечения (7,3 года против 11,4, $p < 0,05$). Это подтверждает литературные данные о том, что любая химическая зависимость негативно влияет на клинические показатели ВИЧ-инфекции, отодвигая момент обращения за медицинской помощью, а сочетанная зависимость от алкоголя и опиатов оказывает еще более тяжелое влияние.

29 пациентов (56%) начали принимать ВААРТ впервые в стационарных условиях под наблюдением медперсонала в связи с прогрессированием ВИЧ-инфекции. Данная группа была определена нами как «неприверженная», так как, по анамнестическим данным, пациентам этой группы ВААРТ была назначена ранее, но не была начата из-за различных причин, связанных с пациентом (нежелание или неготовность начать терапию). Другая группа – 23 человека (44%) были госпитализированы для изменения схемы ВААРТ в связи с прерыванием либо неудачей предыдущей попытки терапии. Эта группа была определена нами как «недостаточно приверженная», так как пациенты этой группы начали прием ВААРТ, но не соблюдали принципы терапии до конца, что в итоге приводило к краху лечения и развитию осложнений. Было выявлено, что в группе «неприверженных» анамнестически достоверно чаще встречалась эмоциональная депривация в родительской семье (100% случаев против 78%, $p < 0,05$) и сексуальное насилие в течение жизни (17,2% против 0%, $p < 0,05$), а также инпунитивное реагирование на болезнь (74% против 42%, $p < 0,05$).

У 23 пациентов (44%) ВААРТ была начата в связи с развитием осложнений ВИЧ-инфекции (симптомное течение ВИЧ), у остальных 29 (56%) – в связи с иммунологическими показателями (бессимптомное течение ВИЧ). Среди пациентов «бессимптомной» группы отмечались достоверно более низкие показатели по шкале фобической тревожности опросника SCL (0,48 против 0,78, $p < 0,05$) и общему числу предъявляемых симптомов (27 против 41, $p < 0,001$). Согласно результатам опросника ТОБОЛ, пациенты бессимптомной группы набрали больше баллов по шкале анозогнозического (14,5

против 7,6, $p < 0,05$) и меньше – по шкалам тревожного, ипохондрического, апатического и сензитивного типов реагирования на болезнь (7,7 против 13; 7,9 против 14; 4,3 против 10; 12 против 18,3; $p < 0,05$ во всех случаях). Полученные данные могут свидетельствовать о том, что для пациентов с бессимптомным течением заболевания более характерен тип реагирования на болезнь, при котором проблемы с приверженностью возникают не вследствие психопатологических симптомов, а вследствие легкомысленного отношения к лечению и неприятной роли больного [5].

