

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ТРУДНОСТИ ПАЦИЕНТОВ, ИНФИЦИРОВАННЫХ ВИРУСОМ ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА, ПРИ ПОДГОТОВКЕ К АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ

О.В. Кольцова^{1,2}, П.В. Сафонова¹, В.Ю. Рыбников³

¹ Санкт-Петербургский центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, Санкт-Петербург, Россия

² Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия

³ Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никуфорова, Санкт-Петербург, Россия

Psychological problems of HIV-infected patients in preparing to the start of antiretroviral therapy

O.V. Koltsova^{1,2}, P.V. Safonova¹, V.Yu. Rybnikov³

¹ Saint-Petersburg Center for Prevention and Control of AIDS and infectious diseases, Saint-Petersburg, Russia

² First Saint-Petersburg State Medical University named after academician I.P. Pavlov, Saint-Petersburg, Russia

³ Russian Center of Emergency and Radiation Medicine named after A.M. Nikiforov, Saint-Petersburg, Russia

Резюме

Цель: выявить и проанализировать трудности у пациентов с ВИЧ-инфекцией перед началом антиретровирусной терапии, требующие особого внимания специалистов в процессе консультирования, а также оценить потребности пациентов в психологической помощи.

Материалы и методы: проанализированы данные анкетирования и психометрического скрининга по шкале «The Somatic Symptom Disorder – B Criteria Scale» 365 ВИЧ-инфицированных пациентов, в том числе 155 (42,5 %) женщин, участвовавших в групповом психологическом консультировании при подготовке к началу антиретровирусного лечения с июля 2017 г. по июль 2018 г. Средний возраст – 37,2 лет.

Результаты: трудности в связи с ВИЧ-инфекцией, отмечаемые пациентами перед началом терапии, по частоте ответов распределились следующим образом: 1) «необходимость скрывать диагноз» – 27,1 % ответов, 2) «находить время на посещение врача» – 26,6 %; 3) «депрессия и/или тревога» – 26,0 %; 4) «необходимость использовать презервативы» – 19,5 %; 5) «ограничения в трудоустройстве» – 10,1 %; 6) «сообщение диагноза партнеру» – 8,5 %. Реже встречаются указания на «трудности взаимодействия с врачом» (4,4 %), «невозможность работать по специальности» (4,4 %) и «отвержение со стороны близких» (4,1 %). Мониторинг приверженности лечению ВИЧ-инфекции показал, что 31,8 % пациентов не склонны начинать прием препаратов сразу после рекомендации врача, а 13,4 % откладывают начало терапии более чем на полгода.

Заключение: при подготовке к началу антиретровирусной терапии пациент нуждается в помощи для планирования времени, связанного с лечением. Снижению рискованного сексуального поведения способствует разговор об отношении и готовности пациента к использованию презерватива, что, в свою очередь, помогает преодолеть страх раскрытия диагноза партнеру. Психологический скрининг позволяет выявлять

Abstract

Objectives: to find out and analyze the problems of HIV-infected patients which require additional attention of specialists during counseling before the start of antiretroviral therapy as well as to assess patients' needs in psychological help.

Materials and methods: the data are collected by the questionnaire and psychometrical screening using The Somatic Symptom Disorder – B Criteria Scale from 365 HIV-infected patients, including 155 (42,5 %) females who took part in the group psychological counseling for preparing to the start of antiretroviral therapy from July 2017 to July 2018. The average age was 37.2 years old.

Results: the difficulties due to HIV-infection, which are mentioned by patients before the therapy start, are ranged by the frequency of their answers as follows: 1) «need to conceal HIV diagnosis» – 27,1 % answers, 2) «lack of time for visiting the doctor» – 26,6 %; 3) «depression and/or anxiety» – 26,0 %; 4) «need to use condom» – 19,5 %; 5) «restrictions in employment» – 10,1 %; 6) «disclosure of HIV diagnosis to the partner» – 8,5 %. Less common are «difficulties to interact with the doctor» (4,4 %), «impossibility to work in the specialty» (4,4 %) and «the rejection from significant others» (4,1 %). The monitoring of HIV treatment adherence showed that 31,8 % of patients were not ready to start taking medications right after the doctor's recommendations, and 13,4 % postpone the start of treatment for more than half a year.

