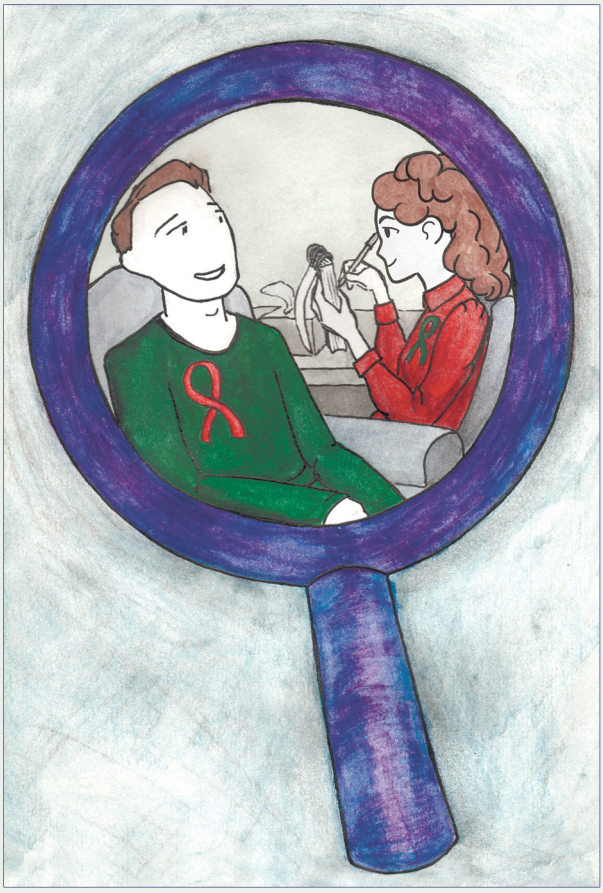
Доступ к услугам по охране психического здоровья для людей, уязвимых к ВИЧ, в России в 2023–2024 гг.



АВТОНОМНАЯ НЕКОММЕРЧЕСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ **«ЦЕНТР ПОДДЕРЖКИ ЛЮДЕЙ ЗАТРОНУТЫХ СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ “ПАРТНЕРСТВО РАВНЫХ”»**

ПАРТНЕРСТВО РАВНЫХ

ПАРТНЕРСТВО
РАВНЫХ

Доступ к услугам по охране психического здоровья для людей, уязвимых к ВИЧ, в России в 2023–2024 гг.

Скифия
Санкт-Петербург
2024

УДК 159.9
ББК 88.9
Д70

ПАРТНЕРСТВО РАВНЫХ

Авторский коллектив:

Анастасия Петрова, Сергей Головин, Родион Проскуряков,
Юлия Верещагина, Татьяна Кордычко

Д70 Доступ к услугам по охране психического здоровья для людей, уязвимых к ВИЧ, в России в 2023–2024 гг. — Санкт-Петербург : Издательско-Торговый Дом «Скифия», 2024. — 54 с. : ил.

В оформлении обложки
использован рисунок Александры Скочиленко

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в какой бы то ни было форме без письменного разрешения в ладельцев авторских прав.

© АНО «Партнерство равных», 2024
© Оформление. ООО «Издательско-Торговый Дом “СКИФИЯ”», 2024

БЛАГОДАРНОСТИ

Мониторинг был проведен в рамках проекта «Мониторинг и расширение доступа к услугам по охране психического здоровья для людей, уязвимых к ВИЧ, силами сообщества» при поддержке Благотворительного фонда «Гуманитарное действие» в рамках проекта «Каскад».

Мы выражаем благодарность рабочей группе проекта, в которую вошли: Мария Петрова, Наталья Сидоренко, Роман Иванов, Родион Проскуряков, Диана Алиева.

Мы также выражаем благодарность всем, кто отвечал на вопросы анкеты и участвовал в распространении опроса.

ОТКАЗ ОТ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

Основная цель этого документа — оказать содействие усилиям, предпринимаемым в сфере противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции и повышения доступности услуг в сфере психического здоровья в Российской Федерации.

АНО «Партнёрство равных» не несет ответственности за использование и трактовку третьими лицами данных, выводов и рекомендаций, представленных в настоящем отчете. Выводы и рекомендации, содержащиеся в отчете, отражают точку зрения авторов, которая может не совпадать с мнением других заинтересованных лиц. АНО «Партнёрство равных» не гарантирует достоверность данных, предоставленных третьими лицами, а также может не разделять и взгляды, цитируемые в отчете.

Упоминание любых международных непатентованных или торговых наименований препаратов, схем лечения и иных интервенций ни при каких обстоятельствах не может трактоваться в качестве альтернативы консультации врача-специалиста.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение 8
Актуальность проблемы в мире и в России 10
Методология проекта 14
Результаты анализа 17
Ключевые выводы 38
Рекомендации 40
Приложение 45

ВВЕДЕНИЕ

В этом отчете описаны результаты проекта *«Мониторинг и расширение доступа к услугам по охране психического здоровья для людей, уязвимых к ВИЧ, силами сообщества»*, целью которого было проанализировать, насколько в России доступны услуги по охране психического здоровья для людей, уязвимых к ВИЧ, и какие существуют барьеры, препятствующие такому доступу. Проект был реализован АНО «Партнёрство равных» в 2023–2024 гг. в сотрудничестве с представителями ключевых групп*, в том числе людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ); людей, употребляющих наркотики (ЛУН); секс-работников (СР); людей, практикующих рискованное сексуальное поведение (РСП); и людей с полоролевой неконформностью (НП).

