

УДК 616.895.8+666.98

ШИЗОФРЕНИЯ И ВИЧ: ПИХОСОЦИАЛЬНЫЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

¹Н.Г.Незнов, ^{1,2}Н.Б.Халезова¹Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П.Павлова, Россия²Санкт-Петербургский центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, Россия

SCHIZOPHRENIA AND HIV: PSYCHOSOCIAL AND CLINICAL ASPECTS

¹N.G.Neznanov, ^{1,2}N.B.Khalezova¹First Pavlov State Medical University of Saint-Petersburg, Russia²Saint-Petersburg Center for Control of AIDS and Infectious Diseases, Russia

© Н.Г.Незнов, Н.Б.Халезова, 2014 г.

Больные шизофренией с сопутствующей ВИЧ-инфекцией — категория больных, характеризующаяся грубыми поведенческими нарушениями, анозогнозией в отношении соматического страдания. Выделены факторы риска инфицирования вирусом иммунодефицита человека среди больных шизофренией: неблагоприятное социальное окружение, психопатоподобный рисунок поведения, аффективные нарушения, наличие сопутствующих синдромов зависимости от психоактивных веществ. ВИЧ-инфекция вносит ощутимый вклад в клинко-психопатологическую структуру шизофрении: после заражения уменьшается частота и интенсивность аффективных, невротоподобных расстройств, повышается частота встречаемости галлюцинаторно-бредовых расстройств, усиливаются проявления психопатоподобного дефекта, чаще наблюдается снижение когнитивных функций.

Ключевые слова: шизофрения, ВИЧ-инфекция, психические расстройства.

Patients with schizophrenia and HIV-infection are characterized by severe behavioral disorders and anosognosia of physical suffering. The following risk factors for HIV infection among patients with schizophrenia have been revealed: an adverse social environment, psychopathic pattern of behavior, affective disorders, concomitant syndromes of substance abuse. HIV infection influences the entire clinical structure of schizophrenia psychopathology: after HIV contagation the frequency and intensity of mood disorders and neurosis disorders reduced, the frequency of hallucinations and delusions increased, psychopathological defect increased, cognitive impairment was more frequently registered.

Key words: schizophrenia, HIV infection, mental disorder.

Введение. В настоящее время распространенность ВИЧ-инфекции достигла уровня пандемии, в 2012 году число людей, живущих с ВИЧ, превысило 34 миллиона человек [1].

Достаточно подробно изучены психические расстройства у ВИЧ-инфицированных людей, среди которых выделяют психогенные, соматогенные, а также ассоциированные с другими психическими нарушениями [2]. Известие о ВИЧ-инфицированности уже само по себе представляет пример экстремальной ситуации в связи с принятой в обществе «стигматизацией» или «социальной запятанностью». Многие пациенты воспринимают диагностирование ВИЧ как вынесение смертного приговора. Часто наблюдаются тревожные и депрессивные реакции на факт инфицирования ВИЧ со страхом неопределенности будущего, чувством безнадежности и вины, отчаянием, бессонницей, возможно развитие СПИД-фобии. Около 24% пациентов соверша-

ют суицидные попытки из-за психотравмирующего воздействия со стороны общества [3].

Существует сходство проблем больных при ВИЧ-инфекции и при онкопатологии: заболевания представляют опасность для жизни, могут обнаруживаться в молодом возрасте, способны нарушать привычный круг общения, сопровождаются тревогой, подавленностью и переживаниями горя. Вместе с тем, ВИЧ-инфекция с течением времени создала целую группу неблагоприятных социально-психологических факторов, способствующих более глубокому социальному отчуждению и стигматизации лиц, инфицированных ВИЧ, по сравнению с онкологическими больными: социальная отверженность и изоляция, страх разглашения диагноза, затруднения при трудоустройстве, страх заражения членов семьи, чувство вины [4].

Помимо психогенных, развиваются также и экзотенно-органические расстройства. С утяжелением

соматического состояния и присоединением сопутствующих нарушений отмечено развитие депрессивных переживаний на фоне нарастающих проявлений психоорганического синдрома [3]. Ряд авторов подчеркивают, что вовлечение в патологический процесс центральной нервной системы происходит уже на ранних стадиях заболевания с постепенным развитием психоорганического синдрома [5]. Нейроанатомической основой психических нарушений при СПИДе является ВИЧ-энцефалопатия (комплекс СПИД-деменция — СПИД-Д; подострый энцефалит) — особый клинический синдром подкорково-лобной деменции, связанный с непосредственным действием вируса на головной мозг и проявляющийся когнитивными, двигательными и поведенческими расстройствами. Также возможно развитие реакций экзогенного круга, таких как делирий или судорожный синдром [6].

Поведенческими факторами риска ВИЧ-инфицирования являются особенности личности: психопатоподобное поведение в рамках личностных расстройств или эндогенных психических расстройств. Действительно, гораздо чаще, чем в общей популяции, среди ВИЧ-инфицированных людей встречаются пациенты с биполярным аффективным расстройством (БАР), шизофренией, расстройствами личности и с синдромами зависимости от ПАВ [7, 8, 9].

К настоящему времени установлено, что частота встречаемости ВИЧ-инфекции среди больных с психическими нарушениями, как минимум, в восемь раз выше, чем в общей популяции. Причины их легкого инфицирования вирусом иммунодефицита человека связаны с общим снижением иммунитета, неудовлетворительным социально-экономическим статусом, низким уровнем комплаенса и нерегулярным приемом лекарств, часто встречающимися коморбидными синдромами зависимости от ПАВ [10].

К факторам риска ВИЧ-инфицирования у больных психическими расстройствами относятся:

- особенности клинической картины психического расстройства (аффективные состояния, бредовое поведение, суицидные намерения, психопатоподобное поведение, беспорядочные половые связи, бродяжничество, злоупотребление или наличие синдромов зависимости от ПАВ);

- поверхностное отношение к вероятности ВИЧ-инфицирования (большинство больных считают, что проблема ВИЧ никогда их не коснется);

- низкое качество лечения психического расстройства, что обуславливает высокую частоту обострений психического заболевания [11].

Частота обнаружения ВИЧ-инфекции среди психически больных людей варьирует в диапазоне от 3% до

24%, что, как минимум, в восемь раз выше, чем распространенность ВИЧ-инфекции по населению в целом. [12]. По данным американских исследователей, неизвестно точное число ВИЧ-инфицированных и больных хроническим вирусным гепатитом С среди больных шизофренией. Врачи-психиатры, прежде всего, озадачены проблемой выявления у больных таких заболеваний как сахарный диабет или туберкулез [13]. Уровень информированности о ВИЧ у больных шизофренией является крайне низким [14, 15].