Conclusion: in preparation for the start of antiretroviral therapy a patient needs the assistance in time scheduling required for treatment. The discussion with patients about their attitudes towards condom use and their self-efficacy to use condom helps patients to overcome their fear of HIV diagnosis disclosure and therefore reduces their risky sexual behavior. Psychological screening helps revealing psychological tension and allows offering the consultation of psychiatrist or psychologist with the purpose to correct mental state as well as to facilitate patient's efforts to develop adherence to continual treatment.

психологическую напряженность и предлагать консультации психиатра и психолога для коррекции состояния и облегчения усилий по формированию приверженности непрерывному лечению.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, психологическая помощь, консультирование по вопросам приверженности лечению, психическая напряженность, стигматизация.

Введение

Несмотря на достижения современной медицины, ВИЧ-инфекция воспринимается как тяжелое заболевание, ассоциированное с витальной угрозой, и по этой причине получение ВИЧ-положительного статуса вызывает у человека стрессовую реакцию, которая без должной психологической поддержки может перейти в длительное кризисное состояние. Пациентам с ВИЧ-инфекцией приходится перестраивать свою жизнь, приспособившись к регулярному посещению врачей и прохождению обследований в Центре СПИД, пожизненному приему лекарств, применению дополнительных мер предосторожности в сексуальных контактах, а в некоторых случаях — к смене профессии или места жительства.

Часто по причине отсутствия выраженных физических симптомов в совокупности со стигматизирующим фактором ВИЧ-инфекции (угрозой социальному положению), обращение за медицинской помощью может быть отложенным. Мысли о возможных тяжелых последствиях болезни, а зачастую — о смерти, вызывают реакцию тревоги и со временем переходят в состояние тревоги и страха, приводя к нарушению способности адаптации. Нередко пациенты начинают лечение ВИЧ-инфекции лишь тогда, когда их физическое самочувствие значительно ухудшается. На фоне соматических симптомов формируются новые психологические проблемы разного спектра, которые могут становиться дополнительными факторами дистресса.

Можно ли своевременно выявлять и смягчать расстройство адаптации у ВИЧ-инфицированных пациентов? Как последовательно выстраивать медико-психологическую помощь, отвечая потребностям пациентов?

Цель исследования — определение трудностей у пациентов с ВИЧ-инфекцией перед началом антиретровирусной терапии (АРВТ), требующих особого внимания специалистов в процессе консультирования, а также выявление потребностей в психологической помощи.

Материалы и методы

С 2010 г. при подготовке к началу АРВТ в Санкт-Петербургском центре по профилактике и борьбе

Key words: HIV-infection, psychological help, counseling on treatment adherence, psychological tension, stigmatization.

со СПИД (далее — Центр СПИД) в рамках Школы здоровья для пациентов организовано групповое психосоциальное консультирование пациентов с ВИЧ-инфекцией. Так называемый «тренинг приверженности АРВТ» инициировали и проводят психологи Центра СПИД два раза в неделю. Число участников каждого группового занятия — 10–20 человек.

Групповой подход стимулирует вовлеченность пациентов в обсуждение самых разных вопросов, связанных с непрерывным пожизненным лечением ВИЧ-инфекции. Пациенты получают не только представление о приверженности терапии, но и психологическую поддержку, необходимую для принятия диагноза, уменьшения тревоги, связанной с началом лечения, и снижения страха стигматизации [1]. Длительность группового консультирования составляет около 2 ч, что позволяет психологу дать наиболее полную информацию о преимуществах АРВТ, обсудить поведенческие проблемы (профилактика передачи ВИЧ партнеру, отношение к алкоголю и др.). Одним пациентам достаточно получить базовую информацию о терапии, чтобы соблюдать правила лечения и успешно поддерживать непрерывность приема лекарств, другим пациентам нужны разъяснения по режиму приема лекарств, организации для себя регулярного питания, помощь в планировании визитов в Центр СПИД и другим вопросам.

Перед началом занятия психолог просит пациентов заполнить специально созданную для тренинга 2-страничную анкету и скрининговый тест SSD-12, предупреждая, что эти сведения необходимы для учета их индивидуальных особенностей при решении вопроса о выборе стратегии лечения, а также для анализа данных с тем, чтобы совершенствовать работу тренинга по приверженности АРВТ.