Мониторинг доступности услуг по охране психического здоровья — продолжение проекта *«Обучение первичному скринингу и маршрутизации клиентов с депрессией и ВИЧ на базе сообщества»*, реализованного в 2022 году. При поддержке АНО «Партнёрство равных» была создана рабочая группа из представителей ключевых сообществ, после чего проводились обучающие семинары по первичному скринингу депрессии у клиентов для равных консультантов от каждой ключевой группы. Также в ходе проекта было издано и распространено методическое пособие «Депрессия и ВИЧ: пособие для равных консультантов»**, разработанное в 2021 году.

---

* Термины «ключевые сообщества», «ключевые группы» и «уязвимые группы» в данном отчете являются синонимами.

** URL: http://peerpartners-ngo.com/materials/ano-partnyorstvo-ravnyh-anonsiruet-vyhod-broshyury-depressiya-sredi-lyudej-zhivushhih-s-vich-rukovodstvo-dlya-ravnyh-konsultantov/

Данный проект сохранил в своей структуре рабочую группу, включающую представителей всех уязвимых групп (ЛЖВ, СР, ЛУН, РСП, НП), а также людей с психическими расстройствами. Члены рабочей группы совместно с руководителем проекта и менеджером по мониторингу разработали анкету-опрос для сбора данных о доступности услуг психологов, психиатров и психотерапевтов. Информация, собранная в ходе опроса, представлена в этом отчете. На основании полученных данных мы сформулировали рекомендации для заинтересованных сторон по улучшению доступа к услугам в сфере охраны психического здоровья для людей, живущих с ВИЧ и уязвимых к ВИЧ.

Отчет может быть интересен врачам-инфекционистам, работающим с ВИЧ-положительными людьми, администраторам здравоохранения, социальным работникам, сотрудникам некоммерческих и неправительственных организаций, равным консультантам, людям, живущим с ВИЧ и уязвимым к ВИЧ, научным сотрудникам, ответственным за разработку клинических рекомендаций по ВИЧ-инфекции, а также специалистам в сфере психического здоровья.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ В МИРЕ И В РОССИИ

В настоящее время мировое профессиональное сообщество, в том числе Всемирная организация здравоохранения, признает, что психическое здоровье является неотъемлемым компонентом здоровья*. Нельзя говорить о том, что человек здоров, если его продолжают беспокоить психические проблемы. Именно поэтому нельзя остановить эпидемию ВИЧ/СПИДа, не обращая пристальное внимание специалистов в области общественного здравоохранения на вопросы ментального благополучия в контексте ВИЧ-инфекции.

Глобальная стратегия по СПИДу на 2021–2026 гг. призывает к тому, чтобы «90 % людей, живущих с ВИЧ, и людей, входящих в группы риска, к 2025 году были охвачены ориентированными на пациента и контекстноспецифическими комплексными услугами по лечению других инфекционных и неинфекционных заболеваний, услугами, связанными с сексуальным и гендерным насилием и психическим здоровьем, и другими услугами, необходимыми для их общего здоровья и благополучия»**.

Психическое здоровье и ВИЧ-инфекция — связанные проблемы, которые взаимно влияют друг на друга. Люди, живущие с ВИЧ, более подвержены ментальным расстройствам,

---

* Guidelines on mental health promotive and preventive interventions for adolescents. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2020 г. URL: https://www.who.int/publications/i/item/guidelines-on-mentalhealth-promotive-and-preventive-interventions-for-adolescents

** End inequalities. End AIDS. Global AIDS strategy 2021–2026. Женева: Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу; 2020.

а люди с психическими расстройствами более уязвимы к ВИЧ*. Психические расстройства могут снижать приверженность лечению ВИЧ, а также приводить к рискованному поведению, которое увеличивает шанс инфицирования ВИЧ**.

Депрессивные расстройства входят в число самых распространенных заболеваний психики. По данным Европейской клинической ассоциации по СПИДу (EACS), среди людей, живущих с ВИЧ, распространенность депрессии достигает 40 % (при значении до 5 % среди общего взрослого населения). В руководстве ВОЗ 2016 года «Уход и поддержка при ВИЧ» говорится, что депрессии подвержены от 18 % до 81 % людей, живущих с ВИЧ, в зависимости от метода исследования и изучаемой группы населения. При этом EACS говорит о том, что депрессия негативно влияет на эффективность лечения ВИЧ, а также существенно снижает качество жизни ЛЖВ и других ключевых групп. Рекомендации EACS (версия 12.0) содержат подробный алгоритм ведения ВИЧ-положительных людей с сочетанной депрессией и тревожными расстройствами*** (см. Приложение).

По данным исследований, тяжесть депрессии ассоциируется с более быстрым снижением уровня CD4-клеток и повышением частоты летальных исходов. Людям, живущим с ВИЧ и имеющим депрессию, требуется в два раза больше времени для подавления вируса, чем людям, живущим с ВИЧ, не имеющим депрессии****. Есть данные,

---

* Nakimuli-Mpungu E., Musisi S., Smith C. M., et al. Mental health interventions for persons living with HIV in low- and middle-income countries: a systematic review // J Int AIDS Soc. 2021 June; 24 Suppl 2 (Suppl 2): e25722.

** Collins P. Y., Velloza J., Concepcion T., et al. Intervening for HIV prevention and mental health: a review of global literature // J Int AIDS Soc. 2021 June;24 Suppl 2 (Suppl 2): e25710.

*** Руководство EACS, 2023 г. Версия 12.0, стр. 106–113. URL: https://www.eacsociety.org/media/guidelines-12.0_ru.pdf

**** Pence B. W., Miller W. C., Gaynes B. N., Eron J. J. Psychiatric illness and virologic response in patients initiating highly active antiretroviral therapy // JAcquirImmuneDeficSyndr. 2007. Vol. 44. P. 159–166.