В зарубежных исследованиях отмечено наличие связи между выраженностью продуктивной симптоматики и психопатоподобного поведения, что является фактором риска для ВИЧ-инфицирования [16]. Успешное лечение позитивных симптомов приводит к снижению рискованного поведения. Кроме того, описано положительное влияние терапии антидепрессантами в связи с возможностью развития психопатоподобного состояния по причине депрессии [17].

Сведения об особенностях клинической картины шизофрении у больных с коморбидной ВИЧ-инфекцией весьма противоречивы. В некоторых исследованиях говорится о более выраженных аффективных нарушениях и параноидной структуре расстройства у ВИЧ-инфицированных по сравнению с лицами с отрицательным ВИЧ-статусом [18], в других — уменьшение интенсивности эмоциональных и галлюциаторно-бредовых переживаний после инфицирования ВИЧ [19]. В нескольких исследованиях описаны клинико-психопатологические изменения структуры психотического приступа с учетом коморбидной ВИЧ-инфекции. [20].

Врачи-психиатры склонны стигматизировать больных, часто выписывают их преждевременно, недолеченными, опасаются парентерального введения лекарств, проведения лабораторных исследований, «экономят» на дорогостоящих препаратах в пользу неинфицированных пациентов.

Больные шизофренией с сопутствующей ВИЧ-инфекцией положительно отвечают на антиретровирусную терапию, однако эффект терапии представляется замедленным по сравнению с психически здоровыми людьми [21]. Различий между лечением ВИЧ-инфекции у больных шизофренией и лечением ВИЧ-инфекции у психически здоровых людей не выявлено [22]. Многие антипсихотики помимо возникновения тяжелых побочных эффектов, таких как экстрапирамидные симптомы, могут вызывать метаболические расстройства (ожирение, повышение резистентности к инсулину, гиперлипидемия), аналогичные побочным эффектам противовирусной терапии. Взаимовлияние психотропных и антиретровирусных препаратов является непредсказуемым,

поэтому с целью минимизации побочных эффектов нейролептической терапии необходимо применять атипичные антипсихотики [23].

Материалы и методы исследования. Было проведено комплексное исследование 100 человек, инфицированных ВИЧ: больные шизофренией — 50 человек (основная группа), без диагноза шизофрении — 50 человек (группа сравнения). Критерии включения больных в группу сравнения — наличие установленного врачом-инфекционистом диагноза «ВИЧ-инфекция», отсутствие установленного врачом-психиатром диагноза «Шизофрения». Методом «парных сравнений» каждому обследованному больному шизофренией с сопутствующей ВИЧ-инфекцией подбирался в пару больной с диагнозом ВИЧ-инфекция, соответствующий этому больному по возрасту, полу, стадии ВИЧ-инфекции, наличию или отсутствию синдромов зависимости от ПАВ (в случае несоответствия признаков больной исключался из исследования). Все больные находились в стабильном соматическом состоянии, у них отсутствовало грубое снижение когнитивных функций. Перед проведением исследования больные давали добровольное согласие на участие в исследовании. В последующем анализировались клиничко-психопатологические особенности больных шизофренией до ВИЧ-инфицирования, изменение клиники шизофрении в зависимости от стадий ВИЧ-инфекции, а также проводился ретроспективный анализ изменения состояния вследствие ВИЧ-инфицирования.

При обследовании пациентов был использован клиничко-психопатологический метод с дополнительным применением психометрических шкал: шкала оценки депрессии — HAMD-21 (Hamilton Depression Rating Scale (1960)), шкала оценки тревоги — HAMA (Hamilton Anxiety Rating Scale (1969)), шкала краткого исследования психического состояния — MMSE (Mini-Mental State Examination — M.F.Folstein, S.E.Folstein, P.R.Hugh (1975)); экспериментально-психологический метод с использованием Краткого общего опросника оценки статуса здоровья — SF-36 (The Medical Outcomes Study Short Form 36 Items Health Survey — J.E.Ware и соавт. (1992)). Статистическая обработка полученных результатов исследования осуществлялась с использованием пакета программ Statistica 8.0 (Statsoft Inc., США).

Результаты и их обсуждение.

Характеристика больных основной группы. Было 39 (78%) мужчин, 11 (22%) женщин. Средний возраст составил 28,4 SD 6,3 лет (от 17 до 48 лет). У 35 (70%) больных была диагностирована параноидная форма шизофрении (F20.0), у 15 (30%) —

простая форма (F20.6). Тип течения заболевания был непрерывным у 32 (64%), приступообразно-прогредиентным у 15 (30%), рекуррентным у 3 (6%) больных. Длительность психического заболевания составила в среднем 11,7 SD 6,6 лет (от 5 месяцев до 36 лет). Давность постановки диагноза шизофрении составила в среднем 6,7 SD 4,9 лет (от 2 недель до 22 лет). Стадии ВИЧ-инфекции у обследованных больных представлены на рисунке.

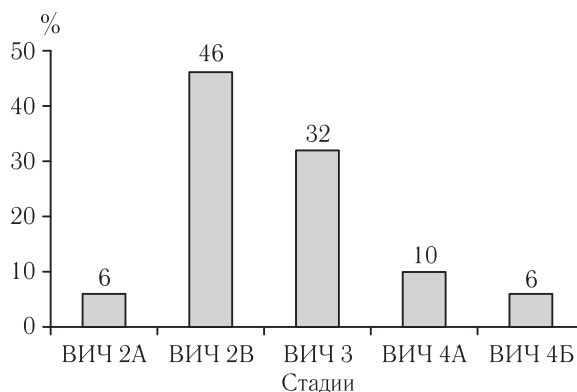


Рисунок. Стадии ВИЧ-инфекции у больных шизофренией с сопутствующей ВИЧ-инфекцией.

У большинства обследованных больных во время данной госпитализации в психиатрическую больницу обнаружилась полиморфная соматическая патология. Сопутствующие заболевания у больных с учетом стадий ВИЧ-инфекции отражены в табл. 1.

Соматическая патология у обследованных больных была полиморфной и проявлялась в виде заболеваний со стороны практически всех органов и систем, которые могли являться как проявлениями ВИЧ-инфекции, так и возникать вне связи с ВИЧ-обусловленной иммуносупрессией. Часто наблюдалось сочетание нескольких заболеваний.

Средняя длительность ВИЧ-инфекции от момента постановки на учет в СПб Центр СПИД к моменту обследования в среднем составила 3,4 SD 2,8 лет (от 1 недели до 9 лет). Диагноз шизофрении у всех больных был установлен до ВИЧ-инфицирования.