Вопросы анкеты составлены так, чтобы помочь пациенту выразить свои трудности, возникшие после установления положительного ВИЧ-статуса, мнение по поводу использования презервативов, уточнение по вопросам распорядка дня, ожидания и надежды в отношении терапии. К каждому вопросу предлагаются готовые утверждения. Если ни одно из предложенных утверждений не подходит, есть возможность в свободной форме напи-

сать свой ответ. Заполнение анкеты зачастую помогает пациентам сформулировать свои вопросы по теме лечения ВИЧ-инфекции для последующего группового обсуждения.

Психодиагностический скрининг позволяет выявить пациентов, нуждающихся в психологической помощи [2, 3]. Шкала SSD-12 (The Somatic Symptom Disorder – B Criteria Scale) разработана А. Toussaint et al. для оценки психологической напряженности, связанной с соматической симптоматикой, состоит из 12 утверждений. Ответы оцениваются от 0 до 4 баллов, по частоте проявления симптома (0 – никогда, 1 – редко, 2 – иногда, 3 – часто, 4 – очень часто). Общая сумма баллов SSD-12 достоверно ассоциирована с тяжестью соматических симптомов, общей тревожностью и депрессивными симптомами. Первоначальная оценка показала, что SSD-12 имеет достаточную надежность и является ценным инструментом для исследования и для клинической практики [4].

В исследование включены 365 ВИЧ-инфицированных пациентов, участвовавших в групповом консультировании при подготовке к АРВТ в период с июля 2017 г. по июль 2018 г. Проанализированы результаты анкетирования, психометрического скрининга и мониторинга наблюдения в течение 6 месяцев после консультации.

Для статистического анализа использовалась программа IBM SPSS Statistics v.24 (описательные статистики, таблицы сопряженности, критерий хи-квадрат Пирсона, критерий Крускала – Уоллиса, критерий Манна – Уитни; однофакторный дисперсионный анализ ANOVA).

Результаты и обсуждение

Среди участников женщины составили 42,5% (155/365). Средний возраст пациентов – 37,2 лет (от 19 до 62 лет).

Количество CD4 лимфоцитов является одним из биологических показателей, указывающих, насколько ослаблен иммунитет. В 14% случаев у пациентов отмечалась выраженная иммуносупрессия (CD4 – менее 200 кл/мкл), в 44,4% – умеренная иммуносупрессия (200 – 499 кл/мкл), у остальных – количество CD4 лимфоцитов находилось в пределах нормы (более 500 кл/мкл). Традиционные показания к началу АРВТ (по анализам крови количество CD4 < 350 кл/мкл и количество РНК ВИЧ > 100 000 копий/мкл) [5] имели 49,6% (181/365) пациентов. Эти показатели являются пограничными, когда затягивание начала терапии является риском развития сопутствующих соматических заболеваний и нарастанием социальных и психологических проблем [6, 7]. В настоящее время врачи рекомендуют начинать лечение ВИЧ-инфекции независимо от лабораторных показателей (CD4 и вирусной на-

грузки), по принципу «выявил – лечи», согласно последним клиническим рекомендациям [8, 9]. Несмотря на это, почти треть пациентов (31,8%) не склонны начинать прием АРВТ сразу после рекомендации врача, а каждый восьмой пациент (13,4%) откладывает начало терапии более чем на полгода (рис. 1). Особое внимание следует обратить на пациентов, имеющих прямые показания для начала терапии. 38,1% (69/181) таких пациентов откладывают начало лечения вообще, и среди таковых 31,9% (22/69) пациентов откладывают старт лечения на значительный период, то есть более чем на полгода.



Рис. 1. Наличие прямых показаний к АРВТ и сроки начала лечения

Трудности, связанные с ВИЧ-инфекцией, по самоотчету пациентов

Пациентам было предложено отметить один или несколько готовых ответов на вопрос о трудностях, связанных с ВИЧ-инфекцией. Можно выделить четыре аспекта, которые встречаются наиболее часто, а именно: 1) необходимость скрывать диагноз; 2) находить время на посещение врача; 3) депрессия и/или тревожные состояния; 4) необходимость использовать презервативы (рис. 2). 95 пациентов (26,0%) не выбрали в анкете ни один из вариантов ответов по данному вопросу.