подтверждающие тезис о влиянии депрессии на приверженность лечению ВИЧ. Исследования в Бразилии продемонстрировали, что вероятность полной приверженности лечению была в 3,8 раза выше у мужчин, не страдающих депрессией, чем у мужчин, страдающих депрессией, независимо от их этнической принадлежности[*].

Исследования показывают, что среди людей, уязвимых к ВИЧ, кратно возрастают суицидальные риски. Системный обзор и метаанализ указывают на то, что люди, живущие с ВИЧ, умирают от суицида в 100 раз чаще[**]. Представители всех уязвимых групп испытывают повышенный уровень эмоционального стресса и сталкиваются с психическими расстройствами. Этому способствуют стигма, дискриминация, нарушение прав и другие социальные проблемы.

Несмотря на масштаб проблемы, лишь небольшая часть людей, которые сталкиваются с психическими расстройствами, лечат их. Согласно результатам исследования, проведенного Европейской группой по лечению СПИДа в 2021 году, только 11,8 % респондентов указали, что обращались к частному врачу, и только 6,5 % сообщили, что обращались к врачу через ВИЧ-сервисную организацию за предшествующие опросу шесть месяцев[***].

Низкая обращаемость может быть связана с множеством факторов. На протяжении прошлых лет работы АНО «Партнёрство равных» собирало информацию о проблемах, связанных с доступностью услуг в сфере психического здоровья для людей, живущих с ВИЧ, и уязвимых групп. В числе таких проблем упоминались:

---

* Moraes R. P., Casseb J. Depression and adherence to antiretroviral treatment in HIV-positive men in São Paulo, the largest city in South America: Social and psychological implications // Clinics (San Paulo). 2017 Dec. Vol. 72 (12). P. 743–749.

** Pelton M., Ciarletta M., Wisnousky H., et al. Rates and risk factors for suicidal ideation, suicide attempts and suicide deaths in persons with HIV: a systematic review and meta-analysis // Gen Psychiatry. 2021; 34: e100247.

*** Survey report: MENTAL HEALTH OF PEOPLE LIVING WITH HIV and staff of organisations working in the field of HIV in the WHO European Region. Brussels, Belgium, January 2021.

- недостаток ресурсов и/или мотивации у инфекционистов для направления людей с ВИЧ на получение ими психологической и психиатрической помощи;
- недостаток знаний о том, куда можно обратиться за услугами в сфере психического здоровья, у пациентов, равных консультантов и врачей;
- отсутствие психиатров/психотерапевтов в штате некоторых СПИД-центров;
- высокая распространенность стигмы в отношении психических расстройств и обращения за психологической и психиатрической помощью среди сообществ;
- страх из-за постановки на учет при обращении за психиатрической помощью, ввиду возможного ограничения прав;
- некомпетентность и/или дискриминация со стороны психиатров (например, отказ в психиатрической помощи людям, употребляющим наркотики).

Эта информация, среди прочего, была использована при создании мониторинговых инструментов, с помощью которых изучалась доступность услуг в сфере охраны психического здоровья для людей, уязвимых к ВИЧ. Она также была учтена в соответствующих рекомендациях по итогам анализа.

Данный отчет представляет собой описание и анализ барьеров, препятствующих получению услуг в сфере психического здоровья людьми, живущими с ВИЧ, и представителями уязвимых групп в России. Мы надеемся, что представленные данные станут важным шагом на пути к повышению доступности психологических и психиатрических услуг в контексте ВИЧ-инфекции.

МЕТОДОЛОГИЯ ПРОЕКТА

Для сбора данных мы использовали следующие инструменты:

- анализ открытых данных о доступности услуг в сфере психического здоровья в СПИД-центрах;
- опрос представителей ключевых групп при помощи онлайн-анкетирования (Google-анкеты).

Открытые источники включали в себя веб-сайты СПИД-центров, ответы на звонки по телефонным номерам, а также в отдельных случаях интервью с пациентами.

Анкета для опроса была разработана с участием членов рабочей группы, представляющих уязвимые к ВИЧ сообщества (ЛУН, РСП, СР, ЛЖВ, ПН). Анкета состояла из 7 разделов и 41 вопроса (Приложение):

- Общая информация
- Раздел для ВИЧ+
- Раздел для оценки ментального благополучия
- Раздел для оценки качества помощи пациентам
- Раздел для оценки качества услуг в различных типах учреждений
- Барьеры в получении помощи
- Заключительный раздел (открытый вопрос)

В основу анализа и опроса легли следующие ключевые гипотезы:

1. Не все врачи-инфекционисты спрашивают пациентов с ВИЧ-инфекцией о состоянии ментального здоровья.
2. Не все врачи-инфекционисты спрашивают пациентов с ВИЧ-инфекцией о том, принимает ли пациент препараты для лечения других заболеваний.
3. Не все врачи-инфекционисты дают рекомендации пациентами с ВИЧ-инфекцией по улучшению психического здоровья, зная о плохом эмоциональном состоянии пациента.
4. Не все СПИД-центры имеют в штате психологов и/или психиатров.
5. Не всем пациентам, принимающим эфавиренз и сообщающим о нежелательных эффектах, связанных с психическим здоровьем (бессонница, депрессия, суицидальные мысли, тревога), врачи-инфекционисты предлагают заменить этот препарат.
6. Не все врачи-инфекционисты заменяют пациентам, принимающим ингибиторы интегразы, препараты из-за нежелательных эффектов, связанных с психическим здоровьем.
7. Больше половины представителей ключевых групп (СР, ЛЖВ, РСП, ЛУН, ПН), прерывающих АРВ-терапию, прерывали ее в том числе из-за эмоционального состояния.
8. Больше половины представителей ключевых групп, сообщающих о симптомах психических расстройств, не обращаются за помощью в сфере ментального здоровья.
9. Более половины представителей ключевых групп из числа тех, которые обращались за помощью, сталкиваются с низкой компетенцией, стигмой/дискриминацией, грубым обращением или нарушением прав со стороны врачей-психиатров и психологов.
10. Представители ключевых групп чаще обращаются за помощью к психологу или врачу-психиатру в частную

клинику или к частному специалисту, чем в государственные структуры или НКО, и показатели обращаемости могут отличаться в зависимости от ключевой группы.