ЛИТЕРАТУРА

1. Беляева В.В., Кравченко А.В. Приверженность высокоактивной антиретровирусной терапии: Пособие для врачей. М.: Российский федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИД, 2004. 52 с.
2. Бородкина О.Д. Пограничные нервно-психические расстройства у больных с ВИЧ-инфекцией на латентной стадии заболевания (типология, динамика, реабилитация): Дисс. ... канд. мед. наук. Томск, 2005. 181 с.
3. Двойная стигма, двойной вызов: Психическое здоровье и ВИЧ/СПИД в Центральной и Восточной Европе и новых независимых государствах. Глобальная инициатива в психиатрии. 2006. 14 с.
4. Клинические рекомендации. ВИЧ-инфекция и СПИД / Под ред. В.В.Покровского. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. 192 с.
5. Кюблер-Росс Э. О смерти и умирании: пер. с англ. Киев: София, 2001. 320 с.
6. Недзельский Н., Морозова Е. Поддержка людей, живущих с ВИЧ. М.: БФ «Просветительский центр ИНФО-Плюс», 2003. 148 с.
7. Незнанов Н.Г., Аид В.Д. Проблема комплайенса в клинической психиатрии // Психиатрия и психофармакотерапия. 2004. Т. 6, № 4. С. 8–14.
8. Плотникова Ю.К., Понотова Л.В., Малов И.В. Моделирование социолого-эпидемиологического риска как основы эффективного управления территориальной системы борьбы и профилактики ВИЧ/СПИД заболевания // Сибирский медицинский журнал. 2012. № 1. С. 83–87.
9. Покровский В.И. СПИД: Этические проблемы и права человека. Биомедицинская этика. М.: Медицина, 1997. 202 с.
10. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition, Text revision: DSM-IV-TR. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
11. Campos L.N., Guimaraes M.D., Remien R.H. Anxiety and depression symptoms as risk factors for non-adherence to antiretroviral therapy in Brazil // AIDS and behavior. 2010. Vol. 14, N 2. P. 289–299.
12. Guide for HIV/AIDS Clinical Care. U.S. Department of Health and Human Services; U.S. Health Resources and Services Administration; HIV/AIDS Bureau. 2011. 611 p.
13. Himelhoch S., Moore R.D., Treisman G., Gebo K.A. Does the presence of a current psychiatric disorder in AIDS patients affect the initiation of antiretroviral treatment and duration of therapy? // J. of Acquired Immune Deficit Syndrome. 2004. Vol. 37, N 4. P. 1457–1463.
14. Jones G., Hawkins K., Mullin R. et al. Understanding how adherence goals promote adherence behaviours: a repeated measure observational study with HIV seropositive patients [Электронный ресурс] // BMC public health. 2012. Режим доступа: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/587>
15. Kagee A. Addressing psychosocial problems among persons living with HIV // Afr. J. Psychiatry. 2012. Vol. 15, N 6. P. 424–426.
16. Koutsilieri E., Scheller C., Sopper S. et al. Psychiatric complications in human immunodeficiency virus infection // J. Neurovirology. 2002. N 2. P. 129–133.
17. Lima V.D., Geller J., Bangsberg D.R. et al. The effect of adherence on the association between depressive symptoms and mortality among HIV-infected individuals first initiating HAART // AIDS. 2007. Vol. 21, N 9. P. 1175–1183.
18. Machtinger E.L., Bangsberg D.R. // Adherence to HIV Antiretroviral Therapy [Электронный ресурс]. HIV Insight Knowledge Base Chapter. 2005. Режим доступа: <http://hivinsite.ucsf.edu/insite?Page=kb-03-02-09>
19. Owe-Larsson B., Säll L., Salamon E., Allgulander C. HIV infection and psychiatric illness // Afr. J. Psychiatry. 2009. N 2. P. 115–128.
20. Paterson D.L., Swindells S., Mohr J. et al. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection // Ann. Int. Medicine. 2000. Vol. 133, N 1. P. 21–30.
21. Springer S.A., Dushaj A., Azar M.M. The impact of DSM-IV mental disorders on adherence to combination antiretroviral therapy among adult persons living with HIV/AIDS: A systematic review // AIDS and Behavior. 2012. Vol. 16, N 8. P. 2119–2143.
22. Treisman G.J., Angelino A.F. The psychiatry of AIDS: a guide of diagnosis and treatment. The Johns Hopkins University press, 2004. 218 p.
23. World Health Organization. Adherence to long-term therapies. Evidence for action. World Health Organization, 2003. 211 p.
24. World Health Organization. AIDS Epidemic Update, December [Электронный ресурс]. World Health Organization, 2005. Режим доступа: www.who.int/hiv/pub/epidemiology/epiupdate2005/en/index.html

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ОСОБЕННОСТИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ, ПОЛУЧАЮЩИХ ВЫСОКОАКТИВНУЮ АНТИРЕТРОВИРУСНУЮ ТЕРАПИЮ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ

В.О. Рыбалко, Е.Е. Ясникова, К.А. Аитов

ВИЧ-инфицированные в 4 стадии заболевания, получающие ВААРТ в стационарных условиях, в большинстве случаев имеют психические расстройства непсихотического уровня, такие как расстройства личности, аффективные расстройства и химические зависимости.

В анамнезе у данного контингента были обнаружены множественные неблагоприятные влияния в детско-подростково-юношеском возрасте (воспитание в неполных и приемных семьях, патологический тип воспитания: гипо- или гиперопека с физической и/или эмоциональной депривацией, алкогольная зависимость одного или обоих родителей, физическое и сексуальное насилие), что согласуется с ранее проведенными исследованиями. При этом эмоциональная депривация в детстве и сексуальное насилие в юношеском возрасте достоверно были связаны с меньшей приверженностью к ВААРТ в последующем. Установлено, что лица, имеющие алкогольную и/или наркотическую

зависимость, достоверно раньше заражаются ВИЧ и позже начинают лечение ВААРТ в сравнении с пациентами, не имеющими химической зависимости. При этом лица, страдающие алкогольной и наркотической зависимостью одновременно, имеют еще большие различия по этим показателям с остальными. Из больных, заразившихся парентальным путем, также потребители инъекционных наркотиков достоверно позже приступают к ВААРТ.

Лица с бессимптомным течением ВИЧ-инфекции имеют меньше баллов по тревожному, ипохондрическому, апатическому и сензитивному типам реагирования на болезнь, но больше – по анозогнозическому. В данной группе пациентов причиной низкой приверженности лечению может являться не выраженность симптоматики, а ее отсутствие, что требует помощи со стороны врача-психиатра, психотерапевта и медицинского психолога.