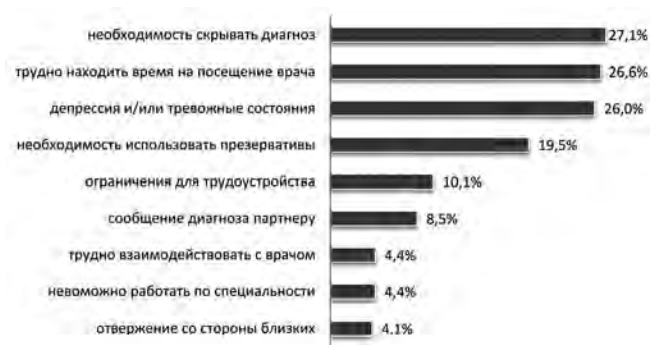


Рис. 2. Частота выбора ответов на вопрос: «Есть ли у Вас трудности в связи с ВИЧ?»

Необходимость скрывать диагноз «ВИЧ-инфекция»

Согласно опросу, пациенты чаще всего раскрывают свой положительный ВИЧ-статус партнеру и медицинским работникам (рис. 3).

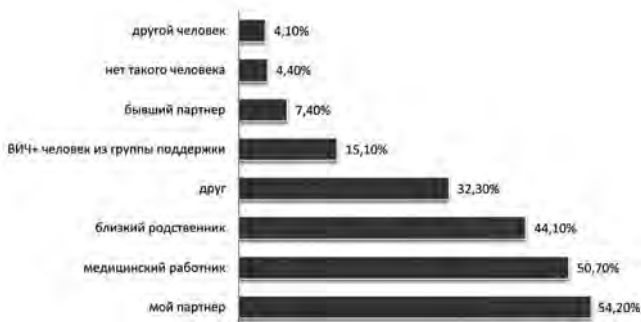


Рис. 3. Частота выбора ответов на вопрос: «С кем Вы можете говорить о ВИЧ?»

Нераскрытие диагноза мешает получать поддержку. Поэтому специалисту полезно обсуждать с ВИЧ-инфицированным пациентом преимущества раскрытия диагноза близким с тем, чтобы стимулировать вовлечение родственников и/или партнеров в процесс сопровождения лечения пациента.

Страх раскрытия диагноза может формировать внутренний запрет к обращению за медицинской помощью не только в многопрофильные медицинские центры, но и в специализированные, такие как Центры СПИД или инфекционные больницы. Актуальным для обсуждения является вопрос сохранения медицинской тайны, конфиденциальности обращения за помощью и не только ответственности людей, живущих с ВИЧ, перед законом, но и об их правовой защищенности [10, 11].

Страх раскрытия своего диагноза окружающим может привести к нарушению или даже потере значимых межличностных отношений, в дальнейшем — к социальной самоизоляции [12]. Важно стимулировать пациентов к раскрытию диагноза

людям, от которых они могут получить поддержку, с кем они могут свободно говорить о своем заболевании и его лечении.

Трудность находить время на посещение врача

По мнению 38,9% (142/365) пациентов, своевременное получение препаратов требует наибольших усилий в планировании личного времени.

В процессе консультирования перед началом АРВТ необходимо инициировать обсуждение вопроса планирования времени на посещение врача, подчеркивая важность контакта с определенным доктором (в СПб Центре СПИД лечащий врач инфекционист определяется по району регистрации пациента). Информация о режиме работы Центра, расписании лечащего врача, работе процедурных кабинетов, сроках записи на прием к врачу поможет оптимизировать временные затраты, связанные с лечением. Это особенно важно для жителей мегаполиса, которым приходится учитывать не только время, но и денежные расходы на дорогу в Центр СПИД.

Соблюдение режима приема препаратов требует усилий у 38,6% (141/365) пациентов, организация для себя более регулярного питания — у 18% (69/365). Пациентов полезно информировать о том, что формирование любого навыка требует времени.

Депрессия или тревожные состояния

Максимально значимая разница между средними суммарными показателями шкалы SSD-12 отмечается между группами пациентов с наличием и отсутствием жалоб на тревожные или депрессивные состояния (табл. 1).