Около 2/3 больных отказывались от регулярного наблюдения в Центре СПИД, так как не считали это необходимыми, 4% больных посещали Центр СПИД только в случае крайней необходимости, только — 10% больных старались своевременно наблюдаться у врача-инфекциониста, контролировать иммунный статус, регулярно принимать терапию при ее назначении. Не наблюдались в Центре СПИД 13 больных (26%) ввиду отсутствия необходимости (ВИЧ был обнаружен во время госпитализации в психиатрическую больницу, и они еще не были поставлены на учет). В Центре СПИД был проведен поиск амбула-

Таблица 1

Сопутствующие соматические заболевания у больных с ВИЧ-инфекцией и шизофренией

Стадия ВИЧ-инфекции	Сопутствующие соматические заболевания (число больных — % по отношению к основной группе)
2А	Сопутствующие заболевания отсутствуют
2В	Сифилис (1 больной — 2%), пиодермия (1 больной — 2%), хронический гастродуоденит (1 больной — 2%), ревматизм (1 больной — 2%), хронический бронхит (1 больной — 2%), хронический холецистит (1 больной — 2%), хронический панкреатит (1 больной — 2%), алкогольная полинейропатия (1 больной — 2%)
3	Псориаз (1 больной — 2%), хронический гастродуоденит (1 больной — 2%), миопия (1 больной — 2%), эрозия шейки матки (1 больной — 2%), хронический бронхит (2 больных — 4%), себорейный дерматит (1 больной — 2%)
4А	Правосторонний лимфаденит (1 больной — 2%), анемия (1 больной — 2%), оральная кандидоз (1 больной — 2%), себорейный дерматит (1 больной — 2%), токсикодермия (1 больной — 2%)
4Б	Хронический тонзиллит (1 больной — 2%), пролежни (1 больной — 2%), пневмония (1 больной — 2%), себорея (1 больной — 2%), артрит тазобедренного сустава (1 больной — 2%)

торных карт обследованных пациентов с целью детального изучения соматического состояния, в ходе которого обнаружены были сведения о 8 из всех обследованных пациентов. Это является дополнительным подтверждением низкого комплаенса больных вследствие снижения критичности больных к тяжести ВИЧ-инфекции и высокой степени эмоционально-волевых нарушений.

Среди обследованных больных никогда не получали антиретровирусную терапию (АРВТ) — 48 (96%) больных, у одного пациента, к моменту обследования, лечение проводилось, у одного пациента терапия была прекращена в связи с плохой переносимостью.

При анализе социально-демографических характеристик учитывался уровень образования, род занятий, давность и причины безработицы, уровень социальной адаптации, условия проживания, семейное положение пациентов, наличие или отсутствие инвалидности. 20 (40%) пациентов получили неполное среднее образование и 18 (36%) получили среднее специальное образование. Среднее образование имели 10 (20%) больных. По одному пациенту имели высшее и незаконченное высшее образование.

Большинство больных (56%) являлись инвалидами 2 группы по психическому заболеванию. Безработных, не имевших группы инвалидности, было 18 человек (36%). Квалифицированную работу выполняли 3 (6%) больных. Давность безработицы в среднем составляла 5,5 SD 4,0 лет. Основной причиной увольнения у большинства больных (у 32—64%) явились синдромы зависимости от алкоголя или наркотиков, у 9 (18%) — конфликтное поведение на работе (как правило, связанное с ухудшением психического состояния), у 7 (14%) — инвалидизация по психическому заболеванию, 2 (4%) прекратили работать в связи с настоящей госпитализацией.

Большая часть больных (35 человек — 70%) проживали в отдельной квартире, с родителями, бы-

ли холосты. У большинства больных (40 человек — 80%) в анамнезе судимостей не было.

Большинство пациентов (80%) были инфицированы парентеральным путем при употреблении инъекционных наркотиков, 10 (20%) больных были инфицированы половым путем.

При анализе психического состояния в момент осмотра многие пациенты (88%) отмечали общую слабость, повышенную утомляемость, истощаемость, вялость, повышенную чувствительностью к внешним раздражениям (гиперестезия), неспособность к длительному умственному и физическому напряжению. Клиническая картина описанных симптомов соответствовала астеническому синдрому, в ходе обследования этот психопатологический синдром встречался наиболее часто по сравнению с другими.

Тревога наблюдалась у 9 (18%) больных, причем чаще всего не была связана с наличием ВИЧ, тяжестью соматического страдания. Лишь 1 больной (2%) отмечал у себя наличие навязчивых мыслей, связанных с актуальной психопатологической симптоматикой, еще 1 больной (2%) отмечал у себя наличие навязчивых страхов ипохондрического содержания, преимущественно СПИД-фобии.

Расстройства депрессивного спектра наблюдались у 3 (6%) больных. Депрессия являлась постпсихотической, не была связана с фактом ВИЧ-инфицирования. Депрессивные нарушения были легкой степени тяжести, сочетались с тревогой. В момент осмотра суицидных мыслей пациенты не высказывали. Суицидные попытки в анамнезе наблюдались у 7 (14,0%) от всей выборки.

По шкале HAMD средний уровень депрессии составил 3,1 SD 1,3 баллов (от 0 до 7 балла). По шкале НАМА средний уровень тревоги составил 3,7 SD 1,5 баллов (от 0 до 7 баллов). Таким образом, в целом для выборки больных шизофренией с коморбидной ВИЧ-инфекцией был характерен низкий уро-

вень депрессивных переживаний, не достигающий степени выраженности малого депрессивного эпизода, обнаруживались симптомы тревоги, не достигающие степени тревожного расстройства.

Расстройства сна в момент обследования отмечались лишь у 1 (2%) больного, были представлены ранней диссомнией, связанной с тревогой. У 43 (86%) больных при обследовании выявлялись проявления психоорганического синдрома. У 16 (32%) больных это был астенический вариант, представленный незначительным снижением когнитивных функций, умеренным снижением концентрации внимания, кратковременной памяти. У 26 (52%) больных, преимущественно страдавших синдромами зависимости от ПАВ, отмечался эксплозивный вариант психоорганического синдрома, у 1 (2%) больного наблюдался эйфорический вариант. По шкале MMSE средний балл составил 24,4 SD 2,1 (от 20 до 28 баллов), что соответствует предельным когнитивным нарушениям.

Переживание болезни считалось адекватным в тех случаях, когда поведение больного и внутренняя картина болезни соответствовали тяжести ВИЧ-инфекции и имевшейся у больного информации о ее возможных последствиях (больной соблюдал режим, следовал предписаниям врача и т.д.) Подобный тип переживаний был обнаружен у больной параноидной формой шизофрении с рекуррентным типом течения, без синдромов зависимости от ПАВ, инфицированная ВИЧ половым путем. В структуре обострения психоза, как правило наблюдались депрессивно-параноидные приступы, ухудшение соматического состояния провоцировало ухудшение психического расстройства. Гипонозогностический тип переживания факта ВИЧ-инфицирования был выявлен у 6 (12%) больных. Он характеризовался безразличием больных к исходу ВИЧ-инфекции, результатам лечения, своей судьбе. Больные признавали наличие ин-

ВИЧ-инфекции наблюдался у больных с признаками эмоционально-волевого снижения. Критика к психическому состоянию полностью отсутствовала у 43 (86%) больных. Эти пациенты полностью отрицали наличие у себя какого-либо психического расстройства. Анозогнозия, как правило, наблюдалась у больных с сопутствующим длительным употреблением ПАВ, с выраженным психопатоподобным поведением, стойкой моральной и социальной деградацией.