11. Основными барьерами для обращения представителей ключевых групп за услугами по ментальному здоровью являются стигма/дискриминация в связи с принадлежностью к ключевой группе, а также страх постановки на учет в психиатрической службе.
12. Показатели удовлетворенности* услугами различаются в зависимости от обращения в ПНД, СПИД-центры, частные клиники / к частным специалистам и в НКО.

Google-анкета распространялась в социальных сетях АНО «Партнёрство равных», через профессиональные рассылки, а также через организации, представляющие ключевые группы. Анализ полученных ответов проводился с помощью пакетов pandas, matplotlib, seaborn и jupyter на языке программирования Python.

Ограничения

Мониторинг, проведенный в рамках проекта, не является социологическим исследованием. Его результаты могут быть использованы как индикаторы пробелов в системе оказания психологической и психиатрической помощи людям, живущим с ВИЧ и уязвимым к ВИЧ, в России, а также могут служить ориентирами для оптимизации данной системы. Для уточнения данных и получения научно-обоснованных выводов необходимы дальнейшие исследования.

---

* Показатели удовлетворенности определялись на шкале от 0 до 5, где «0» — «крайне недоволен», а 5 — «крайне доволен». Для оценки среднего и доверительного интервала использовалась техника «бутстрап» при сэмплировании 10 тысяч подвыборок с возвращением размера 1000 из исходных выборок.

РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА

Общая информация

Мониторинговый опрос прошли **313 человек**. Поскольку информация об опросе была открытой, среди респондентов оказались представители не только РФ, но других стран: Казахстан (56), Украина (55), Кыргызстан (54), Молдова (17), Беларусь (13), Узбекистан (3), Германия (2), Таджикистан (2), Франция (1), Польша (1), Чехия (1), Грузия (1) и Таиланд (1). **Ответы респондентов из других стран не учтены в дальнейшем анализе.**

В таблицах ниже представлены базовые характеристики людей, прошедших опрос (n = 313).

Как респонденты определяют свой гендер:

Женский	191
Мужской	108
Небинарная персона	10
Другой вариант или отказались ответить	4

С какой ключевой группой идентифицируют себя респонденты*:

* У респондентов была возможность указать несколько вариантов. ВИЧ-положительные люди были выделены в отдельную группу, и у людей с ВИЧ была возможность не указывать принадлежность к этой ключевой группе. По этой причине число ВИЧ-положительных людей (n = 207) выше, чем число людей, которые отнесли себя к ключевой группе ВИЧ-положительные люди (n = 197).

ВИЧ+	197
РСП	72
СР	56
ЛУН	47
ПН	25

Возраст:

от 17 до 29	77
от 30 до 41	145
от 42 до 58	91

ВИЧ-статус:

ВИЧ+	207
ВИЧ–	94
Неизвестен	7
Предпочли не раскрывать	5

Насколько среди опрошенных представителей уязвимых групп распространены симптомы, которые могут указывать на психическое неблагополучие?

287 человек среди опрошенных 313 сообщают о том, что хотя бы раз испытывали один из симптомов, которые могут быть связаны с психическим неблагополучием (91,7 %):

- бессонница (69,0 %);
- повышенная тревожность, мешающая жить (63,3 %);
- сниженное настроение более двух недель (62,9 %);
- беспричинные перепады настроения (62,6 %);
- неспособность получать удовольствие от вещей, которые раньше радовали (62,3 %);
- нежелание жить (43,1 %);

- отсутствие аппетита (41,5 %);
- мысли о смерти (37,1 %);
- мысли о самоубийстве (35,1 %);
- приступы сильного страха (33,2 %);
- самоповреждающее поведение (порезы, ожоги или др.) (17,6 %);
- паранойя (15,3 %);
- галлюцинации (9,9 %).

Среди **ВИЧ-положительных опрошенных**, указавших хотя бы на один из симптомов (n = 180), наблюдается следующее распределение симптомов психических заболеваний:

- бессонница (68 %);
- повышенная тревожность, мешающая жить (60 %);
- беспричинные перепады настроения (59,4 %);
- сниженное настроение более двух недель (55,3 %);
- неспособность получать удовольствие от вещей, которые раньше радовали (55,3 %);
- нежелание жить (36,0 %);
- отсутствие аппетита (33 %);
- мысли о смерти (32 %);
- мысли о самоубийстве (30,5 %);
- приступы сильного страха (28 %);
- паранойя (10,2 %);
- самоповреждающее поведение (порезы, ожоги или др.) (6,6 %);
- галлюцинации (6,6 %).

Наиболее частые симптомы среди РСП:

- бессонница (70,8 %);
- неспособность получать удовольствие от вещей, которые раньше радовали (69,4 %);
- сниженное настроение более двух недель (68,1 %).

Наиболее частые симптомы среди СР:

- сниженное настроение более двух недель (71,4 %);
- беспричинные перепады настроения (71,4 %);
- неспособность получать удовольствие от вещей, которые раньше радовали (62,5 %).