АРВТ позитивно отражается на качестве жизни, что, в свою очередь, может улучшать психическое состояние, особенно при раннем начале АРВТ [13]. Если человек жалуется на тревогу или депрессию, ему следует обратиться к психиатру или психотерапевту. Однако пациенты могут не предъявлять подобных жалоб. Психодиагностический скри-

Таблица 1

Показатели SSD-12 и самооценка психического здоровья

Оценка психического здоровья у пациентов с ВИЧ-инфекцией	Суммарный показатель по SSD-12			P
	M	SD	SE	
Не имеют жалоб на тревогу и/или депрессию (n = 281)	12,25	7,449	0,444	0,000
Предъявляют жалобы на тревогу и/или депрессию (n = 84)	20,04	9,354	1,021	
Нет заключения психиатра (n = 67)	12,97	9,213	1,126	0,000
Психически здоровые (n = 140)	12,14	7,730	0,653	
Имеется психическое расстройство (n = 154)	16,18	8,563	0,681	

SSD-12 = Somatic Symptom Disorder – B Criteria Scale, диапазон общей суммы баллов: 0 – 48; M – среднее, SD – стандартное отклонение, SE – стандартная ошибка среднего, p – значимость различий между группами.

нинг по шкале SSD-12 позволяет выявить реакцию напряжения у ВИЧ-инфицированных пациентов. Общая сумма баллов SSD-12 достоверно ассоциирована с выраженностью соматизации, общей тревожности и депрессивных симптомов. Поэтому использование результатов тестирования по данной методике позволяет определить факторы, налагающие значительную психологическую нагрузку на пациентов, в том числе для тех, кто, по заключению психиатра, «психически здоров», «без актуальной психической патологии». Таким пациентам необходимо предлагать психологическую помощь.

Необходимость использовать презервативы

Использование презервативов относится к одной из наиболее часто упоминаемых трудностей, связанных с ВИЧ-инфекцией. Лишь 63,3% пациентов признают их обязательное использование при всех сексуальных контактах и всего 6,6% отметили, что планируют использовать презерватив в ближайшем сексуальном контакте. Каждый четвертый пациент не дал ответа на вопрос о презервативах (табл. 2).

Таблица 2

Частота выбора ответов на вопрос «Как Вы относитесь к использованию презервативов?», % (абс.)

Ответы на вопрос об использовании презервативов	Частота выбора
Обязательно нужны при всех контактах	63,3% (231)
Нет необходимости, когда партнёр ВИЧ-положительный	13,4% (49)
Секс с презервативом невозможен или крайне неудобен	1,6% (6)
Нужно использовать только с непостоянным партнёром	9,0% (33)
Нужно использовать с постоянным партнёром	6,3% (23)
Использование зависит от отношения к ним партнёра	3,3% (12)
Планирую использовать при ближайшем сексуальном контакте	6,6% (24)
Мне трудно настаивать на применении презерватива	0,8% (3)
Не использовал ранее, были попытки, но навыка нет	3,0% (11)
Ни один из ответов не выбран	7,1% (26)

Центр СПИД может быть единственным местом, где пациент говорит на тему безопасного секса и обсуждает со специалистом защитные функции презерватива и риски передачи ВИЧ при незащищенных половых контактах. Для некоторых пациентов, особенно женщин, трудной является

ситуация обсуждения необходимости использовать презерватива из-за страха негативного отношения партнера-мужчины [14], а также его отказа использовать презерватив [15]. Поэтому тренинги навыков использования презерватива, как и навыков обсуждения использования презерватива с партнером, а также разговор об отношении и готовности пациента к использованию презерватива являются эффективными приемами, направленными на снижение рискованного сексуального поведения [16, 17].

Связь диагноза «ВИЧ-инфекция» с занятостью пациентов

66% пациентов имеют среднее и высшее профессиональное образование (рис. 4). Работают на постоянной основе 241 (66%) пациент, 2 (0,5%) – учатся, 79 (21,6%) – временно не работают, 16 (4,4%) – ведут домашнее хозяйство (в том числе – 7 мужчин). 7 (1,9%) человек проходят реабилитацию в наркологических центрах. У 10 (3,7%) пациентов установлена инвалидность. 14 (3,8%) человек не дали определенного ответа по вопросу занятости.