Большинство ВИЧ-инфицированных больных шизофренией (34 человека — 68%) имели коморбидные психические расстройства в виде синдромов зависимости от ПАВ. Удельный вес встречающихся синдромов зависимости от ПАВ представлен в таблице 2, где указаны суммарные показатели частоты встречаемости каждого синдрома зависимости от ПАВ, причем у многих больных наблюдалось сочетание нескольких синдромов зависимости от ПАВ. Причинами воздержания от приема ПАВ в 80% случаев ($p < 0,001$) являлись экзогенные причины, в первую очередь настоящая госпитализация в психиатрическую больницу. Меньшая часть больных с синдромами зависимости от ПАВ (20%) самостоятельно принимали решение об отказе от наркотизации или алкоголизации, ремиссия чаще носила спонтанный характер, средняя длительность ремиссии составила 1,4 SD 3,1 месяцев.

По результатам рейтингования по шкале PANSS обнаружилось, что средний балл у обследованных больных составил 61,3 SD 13,8 баллов (от 39 до 115), т.е. характеризовал низкий уровень психопатологических симптомов. Наибольшими ($p < 0,001$) оказались средние баллы по пунктам P2 — «Концептуальная дезорганизация» — 3,6 SD 1,1 баллов (от 1 до 5), N5 — «Нарушения абстрактного мышления» — 4,0 SD 0,8 баллов (от 1 до 5), G12 «Снижение рассудительности и сознания болезни» — 4,4 SD 0,8 (от 1 до 5).

Таблица 2
Синдромы зависимости от психоактивных веществ у ВИЧ-инфицированных больных шизофренией

Частота встречаемости (абс.)	Частота встречаемости (%)	Диагноз (МКБ-10)	Шифр диагноза (МКБ-10)
30	60	Синдром зависимости от опиоидов, в настоящее время воздержание	F11.20
20	40	Синдром зависимости от алкоголя, воздержание	F10.20
6	12	Синдром зависимости от психостимуляторов, воздержание	F15.20

фекционного заболевания, сообщали о нем дополнительные анамнестические сведения, но, вместе с тем, не проявляли какого-либо беспокойства по поводу заболевания, пассивно относились к проводимому лечению. Гипонозогностический тип переживания

Таким образом, больные основной группы характеризовались психопатоподобными изменениями личности с резким снижением критики как к психическому, так и соматическому заболеванию. На фоне эндогенного процессуального заболевания развились экзоген-

но-органические изменения (инфекционного и интоксикационного генеза вследствие сопутствующих синдромов зависимости от ПАВ) с формированием преимущественно эксплозивного варианта психоорганического синдрома. Аффективные, невротоподобные нарушения были выражены незначительно, а в структуре галлюцинаторных и бредовых переживаний ВИЧ-инфекция не проявлялась.

При анализе качества жизни больных шизофренией с коморбидной ВИЧ-инфекцией в сравнении с показателями здорового трудоспособного населения Санкт-Петербурга согласно результатам методики SF-36 (табл. 3) было выявлено, что в целом

у себя факта соматического неблагополучия, отсутствии адекватной критики к состоянию.

Клинический пример.

Больной Р., 1970 г.р. (39 лет), находился на лечении в психиатрическом стационаре с 16.07.08 по 20.09.08. **Диагноз:** Простая шизофрения. F20.6. Синдром зависимости от алкоголя, 2 стадия. F10.202.

Анамнез: Наследственность психическими заболеваниями неотягощена. Раннее развитие без особенностей. В школу пошел вовремя, учился хорошо. После окончания 10 классов школы поступил в Высшее военно-техническое училище, однако после 2 курса был отчислен по собственному желанию —

Таблица 3

Показатели качества жизни у больных шизофренией с ВИЧ-инфекцией и здорового трудоспособного населения Санкт-Петербурга

Показатель	Больные шизофренией с сопутствующей ВИЧ-инфекцией (M±SD)	Здоровые лица трудоспособного возраста (M±SD)	Значимость различий (p)
Общее состояние здоровья (GH)	84,9±20,9	55,7±18,8	0,01
Физическое функционирование (PF)	92,9±14,7	86,2±16,7	—
Влияние физического состояния на ролевое функционирование (RP)	71,4±36,6	71,5±35,3	—
Влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование (RE)	38,1±44,8	71,3±35,9	—
Социальное функционирование (SF)	48,2±41,1	71,0±21,9	—
Влияние боли на социальное функционирование (BP)	87,6±21,5	71,4±23,5	—
Жизнеспособность (VT)	79,3±13,7	59,2±17,2	0,008
Психическое здоровье (MH)	69,0±25,4	60,6±15,7	—

больные достаточно высоко оценивали свое качество жизни, указывали на отсутствие влияния заболевания на свою жизнедеятельность.

Выше всего больные оценивали физическое функционирование (92,9 SD 14,7), то есть больные в основном легко могли выполнять физические нагрузки (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т.п.). Также достаточно высоко было оценено отсутствие влияния болевого фактора на повседневную жизнь (болевыми ощущений не было или они были мало выражены) (87,6 SD 21,5) и общее состояние здоровья (84,9 SD 20,9). Хуже всего больные оценивали роль эмоций для повседневной жизни ($p < 0,05$). Таким образом, пациенты считали, что в связи с заболеванием показатели качества жизни существенно не изменялись. Достоверные различия между показателями качества жизни у больных основной группы и группы сравнения были обнаружены в оценках «физическое функционирование» ($p = 0,01$) и «жизнеспособность» ($p = 0,008$). Таким образом, полученные данные говорят о полном отрицании больными шизофренией с коморбидной ВИЧ-инфекцией наличия

«не справлялся с учебой из-за сложных отношений с девушкой». Перевелся на 2 курс радиотехнического факультета Морской Академии им. С.О.Макарова, закончил с отличием по специальности инженер. Затем на 2 года уехал на стажировку в США в Филадельфийский Университет, проходил курсы усовершенствования. Вернулся в Москву, работал в различных фирмах по специальности, был материально обеспечен. Женился. В 1996 году на фоне психотравмирующей ситуации (развод с женой) пытался совершить суицидную попытку путем отравления лекарственными препаратами, был госпитализирован в НИИ Скорой Помощи им. Н.В.Склифосовского. Со слов пациента, примерно с этого времени «ко всему потерял интерес». В 1997 году вернулся в Санкт-Петербург, устроился на значительно менее оплачиваемую работу инженером на мясокомбинат «Парнас», уволился в 2003 году. С 2003 года начал злостно алкоголизироваться с быстрым формированием алкоголизма 2 стадии. Переехал в Кингисеппский район, проживал у отца своего приятеля. Пытался лечиться от алкоголизма (химическая защита), однако продолжал алкоголизацию. Употреблял сур-

