

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ УПОТРЕБЛЕНИИ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

У.У. ОЧИЛОВ, Р.М. КУБАЕВ, Р.Б. ХАЯТОВ

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, Самарканд

ОИВ-ИНФЕКЦИЯЛИ ПСИХОФАОЛ МОДДА ИСТЕЪМОЛ ҚИЛУВЧИЛАРДА РУХИЙ БУЗИЛИШЛАР

У.У. ОЧИЛОВ, Р.М. КУБАЕВ, Р.Б. ХАЯТОВ

Самарканд Давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд

MENTAL DISORDERS IN SUBSTANCE USE WITH HIV INFECTION

U.U. OCHILOV, R.M. KUBAEV, R.B. HAYATOV

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

В последнее десятилетие одной из центральных проблем, связанных с употреблением наркотиков, стало распространение ВИЧ-инфекции в среде потребителей психоактивных веществ (ПАВ). Злоупотребление психоактивных веществ кроме токсического воздействия на организм ведет к формированию таких тяжелых заболеваний как токсикомании и наркомании. Развитие этих заболеваний сопровождается различного рода неврологическими и психическими расстройствами [1]. Согласно рекомендациям ВОЗ, неотъемлемой частью помощи ВИЧ-инфицированным пациентам является решение проблем, связанных с их психическим здоровьем, включая удовлетворение психологических потребностей, профилактику и лечение психических расстройств на разных стадиях болезни [9].

Часто встречаемым психическим расстройством у больных употребляемых ПАВ с ВИЧ-инфекцией является депрессия. Основными симптомами депрессии является подавленное настроение, нарушение сна, потеря аппетита, похудание, утомляемость, пониженная самооценка, ощущение беспомощности, психомоторная заторможенность, социальная изоляция и суицидальные намерения.

Депрессия в биологическом смысле обычно рассматривается как результат действия хронического стресса. Под депрессивным состоянием принято понимать аффективное состояние, характеризующееся отрицательным эмоциональным фоном, изменением мотивационной сферы и общей пассивностью поведения. В состоянии депрессии человек субъективно испытывает тяжелые, мучительные переживания - подавленность, тоску, отчаяние. Влечения, волевая активность резко снижены. Характерными являются мысли о собственной ответственности за разнообразные неприятные, тяжелые события, происшедшие в жизни человека или его близких. Чувство вины за события прошлого и ощущение беспомощности перед лицом жизненных трудностей сочетаются

с чувством бесперспективности и сниженной самооценкой. При тяжелых, длительных депрессивных состояниях возможны попытки самоубийства. Частота самоубийств среди больных ВИЧ/СПИДом в 20 раз превышает уровень общей популяции [5]. Пик суицидных намерений и попыток приходится на первые 1–2 года после постановки диагноза ВИЧ инфекции. В то же время отмечается, что в последние годы частота самоубийств у ВИЧ инфицированных снижается, это, вероятно, связано с успехами лечения АРВ терапии [13].

В возникновении разной степени депрессии при ВИЧ-инфекции приводит внутривенное употребление ПАВ в анамнезе. В настоящее время превалирует мнение, что реакция на стресс, вызванная ВИЧ инфицированием, чаще всего сопровождается тревожными и депрессивными симптомами [16]. Существует точка зрения, что осознание факта ВИЧ инфицирования чаще приводит к адапционным реакциям невротического уровня и, реже, признакам патологического развития личности (или характерологическим декомпенсациям) [2]. Характерна соматизация эмоциональных нарушений, что может быть сопряжено с возникновением ипохондрических переживаний. Известие о ВИЧ-инфицировании может сопровождаться также реактивными психотическими состояниями в виде сенситивного бреда отношений, реактивного бреда преследования, ипохондрического бреда [4]. Продолжительность острой стрессовой реакции обычно занимает несколько дней [5].

Социально демографические показатели существенно влияют на показатель распространенности депрессивных состояний [7]. Отмечена высокая уязвимость в отношении возникновения депрессивных расстройств среди сельского населения [25]. Неблагополучные семейные отношения в совокупности с ВИЧ/СПИДом у супруга, злоупотреблением алкоголем или зависимостью от него также связано с высокими цифрами депрессии и тревоги [12]. Стрессогенными

факторами для такой группы больных являются семейные проблемы, осложненные финансовыми трудностями [8].