Среди ВИЧ-инфицированных, получающих ВААРТ в стационарных условиях, выделена группа лиц, страдающих расстройствами личности кластера В по DSM-V. В этой группе пациентов чаще встречаются женщины, не состоящие в стабильных отношениях и имеющие половой путь заражения. Среди данных пациентов реже встречается анозогнозия, но чаще – «магическое мышление», снижающее стабильность лечения противоречивым отношением к нему, что также требует вмешательства врача-психиатра, психотерапевта и медицинского психолога.

Удачным диагностическим инструментом можно признать когнитивно-аффективную субшкалу шкалы депрессии Бека (CAS BDI), чувствительную к психическим расстройствам непсихотического спектра, в том числе расстройствам личности, что позволяет рекомендовать

шкалу для психопатологического скрининга ВИЧ-инфицированных, нуждающихся в консультации врача-психиатра.

Таким образом, имеется значительный потенциал повышения качества жизни и приверженности к ВААРТ больных СПИДом посредством вмешательства психиатра, нарколога, психотерапевта даже на 4 стадии заболевания. При этом внутри популяции ВИЧ-инфицированных, принимающих ВААРТ, выделяется несколько подгрупп, имеющих различные актуальные и потенциальные проблемы в области приверженности терапии, что требует дифференцированного подхода к диагностике и лечению таких больных.

Ключевые слова: непсихотические психические расстройства, ВИЧ-инфицированные пациенты, получающие ВААРТ.

PREVALENCE AND FEATURES OF NON-PSYCHOTIC MENTAL DISORDERS IN HIV PATIENTS RECEIVING HIGHLY ACTIVE ANTIRETROVIRAL THERAPY IN A HOSPITAL WARD

V.O. Rybalko, E.E. Yasnikova, K.A. Aitov

The HIV patients in the 4th stage of disease and receiving highly active antiretroviral therapy (HAART) in a hospital, in majority of cases have non-psychotic mental disorders such as personality disorders, affective disorders and chemical addictions. Like in previous investigations, they are found to have in their histories multiple unfavourable influences like growing-up in incomplete or adoptive families, experiencing parental neglect with physical and/or emotional deprivation, physical or sexual abuse, one or both parents having alcohol dependence etc. According to findings of investigation, emotional deprivation in childhood and sexual abuse in adolescence show a significant association with lower compliance to the HAART-treatment in future.

The persons with alcohol and/or drug addiction commonly get infected with HIV earlier and start treatment with HAART later than HIV-patients without chemical dependence. The persons with both alcohol and drug addictions show even more differences on these parameters with the rest HIV-patients. Those who got infected via parenteral route including injection drugs users, significantly later start with HAART-treatment.

Persons with symptom-free course of HIV-infection show lower scores on anxious, hypochondric, apathic and sensitive response to the disease but higher ones on anosognostic response. In this group of patients, the cause of non-compliance could be the absence of obvious symptoms, and such situations need an intervention of a psychiatrist, psychotherapist or medical psychologist.

Among the HIV-infected persons that receive HAART in in-patient conditions, there is a group that meet the criteria for cluster B disorders of the DSM-5. It contains more women with stable relationship problems, who also got infected via sexual contacts. Anosognosia is less common in this group; however, they are more prone to 'magic thinking'. The latter can disrupt the stability of treatment because of controversial attitude towards it and requires the intervention of a psychiatrist, psychotherapist or a medical psychologist.

Cognitive affective subscale of the Beck Depression Scale (CAS BDI) seems to be an adequate diagnostic instrument, sensitive to non-psychotic mental disorders, including personality disorders, and it can be recommended for psychopathological screening of HIV patients for identifying those who might need a psychiatric consultation.

Thus, there seems to be a significant potential for improving the quality of life and compliance to HAART in patients with AIDS by means of involving a psychiatrist, narcologist or psychotherapist, even in the 4th stage of disease. However, within the HIV patient population receiving HAART, there are several subgroups with various current and potential problems associated with compliance to therapy, which require differentiated approach in both diagnosis and treatment.

Key words: non-psychotic mental disorders, HIV patients receiving highly active antiretroviral therapy.

Рыбалко Владимир Олегович – аспирант кафедры психиатрии и медицинской психологии Иркутского государственного медицинского университета; e-mail: seda_rybalko@list.ru

Ясникова Елена Евгеньевна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии и медицинской психологии Иркутского государственного медицинского университета; e-mail: yasnikova@inbox.ru

Аитов Курбан Аитович – доктор медицинских наук, профессор кафедры инфекционных болезней Иркутского государственного медицинского университета; e-mail: aitov@mail.ru