Наиболее частые симптомы среди ЛУН:

- сниженное настроение более двух недель (89,4 %);
- бессонница (89,4 %);
- неспособность получать удовольствие от вещей, которые раньше радовали (83 %).

Наиболее частые симптомы среди ПН:

- сниженное настроение более двух недель (92 %);
- неспособность получать удовольствие от вещей, которые раньше радовали (88 %);
- бессонница (80 %).

Обращаются ли люди с симптомами психических расстройств за помощью и каков их опыт обращения?

- 157 человек (50 % от общего числа опрошенных) сообщают, что у них хотя бы раз возникали мысли

о самоубийстве, нежелание жить или мысли о смерти. Среди них 63 (42,7 %) человека ни разу не обращались за психологической или психиатрической помощью.

- 55 человек сообщают, что хотя бы раз намеренно наносили себе повреждения: порезы, ожоги и т. д. Среди них 19 человек (34,5 %) ни разу не обращались за психологической или психиатрической помощью.
- 198 человек сообщают, что хотя бы раз испытывали тревогу, мешающую жить. Среди них 76 человек (38,4 %) ни разу не обращались за психологической или психиатрической помощью.

Ключевые группы

- 51,9 % ВИЧ+ среди 181 опрошенного не обращались за помощью, несмотря на наличие симптомов психических расстройств.
- 41,3 % ЛУН среди 46 опрошенных не обращались за помощью, несмотря на наличие симптомов психических расстройств.
- 51,3 % СР среди 49 опрошенных не обращались за помощью, несмотря на наличие симптомов психических расстройств.
- 53,8 % РСП среди 65 опрошенных не обращались за помощью, несмотря на наличие симптомов психических расстройств.
- 40 % ПН среди 25 опрошенных не обращались за помощью, несмотря на наличие симптомов психических расстройств.

Среди 91 ВИЧ-отрицательного представителя уязвимых групп (ЛУН, РСП, СР, ПН), которые хотя бы раз испытывали симптомы психических расстройств, 40 человек

(44,0 %) ни разу не обращались за психологической или психиатрической помощью.

Гендер

- Среди 94 опрошенных мужчин, которые хотя бы раз испытывали симптомы психических расстройств, 51 человек (54,3 %) ни разу не обращался за психологической или психиатрической помощью.
- Среди 180 опрошенных женщин, которые хотя бы раз испытывали симптомы психических расстройств, 86 человек (47,8 %) ни разу не обращались за психологической или психиатрической помощью.

Возраст

- Среди 67 человек в возрасте от 17 до 28 лет, которые хотя бы раз испытывали симптомы психических расстройств, 24 человека (35,9 %) ни разу не обращались за психологической или психиатрической помощью.
- Среди 105 человек в возрасте от 29 до 39 лет, которые хотя бы раз испытывали симптомы психических расстройств, 57 человек (54,3 %) ни разу не обращались за психологической или психиатрической помощью.
- Среди 115 человек в возрасте от 40 до 58 лет, которые хотя бы раз испытывали симптомы психических расстройств, 59 человек (51,3 %) ни разу не обращались за психологической или психиатрической помощью.

Оценка услуг в сфере психического здоровья

Среди 88 опрошенных **ВИЧ-положительных людей, которые обращались за помощью к психологу или психиатру**:

- 8 % сталкивались с нарушениями прав*;
- 18,2 % — с низкой компетенцией специалиста**;
- 3,4 % — с грубостью***;
- 4,5 % — со стигматизацией****.

Среди 32 опрошенных **РСП, которые обращались за помощью к психологу или психиатру**:

- 3,1 % сталкивались с нарушениями прав;
- 18,8 % — с низкой компетенцией специалиста;
- 6,3 % — с грубостью;
- 3,1 % — со стигматизацией.

Среди 28 опрошенных **ЛУН, которые обращались за помощью к психологу или психиатру**:

- 10,7 % сталкивались с нарушениями прав;
- 21,4 % — с низкой компетенцией специалиста;
- 7,1 % — с грубостью;
- 17,9 % — со стигматизацией.

Среди 23 опрошенных **СР, которые обращались за помощью к психологу или психиатру**:

---

* В нарушение прав включены: отказ в предоставлении помощи, незаконная насильственная госпитализация, необоснованное принудительное лечение, лишение прав на основании наличия психического расстройства, нарушение конфиденциальности, отказ врача назвать диагноз и разъяснить схему лечения.

** Низкая компетенция: некомпетентность специалиста или медицинского персонала по мнению опрошенного.

*** Грубость: грубое отношение со стороны лечащего специалиста или персонала клиники по мнению опрошенного.

**** Стигматизация: стигма и дискриминация в связи с принадлежностью к группе (ЛУН, РСП, СР, ПН, ЛЖВ), стигма и дискриминация в связи с психическим заболеванием.

- 4,3 % сталкивались с нарушениями прав;
- 8,7 % — с низкой компетенцией специалиста;
- 4,3 % — с грубостью;
- 0 % — со стигматизацией.

Средний показатель удовлетворенности услугами по охране психического здоровья по пятибалльной шкале с 90 %-доверительным интервалом:

- ПНД — 2,0 (1,75, 2,25);
- Услуги клиник / частных специалистов — 3,59 (3,4, 3,77);
- Услуги на базе СПИД-центров — 2,17 (1,67, 2,68).