рогаты алкоголя. В марте 2004 года после совместного употребления спиртных напитков и конфликта с собутыльником нанес своему приятелю множество ударов в область головы и туловища, что повлекло за собой смерть потерпевшего. Проходил стационарную судебно-психиатрическую экспертизу, был признан невменяемым, страдающим хроническим психическим заболеванием в форме простой шизофрении. По постановлению Кингисеппского суда от 15.10.04 г. было назначено принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа, проходил лечение с 16.10.04 по 30.05.06 гг. Там длительное время отмечались неустойчивое состояние, возбудимость, конфликтность, аффективная неустойчивость. После стабилизации состояния был переведен в психиатрический стационар общего типа, лечился с 31.05.06 по 21.12.07 гг. Был выписан под наблюдение ПНД на амбулаторное принудительное лечение. После выписки 2 недели проживал у тети в Москве, затем вернулся в Санкт-Петербург, устроился в строительную фирму консультантом. В феврале 2008 года был оперирован по поводу язвы 12-перстной кишки. Затем снова уехал в Москву, где потерял паспорт. Был вынужден снова вернуться в Санкт-Петербург, пытался восстановить паспорт. Возобновил алкоголизацию, в связи с чем самостоятельно обратился к врачу, был направлен на стационарное лечение с 16.04.08 по 15.05.08 гг., где у больного был впервые диагностирован хронический вирусный гепатит С, ВИЧ-инфекция. Сообщил своему лечащему врачу, что через несколько дней после предыдущей выписки из ГПБ № 3 после снятия принудительного лечения ввел себе кровь знакомого наркомана. Свой поступок объяснил тем, что «все навалилось, давно об этом думал, а тут какая-то определенность появилась». Был выписан в удовлетворительном состоянии, после выписки не работал, жил на улице, на учет в Центре СПИД не встал, паспорт не получил. Поддерживающую терапию не получал. Возобновил алкоголизацию. Вскоре состояние ухудшилось, появилась тревога, нарушился сон. Самостоятельно обратился в ПНД с просьбой о госпитализации. Госпитализирован 16.07.08 г.

Психическое состояние: При поступлении: Признаком помрачения и выключения сознания нет. В беседу вступает охотно. Говорит, что причиной госпитализации является алкоголизация, формально раскаивается об алкоголизации. В момент осмотра без бреда и обманов чувств, настроение ровное. Настроен на госпитализацию в психиатрической больнице, сообщает, что «боится алкогольного психоза».

В отделении в первое время вял, сонлив, астенизирован, получал дезинтоксикационную терапию.

В дальнейшем болтлив, деятелен, стремился включиться в трудовые процессы. Угодлив, стремится показать себя в выгодном свете, лжив, заявлял, что «наверно, уже готов паспорт», просил позвонить в паспортный стол. В дальнейшем выяснилось, что больной был прописан в Осиновой роще, и не являлся лицом БОМЖ, сдал документы с недостаточным количеством и низким качеством фотографий. Режим не нарушал. Бреда, обманов чувств не выявлялось. После выяснения обстоятельств с паспортом заявил, что ему нужно сфотографироваться, просил отпустить его с другом, обещал вернуться через несколько часов. Был отпущен на 3 часа, однако в отделение не вернулся. Учитывая отсутствие острой психотической симптоматики, агрессивных и аутоагрессивных тенденций, ровное настроение, отсутствие показаний для недобровольной госпитализации, 20.08.08 г. выписан под наблюдение ПНД.

Перенесенные заболевания: Язвенная болезнь 12-перстной кишки. Оперативные вмешательства: аппендэктомия в 1998 году, резекция 12-перстной кишки по поводу язвенной болезни в 2008 году.

Результаты обследований: инфекционист: ВИЧ-инфекция стадия 3А, хронический вирусный гепатит С вне обострения. Терапевт: язвенная болезнь 12-перстной кишки, оперирован. Лечение в отделении: тизерцин 25 мг утром и днем, 50 мг на ночь.

Больной был обследован врачом-психиатром Халезовой Н.Б. 21.08.08. Дал согласие на проведение обследования. Клинически: ориентирован всесторонне верно. Настроение приподнятое, говорит, что рад скорой выписке. Жалоб не высказывает. Острой психотической симптоматики не обнаруживается. Мышление конкретное. Интеллект и память снижены, не может вспомнить некоторые даты из прошлого, например, сообщает, что не помнит, в каких годах находился на принудительном лечении. Неряшлив. Без критики к состоянию. При обследовании по шкале HAMD — 3 балла (что соответствует отсутствию депрессии), по шкале HAMA — 5 баллов (что соответствует отсутствию тревоги), по шкале MMSE — 25 баллов (соответствует преддементным когнитивным нарушениям), по шкале PANSS — суммарный балл позитивных симптомов составил 7 баллов, суммарный балл негативных симптомов — 9 баллов, суммарный балл общих психопатологических симптомов — 26, суммарный балл всех пунктов шкалы PANSS у данного пациента — 42.

Результаты методики SF-36 показали высокую оценку больным своего качества жизни. Обнаружились результаты в 100 баллов по шкалам «общая жизнедеятельность», «физическое функционирование», «социальное функционирование», «влияние боли на

социальное функционирование», «влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование».

Таким образом, в клинической картине шизофренического процесса у данного больного выявляется психопатоподобный синдром, с тенденцией к прогрессированию и утяжелению. Кроме того больной страдает алкогольной зависимостью 2–3 стадии. Способ суицида путем внутривенного введения себе крови ВИЧ-инфицированного наркомана носит вычурный извращенный характер, что характеризует тяжесть психического состояния и может подтверждать наличие шизофренического процесса. В динамике больной постепенно полностью деградировал, десоциализировался, является лицом БОМЖ. В настоящее время личность с преобладанием истероформных, неустойчивых черт, изменена по шизофреническому и алкогольному типам. При обследовании выявилось снижение когнитивных процессов, предположительно интоксикационной, инфекционной этиологии. При анализе архивных историй болезни и в ходе беседы в настоящее время обнаруживается, что отсутствует сознание болезни как в отношении психического заболевания, так и соматического страдания. Больной не собирается посещать ПНД, Центр СПИД, контролировать иммунный статус, принимать АРВТ, соглашается с наличием алкоголизма, однако полностью прекращать употребление алкоголя не намерен. Результаты экспериментально-психологического обследования подтвердили и дополнили клиническое психиатрическое обследование. Выявилась анозогнозия, тенденция к избеганию проблем, как социальных, так и связанных со здоровьем, завышенная оценка качества жизни.