В происхождении депрессивных расстройств при ВИЧ инфекции, помимо наследственной предрасположенности и нейротропного влияния вируса, играет роль большое количество факторов. Это - стигматизация, профессиональная нереализованность, социальная изоляция, режимные ограничения, невозможность ведения прежнего образа жизни, психотравмы. Депрессии увеличивают частоту и продолжительность госпитализаций, тяжесть зависимости от ПАВ и рискованных форм поведения. Депрессия может снизить мотивацию обращаться за медицинской помощью, ухудшает приверженность лечению, снижает качество жизни пациентов и увеличивает их смертность [3].

Исследование факторов психологической адаптации ВИЧ-инфицированных употребляющих ПАВ свидетельствует об использовании ими преимущественно неконструктивных способов решения жизненных проблем и снижением порога стрессоустойчивости [6].

Существуют многочисленные данные о том, что ВИЧ инфицированные пациенты с депрессией менее привержены АРВ терапии [24, 14, 19]. Показано, что депрессивное расстройство является независимым фактором риска нарушения приверженности АРВ терапии [20]. ВИЧ больные с депрессией и сопутствующей зависимостью от ПАВ изначально реже обращаются за медицинской помощью и АРВ терапией. Назначение антидепрессантов и психиатрическая курация больных увеличивают вероятность обращения пациентов в медицинские учреждения и прохождения ВААРТ [10]. В настоящее время установлена прочная взаимосвязь между депрессией, ВИЧ статусом, снижением иммунной функции, прогрессированием заболевания, инвалидностью и высокой смертностью пациентов [22]. У ВИЧ-инфицированных женщин с депрессией отмечается высокая смертность независимо от клинических показателей ВИЧ-инфекции и социально демографических характеристик. При этом отмечается, что лечение депрессивного расстройства снижает смертность, даже в терминальной стадии заболевания [3]. При исследовании показателей смертности у ВИЧ-инфицированных женщин с хроническими депрессивными симптомами, смертность в течение 7 лет оказалась в 2 раза выше, чем у пациенток с такими же клиническими показателями, но без симптомов депрессии [17].

Наличие психических расстройств у пациента имеет отрицательное влияние на его приверженность к программе лечения, способность

заботится о себе и изменить свое поведение, с целью предотвращения передачи ВИЧ. Поэтому, помощь квалифицированного психолога/психиатра часто является залогом успеха лечения пациентов, состояние которых является особенно тяжелым. В обязанности психолога/психиатра, помимо непосредственно распознавания и лечения психических расстройств, входит помощь пациенту с принятием диагноза, улучшением приверженности к программе лечения, и с налаживанием отношений с его социальным окружением, а также облегчение болевых симптомов с помощью антидепрессантов и поведенческой терапии [3].

Отсутствие социальной поддержки является доказанным предиктором возникновения депрессии у ВИЧ-инфицированных [15, 21]. Депрессивное расстройство у ВИЧ-инфицированных существенно снижает способность к самостоятельному решению проблем, связанных с психологической адаптацией к заболеванию, ухудшая, социально психологические характеристики заболевших [20]. Серьезными социальными последствиями ВИЧ депрессии являются снижение уровня социальной интеграции и повышение конфликта с окружающими [23].

Симптомы депрессии при ВИЧ могут уменьшиться под влиянием психотерапии, проводимой в рамках группового вмешательства [11]. Показана положительная роль в поддержании психического здоровья ВИЧ инфицированных с помощью методик адаптивного преодоления стресса, применяемых с учетом этнокультуральных особенностей, а также мероприятия по поддержке семьи и близких [26, 18].

Таким образом, представленный в обзоре материал направлен на своевременное выявление психических расстройств у больных употребляющих ПАВ с ВИЧ-инфекцией. Оказание таким больным специализированную психиатрическую помощь приведёт к улучшению качества жизни и адаптации к обществу.

Литература:

1. Бузина Т.С. Психологические подходы к профилактике ВИЧ-инфекции при употреблении психоактивных веществ //М.: Прометей. – 2009. – Т. 172.
2. Кольцова О.В. и др. Социальные и поведенческие особенности людей, заразившихся ВИЧ инфекцией //ВИЧ инфекция и иммуносупрессии. – 2011. – Т. 3. – №. 4. – С. 75-80.
3. Никитина М.А. «Паллиативная помощь при ВИЧ/СПИДе» // Информационный бюллетень. -2007; 2:7-8.