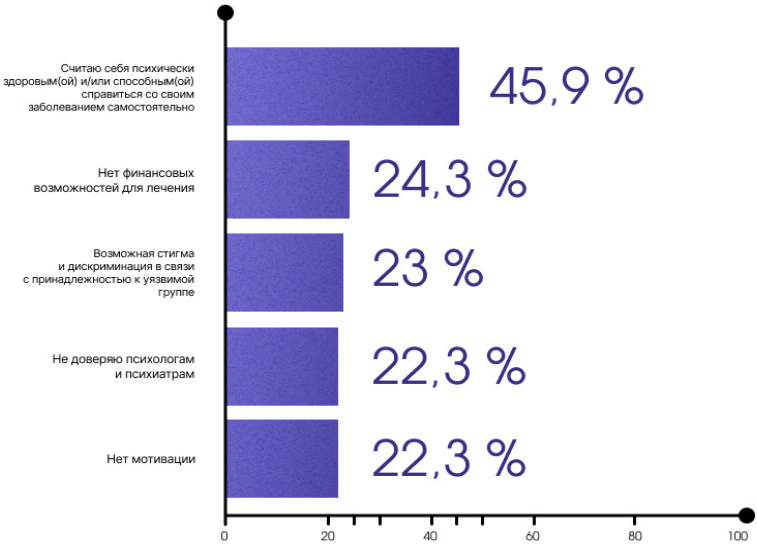
Какие барьеры, препятствующие получению помощи в связи с психическим здоровьем, возникают чаще всего?

Распределение частоты указанных барьеров, препятствующих получению услуг в сфере психического здоровья:

1. 45,9 % — считаю себя психическим здоровым(ой) и/или способным(ой) справиться со своим заболеванием самостоятельно;
2. 24,3 % — нет финансовых возможностей для лечения;
3. 23 % — возможная стигма и дискриминация в связи с принадлежностью к уязвимой группе;
4. 22,3 % — не доверяю психологам и психиатрам;
5. 22,3 % — нет мотивации;
6. 20,3 % — не знаю, куда и как обратиться;
7. 18,2 % — страх постановки на психиатрический учет;
8. 15,5 % — возможная стигма и дискриминация в связи с психическим заболеванием со стороны медицинских работников;

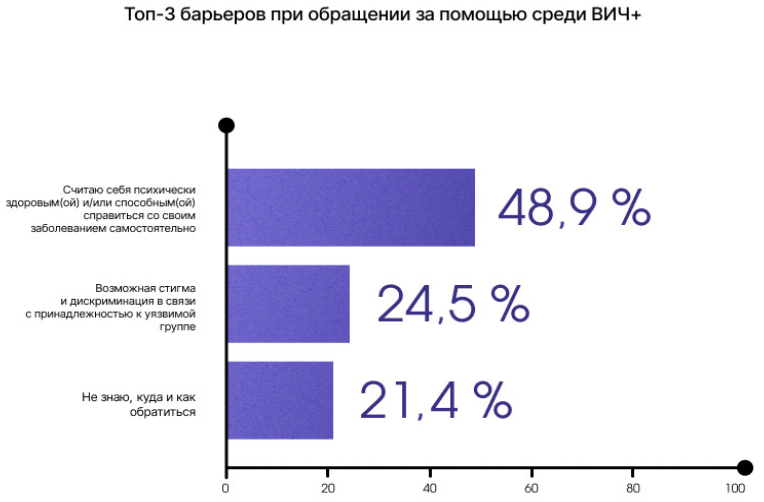
9. 12,8 % — логистические трудности: далеко ехать, неудобное время приема;
10. 8,8 % — возможная стигма и дискриминация в связи с психическим заболеванием со стороны близких и окружения;
11. 8,8 % — негативный опыт знакомых;
12. 4,1 % — сложности с документами (нужно собрать или переоформить большое количество документов, нет прописки/регистрации и/или медицинского полиса).

Топ-5 барьеров при обращении за помощью опрошенных



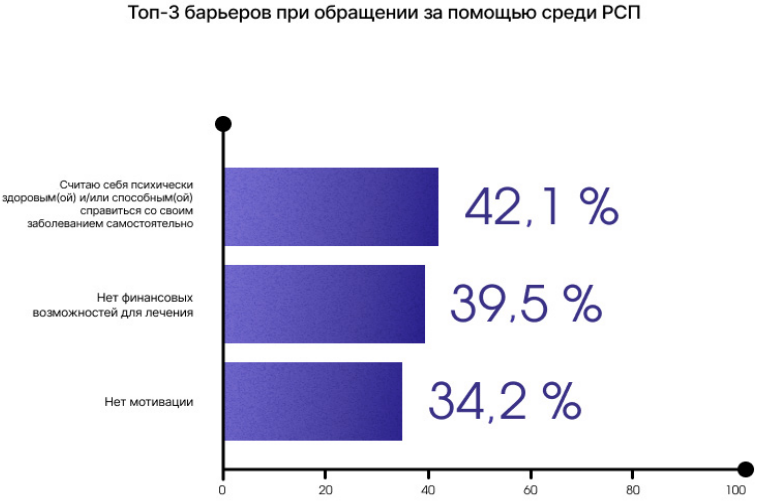
Три ключевых барьера для ЛЖВ (n = 98):

1. Убежденность в способности самостоятельно справиться с проблемами / в собственном психическом здоровье (48,9 %);
2. Опасение стигматизации и дискриминации в связи с принадлежностью к уязвимой группе (24,5 %);
3. Отсутствие информации о том, куда и как обратиться (21,4 %).