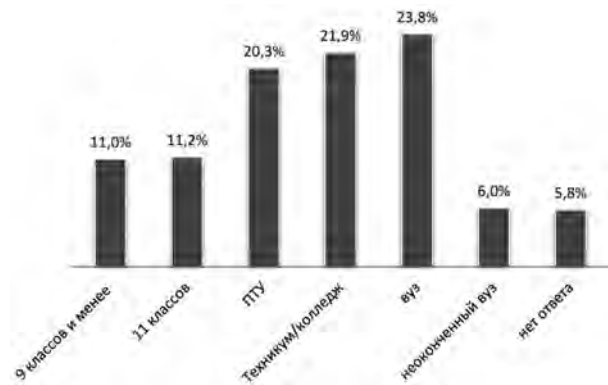


Рис. 4. Образование пациентов, участников исследования

57,3% (71/124) всех неработающих пациентов имеют показания к началу АРВТ, что значимо больше ($p < 0,05$), чем в группе работающих, среди которых 45,6% (110/241) нуждаются в начале лечения по клиническим показаниям. Из тех, кто не работает, 23,4% (29/124) считают, что их заболевание ограничивает трудоустройство или мешает работать по специальности, тогда как в группе работающих только 6,6% (16/241) пациентов придерживаются подобного мнения ($p < 0,001$). Часто в силу недостаточной социально-правовой осведомленности ВИЧ-инфицированные пациенты боятся проходить медицинское обследование при устройстве на работу, так как считают, что при оформлении медицинской книжки работодателю станет известен диагноз и на этом основании ему будет отказано в приеме на работу.

Нами не выявлено связи между наличием/отсутствием занятости у пациентов и сроками начала АРВТ (начало АРВТ в течение 1 месяца после осмотра специалистов или начало лечения более чем через 1 месяц).

Пациенты, самостоятельно отметившие в анкете жалобы на тревожные и/или депрессивные состояния, примерно в одинаковых долях представлены среди работающих и неработающих пациентов (21,6% и 25,8% соответственно). Люди с психическими расстройствами по заключению психиатра значительно чаще встречаются среди неработающих ВИЧ-инфицированных пациентов (рис. 5).

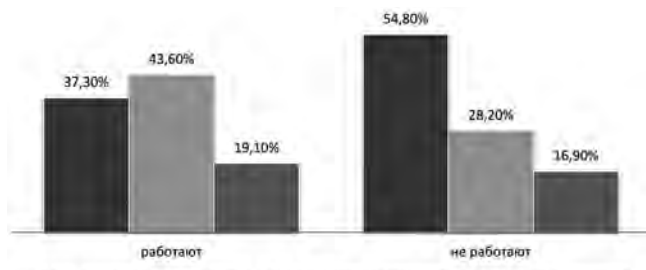


Рис. 5. Связь занятости ВИЧ-инфицированных пациентов с их психическим статусом по заключению психиатра ($p < 0,01$)

Заключение

Данное исследование позволило определить ведущие темы, на которых должен сфокусировать внимание специалист при подготовке пациентов с ВИЧ-инфекцией к началу АРВТ и которые важно обсуждать, как при индивидуальном, так и при групповом консультировании. Основными трудностями, которые испытывают пациенты в связи с ВИЧ-инфекцией и которые препятствуют формированию потенциальной приверженности лечению, являются страх последствий раскрытия диагноза, планирование времени, связанного с терапией, состояния депрессии и тревоги, а также необходимость использования презерватива. Фактор занятости косвенным образом может свидетельствовать о психологической адаптации. Активное выявление психологического неблагополучия с помощью методики SSD-12 позволяет своевременно предложить пациенту психологическую помощь, направленную на облегчение его усилий по формированию приверженности лечению. Консультация психолога должна быть предусмотрена не только на этапе подготовки к АРВТ, но и в период адаптации к лечению в формате мониторинга приверженности к терапии. Психологическая помощь может быть особенно рекомендована пациентам, имеющим прямые показания к старту АРВТ, но откладывающим начало лечения.