4. Калинин В.В., Полянский Д.А. Проблема психических расстройств у ВИЧ-инфицированных больных //Социальная и клиническая психиатрия. – 2010. – Т. 20. – №. 4.
5. Сыропятов О. и др. Психические и поведенческие расстройства при ВИЧ-инфекции и СПИДе: учебное пособие. – Litres, 2015.
6. Улюкин И.М. Механизмы психологической защиты при ВИЧ-инфекции в зависимости от получения АРВ терапии // Terra medica nova. - 2004; 4:29-31.
7. Adewuya A. O. et al. Psychiatric disorders among the HIV-positive population in Nigeria: a control study //Journal of psychosomatic research. – 2007. – Т. 63. – №. 2. – С. 203-206.
8. Au A. et al. Stress and health-related quality of life among HIV-infected persons in Hong Kong //AIDS and Behavior. – 2004. – Т. 8. – №. 2. – С. 119-129.
9. Collins P. Y. et al. What is the relevance of mental health to HIV/AIDS care and treatment programs in developing countries? A systematic review //AIDS (London, England). – 2006. – Т. 20. – №. 12. – С. 1571.
10. Cook J. A. et al. Depressive symptoms and AIDS-related mortality among a multisite cohort of HIV-positive women //American journal of public health. – 2004. – Т. 94. – №. 7. – С. 1133-1140.
11. Chan I. et al. Cognitive-behavioral group program for Chinese heterosexual HIV-infected men in Hong Kong //Patient education and counseling. – 2005. – Т. 56. – №. 1. – С. 78-84.
12. Chandra P. S. et al. Relationship of psychological morbidity and quality of life to illness-related disclosure among HIV-infected persons //Journal of Psychosomatic Research. – 2003. – Т. 54. – №. 3. – С. 199-203.
13. Von Einsiedel R. W. et al. HIV-Patienten mit psychiatrischen Krankheiten Behandlungsstrategien und Medikamenteninteraktionen //Der Nervenarzt. – 2001. – Т. 72. – №. 3. – С. 204-215.
14. Gordillo V. et al. Sociodemographic and psychological variables influencing adherence to antiretroviral therapy //Aids. – 1999. – Т. 13. – №. 13. – С. 1763-1769.
15. Gurung R. A. R. et al. " HIV is not my biggest problem": The impact of HIV and chronic burden on depression in women at risk for AIDS //Journal of Social and Clinical Psychology. – 2004. – Т. 23. – №. 4. – С. 490.
16. Hudson A., Kirksey K., Holzemer W. The influence of symptoms on quality of life among HIV-infected women //Western Journal of Nursing Research. – 2004. – Т. 26. – №. 1. – С. 9-23.
17. Ickovics J. R. et al. Mortality, CD4 cell count decline, and depressive symptoms among HIV-seropositive women: longitudinal analysis from the HIV Epidemiology Research Study //Jama. – 2001. – Т. 285. – №. 11. – С. 1466-1474.
18. Keogh P. et al. The social impact of HIV infection on women in Kigali, Rwanda: a prospective study //Social Science & Medicine. – 1994. – Т. 38. – №. 8. – С. 1047-1053.
19. Kleeberger C. A. et al. Determinants of heterogeneous adherence to HIV-antiretroviral therapies in the Multicenter AIDS Cohort Study //JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes. – 2001. – Т. 26. – №. 1. – С. 82-92.
20. Paterson D. L. et al. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection //Annals of internal medicine. – 2000. – Т. 133. – №. 1. – С. 21-30.
21. Richardson J. et al. Experience and covariates of depressive symptoms among a cohort of HIV infected women //Social Work in Health Care. – 2001. – Т. 32. – №. 4. – С. 93-111.
22. Sambamoorthi U. et al. Antidepressant Treatment and Health Services Utilization Among HIV-Infected Medicaid Patients Diagnosed with Depression //Journal of General Internal Medicine. – 2000. – Т. 15. – №. 5. – С. 311-320.
23. Schrimshaw E. W. Social Support, Conflict, and Integration Among Women Living With HIV/AIDS1 //Journal of Applied Social Psychology. – 2002. – Т. 32. – №. 10. – С. 2022-2042.
24. Schuman P. et al. Prescription of and adherence to antiretroviral therapy among women with AIDS //AIDS and Behavior. – 2001. – Т. 5. – №. 4. – С. 371-378.
25. Sheth S. H., Jensen P. T., Lahey T. Living in rural New England amplifies the risk of depression in patients with HIV //BMC infectious diseases. – 2009. – Т. 9. – №. 1. – С. 1.
- Tostes M. A., Chalub M., Botega N. J. The quality of life of HIV-infected women is associated with psychiatric morbidity //AIDS care. – 2004. – Т. 16. – №. 2. – С. 177-186.