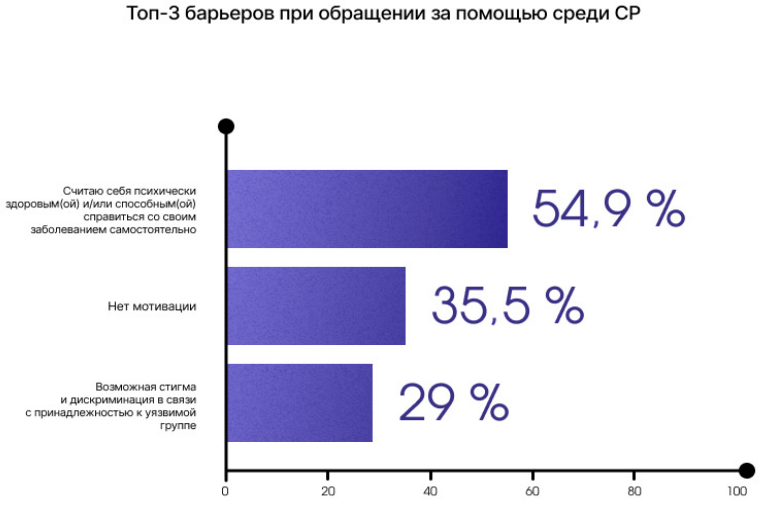
Три ключевых барьера для РСП (n = 38):

1. Убежденность в способности самостоятельно справиться с проблемами / в собственном психическом здоровье (42,1 %);
2. Отсутствие финансовых возможностей для лечения (39,5 %);
3. Отсутствие мотивации (34,2 %).



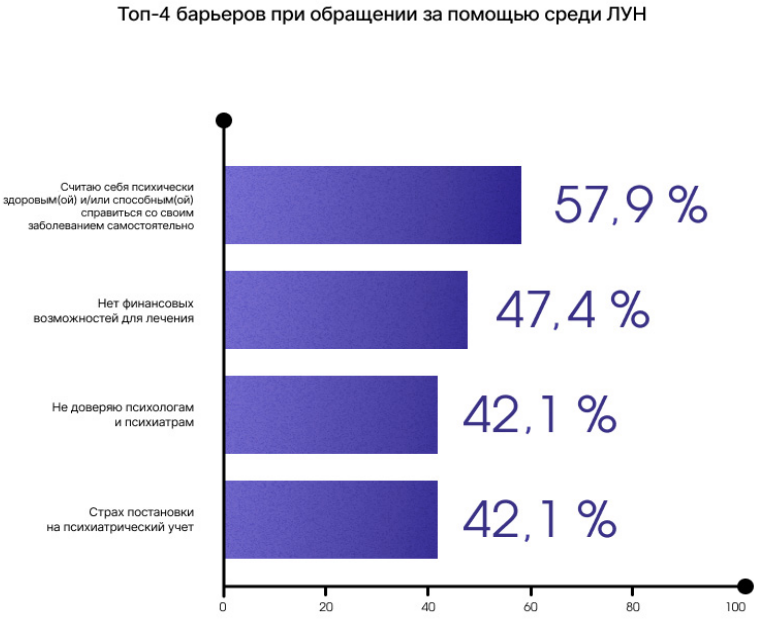
Три ключевых барьера для СР (n = 31):

1. Убежденность в способности самостоятельно справиться с проблемами / в собственном психическом здоровье (54,9 %);
2. Отсутствие мотивации (35,5 %);
3. Опасение стигматизации и дискриминации в связи с принадлежностью к уязвимой группе (29,0 %).



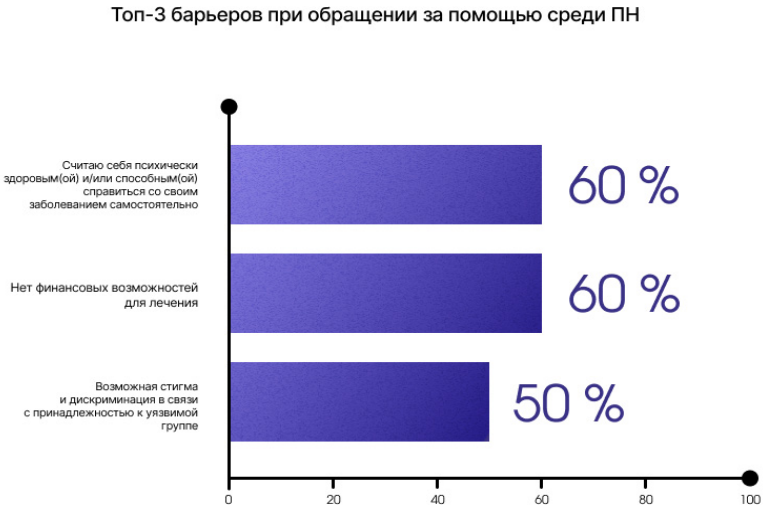
Четыре ключевых барьера для ЛУН (n = 19):

1. Убежденность в способности самостоятельно справиться с проблемами / в собственном психическом здоровье (57,9 %);
2. Отсутствие финансовых возможностей для лечения (47,4 %);
3. Недоверие к психологам и психиатрам (42,1 %);
4. Страх постановки на психиатрический учет (42,1 %).