Литература

1. Кольцова, О.В. «Школа пациента» — пространство для создания у ВИЧ-инфицированных пациентов сознательной установки на ответственное поведение / О.В. Кольцова [и др.] // Альманах «Инфекционные болезни — 2015» / под общ. ред. А.Г. Рахмановой, А.А. Яковлева. — СПб.: Изд-во ВВМ, 2015. — С. 141–147.
2. Кольцова, О.В. Скрининговая оценка уровня дистресса и выраженности психопатологических симптомов у ВИЧ-инфицированных пациентов / О.В. Кольцова [и др.] // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. — 2013. — Т. 5, № 2. — С. 35–41.
3. Кольцова, О.В. Личностные особенности и поддержание непрерывности лечения у ВИЧ-инфицированных пациентов / О.В. Кольцова [и др.] // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 16: психология, педагогика. — 2013. — Выпуск 4. — С. 49–59.
4. Toussaint A, Murray AM, Voigt K, Herzog A, Gierk B, Kroenke K, Rief W, Henningsen P, Löwe B. Development and Validation of the Somatic Symptom Disorder – B Criteria Scale (SSD-12). *Psychosomatic Medicine*. 2016. Vol. 78 (1): 5-12.
5. Покровский, В.В. Протоколы диспансерного наблюдения и лечения больных ВИЧ-инфекцией / В.В. Покровский, [и др.]. // Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы. — 2014. — № 6.
6. Agaba PA, Meloni ST, Sule HM, et al. Patients who present late to HIV care and associated risk factors in Nigeria. *HIV Med*. 2014 Aug;15(7):396-405.
7. Parcesepe AM, Tymejczyk O, Remien R, et al. Psychological distress, health and treatment-related factors among individuals initiating ART in Oromia, Ethiopia. *AIDS Care*. 2018 Mar;30(3):338-342.
8. Клинические рекомендации. ВИЧ-инфекция у взрослых. Министерство здравоохранения РФ, 2017. (Электронный ресурс: <https://arvt.ru/sites/default/files/rf-2017-protokol-vich-vzroslye.pdf> Дата обращения: 13.02.2019).
9. Doherty M. New directions in the 2015 WHO Consolidated ARV Guidelines. 8th International AIDS Society Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention (IAS 2015), Vancouver, Canada. SUSA0608, 2015.
10. Федеральный закон от 30 марта 1995 г. N 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)».
11. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
12. Nacheha JB, Morrioni C, Zuniga JM, et al. HIV-related stigma, isolation, discrimination, and serostatus disclosure: a global survey of 2035 HIV-infected adults. *J Int Assoc Physicians AIDS Care (Chic)*. 2012 May-Jun;11(3):172-8.
13. Lifson AR, Grund B, Gardner EM, et al. Improved quality of life with immediate versus deferred initiation of antiretroviral therapy in early asymptomatic HIV infection. *AIDS*. 2017 Apr 24;31(7):953-963.
14. Красносельских, Т. В. Установки в отношении защищенного секса у посетителей учреждений венерологического профиля / Т.В. Красносельских [и др.] // Современные проблемы дерматовенерологии, иммунологии и врачебной косметологии. — 2010. — Т. 2, № 2. — С. 45–52.
15. Langen TT. Gender power imbalance on women's capacity to negotiate self-protection against HIV/AIDS in Botswana and South Africa. *Afr Health Sci*. 2005;5(3):188–197.
16. Anderson ES, Wagstaff DA, Heckman TG, et al. Information-Motivation-Behavioral Skills (IMB) Model: testing direct and mediated treatment effects on condom use among women in low-income housing. *Ann Behav Med*. 2006; 31 (1): 70-79.

17. Polacsek, M. Correlates of condom use stage of change: implications for intervention / M. Polacsek, D. D. Celentano, P. O'Campo, J. Santelli // AIDS Educ Prev. 1999; 11 (1): 38-52.

References

1. Koltsova O.V. «Shkola pazienta» – prostranstvo dlya sozdaniya u VICH-infizirovannykh pazientov soznatelnoy ustanovki na otvetstvennoe povedenie / O.V. Koltsova, L.A. Senkovski, P.V. Safonova, A.V. Gaysina, A.G. Khanevskaya // Almanakh «Infecziionnye bolezni – 2015» / pod redakciey A.G. Rakhmanovoy, A.A. Yakovleva. – SPb: Izd. VVM, 2015. – S. 141-147. [In Russian].

2. Koltsova O.V. Skringovaya otsenka urovnya distressa i vyrazhennosti psichopatologicheskikh simptomov u VICH-infizirovannykh pazientov / O.V. Koltsova, A.V. Gaysina, V.Yu. Rybnikov, V.V. Rassokhin // VIHC-infecziya i immunosupressii, 2013. – T.5, № 2. S. 35 – 41. [In Russian].

3. Koltsova O.V. Lichnostnye osobennosti i podderzhanie nepreryvnosti lecheniya u VICH-infizirovannykh pazientov / O.V. Koltsova, P.V. Safonova, V.Yu. Rybnikov, M.A. Shtern // Vestnik Sankt-Peterburgskogo Universiteta. Seriya 16: psichologiya, pedagogika. – 2013. – Vypusk 4. – S.49 – 59. [In Russian].