Характеристика социально-демографических, клинико-психопатологических и психологических характеристик у больных групп исследования. При сравнении социально-демографических характеристик у группы больных шизофренией с сопутствующей ВИЧ-инфекцией (основная группа) с группой ВИЧ-инфицированных больных, не страдающих шизофренией (группа сравнения), обнаружилось достоверные различия. Уровень образования больных основной группы был ниже: в основной группе чаще получали неполное среднее образование ($p=0,015$), в то время как больные группы сравнения чаще получали среднее специальное ($p=0,03$) и среднее ($p=0,02$) образование. При сопоставлении по основному роду деятельности больных основной и группы сравнения было обнаружено, что в основной группе чаще ($p<0,001$) встречались инвалиды по психическому заболеванию (56% против 4%), а среди больных контрольной группы чаще встречались безработные (60% против 36%). Причиной от-

сутствия работы у больных основной группы чаще ($p<0,05$) являлись синдромы зависимости от ПАВ (64% против 42%). У больных группы сравнения причиной увольнения чаще являлась госпитализация, в связи с ухудшением соматического заболевания (46% против 6%).

Достоверных различий по условиям проживания между группами не было выявлено, пациенты в равной мере в большинстве случаев проживали в родительских семьях в отдельных квартирах. Больные основной группы значительно реже ($p<0,05$) наблюдались в Центре СПИД, отказывались от посещения врача-инфекциониста, регулярного контроля иммунного статуса, своевременной антиретровирусной терапии.

Таким образом, уровень социальной адаптации больных шизофренией с сопутствующей ВИЧ-инфекцией был значительно ниже, чем у ВИЧ-инфицированных больных без сопутствующей шизофрении.

При анализе психического состояния в момент осмотра обнаружилось, что у больных основной группы чаще ($p=0,02$) отмечались проявления астенического синдрома (88% против 68%), реже наблюдались тревожные ($p=0,03$) (18% против 58% и депрессивные ($p=0,04$) (6% против 20%) расстройства. По наличию и отсутствию суицидных мыслей и попыток в анамнезе достоверных различий выявлено не было. Средний балл по шкалам HAMD и HAMA у больных основной группы был незначительно ($p>0,05$) выше, чем в контрольной группе (табл.4).

При анализе особенностей когнитивных изменений по шкале MMSE у больных основной и группы сравнения были обнаружены достоверные различия ($p=0,04$) (табл. 5).

Результаты анализа качества жизни подтвердили рассогласованность впечатления больных основной группы в отношении своей болезни и реального соматического состояния, что, по нашему мнению, требуют более тщательного информирования больных об их болезни и последствиях в случае неправильного лечения с целью преодоления анозогнозии (табл. 6).

Больные основной группы были более пассивны в отношении ВИЧ-инфекции, склонны к отрицанию трудностей, связанных с необходимостью наблюдения у врача и терапии, стремились скрывать от окружающих свои переживания, а также значительно недооценивали тяжесть состояния, значительно выше характеризовали свое качество жизни.

Особенности видеоизменения психопатологической картины у больных шизофренией после инфицирования ВИЧ. Для выявления факторов, ведущих к инфицированию ВИЧ, было проведено исследование клинико-психопатологических особенностей больных

основной группы до заражения. Согласно данным медицинских карт, у большинства больных — 56% до ВИЧ-инфицирования ведущим синдромом являлся

В большинстве своем эти больные характеризуются наличием специфических преморбидных черт, способствующих заражению ВИЧ: гебоидные (пси-

Таблица 4
Уровень тревожных и депрессивных расстройств у больных основной группы и группы сравнения

	Больные основной группы	Больные группы сравнения	Уровень значимости различий, p
Средний балл шкалы HAMD-21	3,1 SD 1,3 (от 0 до 7) баллов	7,0 SD 5,5 (от 1 до 25) баллов	>0,05
Средний балл шкалы HAMA	3,7 SD 1,5 (от 0 до 7) баллов	8,9 SD 6,2 (от 1 до 27) баллов	>0,05

Таблица 5
Уровень когнитивного снижения у больных основной группы и больных группы сравнения

	Больные основной группы	Больные группы сравнения	Уровень значимости различий, p
Средний балл шкалы MMSE	24,4 SD 2,1 (от 20 до 28) баллов	27,2 SD 2,2 (от 22 до 30) баллов	0,04

Таблица 6
Показатели качества жизни у ВИЧ-инфицированных больных шизофренией в сравнении с ВИЧ-инфицированными без диагноза шизофрении

Показатель	Показатели методики SF-36 у больных основной группы (M±SD)	Показатели методики SF-36 у больных контрольной группы (M±SD)	Уровень значимости различий, p
Общее состояние здоровья (GH)	84,9±20,9	42,3±24,3	0,002
Физическое функционирование (PF)	92,9±14,7	67,7±31,5	0,004
Влияние физического состояния на ролевое функционирование (RP)	71,4±36,6	32,1±37,2	0,03
Влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование (RE)	38,1±44,8	34,5±36,8	—
Социальное функционирование (SF)	48,2±41,1	57,6±27,2	—
Влияние боли на социальное функционирование (BP)	87,6±21,5	59,4±30,4	0,01
Жизнеспособность (VT)	79,3±13,7	44,6±15,8	<0,001

психопатоподобный, реже ($p<0,05$) встречался галлюцинаторно-параноидный синдром в качестве основного 36%. Кроме того, у 30% больных обнаруживались аффективные нарушения, как маниоформные, так и депрессивные. Скорее всего, за счет наличия аффективных расстройств и психопатоподобного рисунка поведения у 36% больных в анамнезе были отмечены суицидные попытки.

У больных шизофренией до ВИЧ-инфицирования отмечался низкий уровень критики к состоянию. Нерегулярный прием поддерживающей психофармакотерапии, приводящий к повторным госпитализациям, наблюдался у 30 (60%) пациентов. Причем низкий уровень комплайенса не был спровоцирован нежелательными явлениями антипсихотической терапии (нейролептические экстрапирамидные расстройства наблюдались лишь у трех больных). 34 (68%) больных имели сопутствующие синдромы зависимости от ПАВ, следствием чего явилась высокая частота парентерального пути инфицирования.

хопатоподобные) состояния, маниоформные расстройства. Однако главным образом сказывается болезнетворное влияние неблагоприятного социального окружения, усиливавшего психопатоподобные изменения, что приводило к формированию синдромов зависимости от ПАВ и многочисленным беспорядочным половым связям. Скорее всего, констелляция как внешних (среда), так и внутренних (психическое заболевание) факторов явилась причиной последующего инфицирования ВИЧ.

В результате анализа изменений психического состояния у больных основной группы в зависимости от стадий ВИЧ-инфекции определились тенденции, отражающие гетерономные включения экзогенно-органического генеза в структуре эндогенного психоза. Так, обнаружилось, что при ухудшении соматического состояния и присоединении вторичных заболеваний нарастала астеническая симптоматика ($k=0,6$, $p=0,035$). Была выявлена большая частота и выраженность явлений физической истощаемости

и гиперестезии, эмоциональная лабильность и слабодушие.

Кроме того, по мере прогрессирования ВИЧ-инфекции определились симптомы, характерные для астенического и эксплозивного вариантов психоорганического синдрома: снижение памяти, появление инертности, обстоятельности мышления, психопатоподобный рисунок поведения, пациенты отмечали появление головных болей, головокружений при перемене погоды. Снижение когнитивных процессов подтверждалось результатами методики MMSE ($k=0,7$, $p=0,025$).

Ухудшение соматического состояния также влекло за собой увеличение интенсивности тревоги, причем тревога скорее носила психогенный характер. Согласно методике НАМА, уровень тревоги значительно возрастал в зависимости от стадий заболевания ($k=0,4$, $p=0,03$). Частота и интенсивность депрессивных переживаний не увеличивались.

Было отмечено, что при оценке изменений психического состояния больных в зависимости от длительности инфицирования достоверных различий не оказалось, что указывает на адаптацию больных к факту наличия ВИЧ-инфекции. Скорее всего, определяющим психотравмирующим фактором для ВИЧ-инфицированных больных шизофренией являлось очевидное ухудшение самочувствия вследствие присоединения вторичных заболеваний. Кроме того, в результате ретроспективного анализа путем подробного изучения медицинских карт обнаружилось, что после ВИЧ-инфицирования постепенно видоизменялась клиническая картина психического расстройства, что выражалось в описанной Жислиным С.Г. [1965] «гиперпродукции эндогенных симптомов», «усилении первично-процессуальных расстройств» [24]. Они постепенно приобретали особую колоритику и чувственную окраску. При этом чаще выявлялись сенестопатические расстройства ($p=0,02$). Кроме того, у большего числа больных выявлялась галлюцинаторно-параноидная симптоматика ($p<0,05$). После ВИЧ-инфицирования значительно уменьшалась доля неврозоподобной и депрессивной симптоматики, вследствие чего снизилась частота суицидных попыток после заражения ВИЧ ($p<0,05$). В структуре галлюцинаторных и бредовых переживаний ВИЧ-инфекция не проявлялась.

Обращает на себя внимание, что после инфицирования видоизменялись личностные особенности больных. Наблюдалась большая эмоциональная сохранность с открытостью внешним психогенным раздражителям, отмечалась меньшая выраженность шизоидных характерологических изменений, аутизма. Расплывчатость, нецеленаправленность, резонерст-

во, характерные для шизофренического мышления, видоизменялись и в какой-то степени компенсировались конкретностью, обстоятельностью, склонностью к детализации, характерными для больных с органической стигматизацией. Менее выраженными становились проявления апато-абулического синдрома. Между тем, вследствие органических изменений, наложившихся на эндогенный процесс, усиливались проявления психопатоподобного дефекта. Личность больных менялась по органическому типу с чертами эксплозивности, взрывчатости, эпилептоидности.

Заключение. Таким образом, число ВИЧ-инфицированных пациентов непрерывно растет, в том числе и больных шизофренией. В статистических обзорах обычно учитываются официально зарегистрированные больные, но, к сожалению, они являются лишь малой частью всех ВИЧ-инфицированных людей. Полученные результаты исследования дают представление о когорте ВИЧ-инфицированных пациентов, подавляющее число которых являются наркоманами, длительное время употребляющими опиоиды.

Больные шизофренией с сопутствующей ВИЧ-инфекцией — особая категория больных, характеризующаяся в большинстве своем наличием зависимости от опиоидов, с грубыми поведенческими нарушениями, с анозогнозией в отношении соматического страдания, нуждающиеся в особой помощи и поддержке со стороны специалистов медицинского и психологического профилей. Проблема является остро социальной, поскольку предрасполагающими факторами для ВИЧ-инфицирования являются не столько особенности протекания шизофренического процесса, сколько наличие неблагоприятного социального окружения, психопатоподобного поведения, сопутствующие синдромы зависимости от ПАВ. Основные психопатологические состояния, такие как галлюцинаторно-бредовые, аффективные, неврозоподобные и др., играют малую роль в вероятности ВИЧ-инфицирования.

Ко времени заражения и установления диагноза ВИЧ-инфекции у многих из них обнаруживаются выраженные личностные расстройства с характерным психопатоподобным поведением, социальной, морально-нравственной и этической деградацией. Следствием этого, вероятно, является низкий уровень психогенных расстройств в обследованной когорте пациентов. Отсутствие сознания болезни, асоциальный и антисоциальный характер поведения приводят к некомплаентности больных, что создает серьезные препятствия для организации помощи. Вполне обоснованным представляется участие психиатров и клинических психологов на всех этапах лечения ВИЧ-инфицированных пациентов.

Для улучшения эпидемиологической обстановки с одной стороны необходимо усиление информирования больных шизофренией о распространенности, клинической картине и терапии ВИЧ-инфекции, превенция употребления ПАВ. С другой стороны, врачу-психиатру важно обратить внимание на больных с психопатоподобным поведением, находящимся в неблагоприятной социальной ситуации, т.к. высока вероятность у них ВИЧ-инфицирования.

Выявлены воздействия ВИЧ-инфекции на клиническую картину шизофрении, которые приводят к качественным органическим изменениям структуры психопатологического синдрома. ВИЧ-инфекция не вносила свою долю в патофизику эндогенного процессуального заболевания, изменения не влияли на клинику галлюцинаторных и бредовых переживаний, смягчали развитие апато-абулического дефекта, огрубляли личность больных по органическому типу. Происходило формирование психоорганического синдрома, причем пациенты не переживали по поводу тяжелого смертельного заболевания в виде ВИЧ-инфекции. Проведенный в настоящем исследовании анализ влияния ВИЧ-инфекции на клинику и течение шизофрении и эффективность проводимо-

го лечения может быть использован в качестве прогностической оценки течения заболевания.