4. Toussaint A, Murray AM, Voigt K, Herzog A, Gierk B, Kroenke K, Rief W, Henningsen P, Löwe B. Development and Validation of the Somatic Symptom Disorder – B Criteria Scale (SSD-12). Psychosomatic Medicine. 2016. Vol. 78 (1): 5-12.

5. Pokrovskiy V.V. Protokoly dispansernogo nablyudeniya i lecheniya bolnykh VIHC-infecziy / V.V. Pokrovskiy, [i dr.]. // Epidemiologiya i infecziionnye bolezni. Aktualnye voprosy. – 2014. – № 6. [In Russian].

6. Agaba PA, Meloni ST, Sule HM, et al. Patients who present late to HIV care and associated risk factors in Nigeria. HIV Med. 2014 Aug;15(7):396-405.

7. Parcesepe AM, Tymejczyk O, Remien R, et al. Psychological distress, health and treatment-related factors among individuals initiating ART in Oromia, Ethiopia. AIDS Care. 2018 Mar;30(3):338-342.

8. Klinicheskie rekomendazii. VICH-infecziya u vzroslykh. Ministerstvo zdravookhraneniya RF, 2017. (Elektronnyy resurs: <https://arvt.ru/sites/default/files/rf-2017-protokol-vich-vzroslye.pdf> Data obraszheniya: 13.02.2019). [In Russian].

9. Doherty M. New directions in the 2015 WHO Consolidated ARV Guidelines. 8th International AIDS Society Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention (IAS 2015), Vancouver, Canada. SUSA0608, 2015.

10. Federalnyi zakon ot 30 marta 1995 g. N 38-FZ "O preduprezhdenii rasprostraneniya v Rossiyskoy Federazii zabolevaniya, vyzyvaemogo virusom immunodefizita cheloveka (VICH-infecziy)". [In Russian].

11. Federalnyi zakon ot 21.11.2011 N 323-FZ «Ob osnovakh ohrany zdoroviya grazhdan v Rossiyskoy Federazii». [In Russian].

12. Nachega JB, Morroni C, Zuniga JM, et al. HIV-related stigma, isolation, discrimination, and serostatus disclosure: a global survey of 2035 HIV-infected adults. J Int Assoc Physicians AIDS Care (Chic). 2012 May-Jun;11(3):172-8.

13. Lifson AR, Grund B, Gardner EM, et al. Improved quality of life with immediate versus deferred initiation of antiretroviral therapy in early asymptomatic HIV infection. AIDS. 2017 Apr 24;31(7):953-963.

14. Krasnoselskikh T.V. Ustanovki v otnoshenii zaschischnogo seksa u posetiteley uchrezhdeniy venerologicheskogo profilya / T.V. Krasnoselskikh, A.V. Shabolts, R.V. Skochilov, N.V. Nold, N. Abdala, A.P. Kozlov // Sovremennyye problemy dermatovenerologii, immunologii i vrachebnoy kosmetologii. – 2010. – T. 2, № 2. – S. 45-52. [In Russian].

15. Langen TT. Gender power imbalance on women's capacity to negotiate self-protection against HIV/AIDS in Botswana and South Africa. Afr Health Sci. 2005;5(3):188 – 197.

16. Anderson ES, Wagstaff DA, Heckman TG, et al. Information-Motivation-Behavioral Skills (IMB) Model: testing direct and mediated treatment effects on condom use among women in low-income housing. Ann Behav Med. 2006; 31 (1): 70-79.

17. Polacsek, M. Correlates of condom use stage of change: implications for intervention / M. Polacsek, D. D. Celentano, P. O'Campo, J. Santelli // AIDS Educ Prev. 1999; 11 (1): 38-52.

Авторский коллектив:

Кольцова Ольга Владимировна – заведующая отделом медицинской и социальной психологии Санкт-Петербургского центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, ассистент кафедры общей и клинической психологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. академика И.П. Павлова, к. психол. н.; тел.: 8(812)407-83-15, e-mail: ovkoltsova@yandex.ru

Сафонова Полина Владимировна – психолог Санкт-Петербургского центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, к. психол. н.; тел.: 8(812)407-83-10, e-mail: polinasafonova@mail.ru

Рыбников Виктор Юрьевич – заместитель директора по научной и учебной работе Всероссийского центра экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова, д.м.н., д. психол. н., профессор; тел.: 8(812)541-85-16, e-mail: nauka@arterm.spb.ru