Отсутствие осознания болезни, асоциальный и антисоциальный характер поведения приводят к некомплаентности больных, что создает серьезные препятствия для организации помощи. В работе с уже инфицированными ВИЧ важно регулярное проведение психокоррекционных мероприятий, включающих повышение уровня знаний пациентов о ВИЧ и антиретровирусной терапии, представление о лабораторной диагностике, медицинской помощи, наименее опасном поведении в отношении своего заболевания. Это является крайне необходимым для уменьшения распространения эпидемического процесса. Полученные результаты исследования свидетельствуют о необходимости преодоления анозогнозии, уменьшения равнодушия к своему здоровью, появлению адекватной критики к состоянию и повышению комплаентности ВИЧ-инфицированных больных шизофренией. Вполне обоснованным представляется создание мультидисциплинарных бригад с участием врачей-психиатров, наркологов, клинических психологов, инфекционистов на всех этапах лечения больных шизофренией с сопутствующей ВИЧ-инфекцией.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Global report on the global AIDS epidemic.* — UNAIDS, Geneva, Switzerland. — 2013.
2. Сыропятов О.Г., Дзеружинская Н.А., Солдаткин В.А., Крылов В.И., Перехов А.Я. Психические и поведенческие расстройства при ВИЧ-инфекции и СПИДе: Учебное пособие / Украинская военно-медицинская академия МО Украины, Национальный медицинский университет им. А.А.Богомольца, Ростовский государственный медицинский университет Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П.Павлова, Восточно-европейская академия психотерапии им. Принца А.П.Ольденбургского. — 2012. — 34 с.
3. Goldenberg D., Boyle B.A. Disclosures HIV and Psychiatry: Part I // *AIDS Read.* — 2000. — № 10. — P. 11–15.
4. Тухтарова И.В. Копинг-стратегии, механизмы психологической защиты и психосоциальная адаптация больных с ВИЧ-инфекцией. — СПб., 2003. — 23 с.
5. Яковлев Н.А., Жулев Н.М., Т. Слюсарь Т.А. Нейропсид. Неврологические расстройства при ВИЧ-инфекции / СПИДе. — М.: Издательство Медицинское информационное агентство, 2005. — 280 с.
6. Gray F., Adle-Biasette H., Chretien F., Lorin de la Grandmaison G., Force G., Keohane C. Neuropathology and neurodegeneration in human immunodeficiency virus infection. Pathogenesis of HIV-induced lesions of the brain, correlations with HIV-associated disorders and modifications according to treatments // *Clin. Neuropathol.* — 2001. — № 20. — P. 146–155.
7. Бородкина О.Д. Пограничные нервно-психические расстройства у больных с ВИЧ-инфекцией на латентной стадии заболевания: Типология, динамика, реабилитация. Кемерово, 2005. — 23 с.
8. Полянский Д.А., Калинин В.В. Проблема психических расстройств у ВИЧ-инфицированных больных. — С. 135–141.
9. Batki S.L. Drug abuse, psychoactive disorders and AIDS: dual and triple diagnosis // *West. J. Med.* — 1990. — № 152. — P. 547–552.
10. De Hert M., Cohen D., Bobes J., Cetkovich-Bakmas, M., Leucht, S., Ndeti, D.M., et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level // *World Psychiatry.* — 2011. — Vol. 10. — P. 138–151.
11. Наумов О.Ю. Факторы риска распространения ВИЧ-инфекции в условиях наркозависимого типа эпидемического процесса. — Пермь, 2004. — 26 с.
12. Rosenberg S., Goodman L.A., Osher F.C. Prevalence of HIV, hepatitis B, and hepatitis C in people with severe mental illness // *Am. J. Public Health.* — 2001. — Vol. 91. — P. 2001.
13. Janssens B., Van Damme W., B Raleigh B. Offering integrated care for HIV/AIDS, diabetes and hypertension within chronic disease clinics in Cambodia // *Bulletin of the World Health Organization.* — 2007. — № 85. — P. 880–885.

14. *Cournos F., McKinnon K., Sullivan G.* Schizophrenia and comorbid human immunodeficiency virus or hepatitis C virus // *J. Clin. Psychiatry.* — № 66 (suppl 6). — 2005. — P. 27–33.
15. *Comprehensive Textbook of AIDS Psychiatry* / ed. by M.A. Cohen, J.M. Gorman. — Oxford: University Press, 2008. — 619 p.
16. *Cournos F., McKinnon K.* HIV seroprevalence among people with severe mental illness in the United States: a critical review // *Clin. Psychol. Rev.* — 1997. — № 17 (3). — P. 259–269.
17. *Meyer I., McKinnon K., Cournos F., Empfield M., Bavli S., Engel D., Weinstock A.* HIV seroprevalence among long-stay patients in a state psychiatric hospital // *Hosp Community Psychiatry.* — 1993. — № 44 (3). — P. 282–284.
18. *Mauri M.C., Fabiano L., Bravin S.* Schizophrenic patients before and after HIV infection: a case-control study // *Encephale.* — 1997. — Vol. 23. — P. 437–441.
19. *De Ronchi D., Bellini F., Cremante G.* Psychopathology of first-episode psychosis in HIV-positive persons in comparison to first-episode schizophrenia: a neglected issue // *AIDS Care.* — 2006. — Vol. 18. — P. 872–878.
20. *Angelino A.F., Treisman G.J.* Management of psychiatric disorders in patients infected with human immunodeficiency virus // *Clin Infect Dis.* — 2001. — Vol. 33. — P. 847.
21. *Leclerc S., Brunschwig O., Berki-Benhaddad Z., Soyris D., Grataud C., Breton G., Leport C., Vilde J.L.* Antiretroviral therapy for HIV-infected patients with schizophrenia. Coordinated multidisciplinary management (7 cases) // *Presse. Med.* — 2005. — Vol. 26. — P. 431–437.
22. *Ayse Akincigil A., Wilson I., Crystal S.* Antidepressant Treatment and Adherence to Antiretroviral Medications among Privately Insured Persons with HIV/AIDS // *AIDS behavior.* — 2011. — Vol. 15 (8). — P. 1819–1828.
23. *Малый В.П.* ВИЧ. СПИД. Новейший медицинский справочник. — М.: Эксмо, 2009. — С. 224–307. — 672 с
24. *Жислин С.Г.* Очерки клинической психиатрии. Клинико-патогенетические зависимости. — М.: Медицина, 1965. — 320 с.

Статья поступила: 26.01.2014 г.

Контактная информация: Халезова Надежда Борисовна, e-mail: khalezo@gmail.com

Коллектив авторов:

Незнанов Николай Григорьевич — д.м.н., профессор кафедры психиатрии и наркологии с курсом общей и медицинской психологии Первого Санкт-Петербургского государственного Медицинского Университета им. академика И.П.Павлова, 193167, Санкт-Петербург, наб. Обводного канала, д. 13, Ineznanov.spbgmu@gmail.com.

Халезова Надежда Борисовна — к.м.н., врач психиатр-нарколог Санкт-Петербургского центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями; ассистент кафедры психиатрии и наркологии с курсом общей и медицинской психологии Первого Санкт-Петербургского Государственного Медицинского Университета им. академика И.П.Павлова, 193167, Санкт-Петербург, наб. Обводного канала, д. 13, e-mail: khalezo@gmail.com.