Три ключевых барьера для ПН (n = 10):

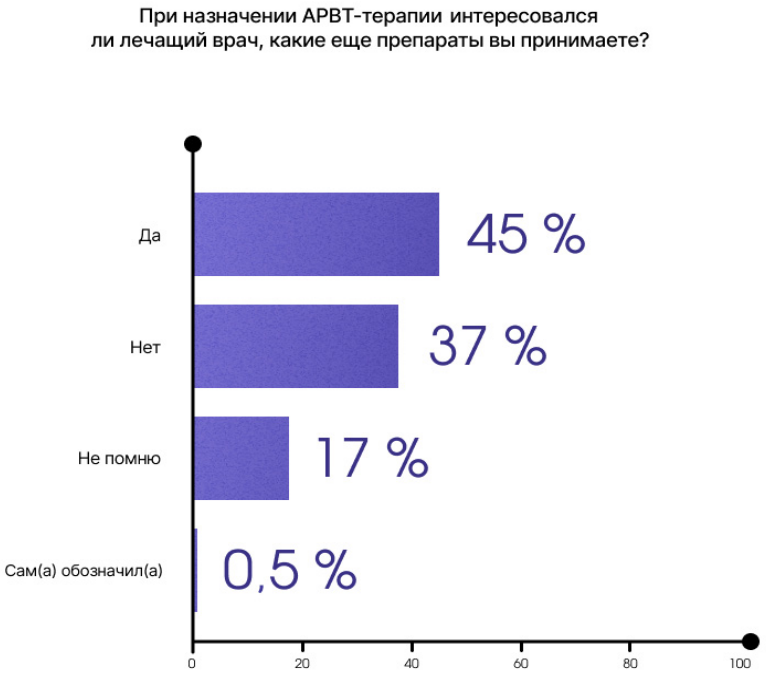
1. Убежденность в способности самостоятельно справиться с проблемами / в собственном психическом здоровье (60 %);
2. Отсутствие финансовых возможностей для лечения (60 %);
3. Опасение стигматизации и дискриминации в связи с принадлежностью к уязвимой группе (50 %).



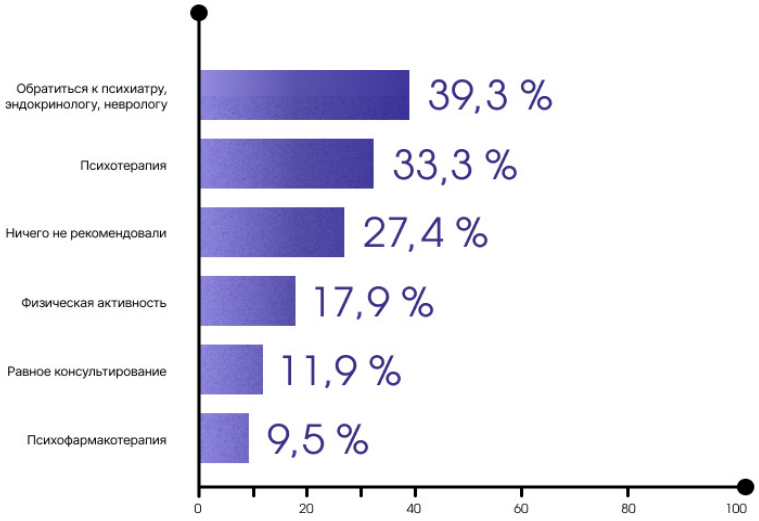
Насколько врачи-инфекционисты учитывают аспекты ментального здоровья при работе с ВИЧ-положительными пациентами?

- **58 % опрошенных ВИЧ-положительных людей (n = 207) заявляют, что врач-инфекционист не интересуется их психическим и психологическим состоянием**.
- 40,5 % отмечают, что их врач интересовался их состоянием хотя бы раз.
- Оставшиеся отказались отвечать на вопрос.

- **37 % опрошенных ВИЧ-положительных людей заявляют, что при назначении АРВТ-терапии врачи не интересовались, принимают ли они другие препараты.**
- 45 % среди опрошенных ВИЧ-положительных людей заявляют, что при назначении АРВТ-терапии врачи интересовались, принимают ли они другие препараты.
- 17 % не помнят, еще около 0,5 % сами сообщали эту информацию специалисту.

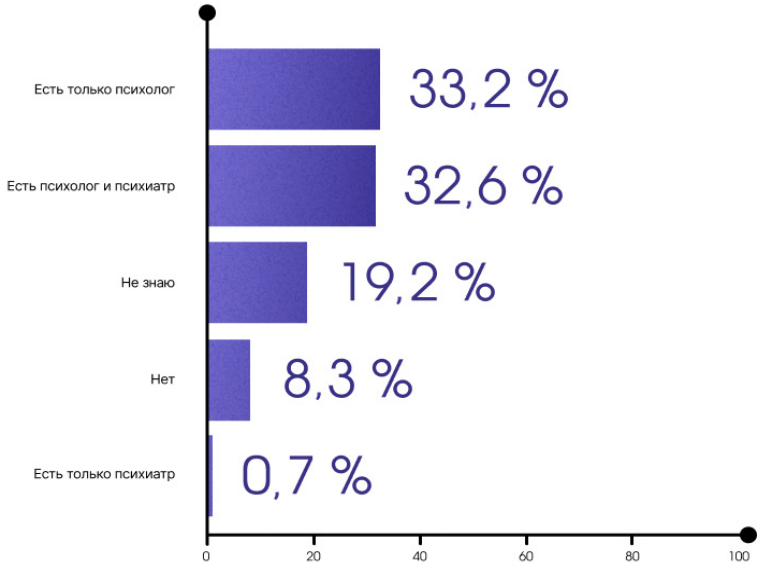


- **27,4 % опрошенных ВИЧ-положительных людей сообщают, что их лечащий врач знал об их плохом эмоциональном состоянии, но ничего им не рекомендовал.**
- 39,3 % сообщают, что им в том числе рекомендовали обратиться дополнительно к другим врачам (психиатр, невролог, эндокринолог).
- 33,3 % сообщают, что им в том числе рекомендовали обратиться дополнительно к психотерапевту (разговор с психологом).
- 17,9 % сообщают, что им в том числе рекомендовали физическую активность.
- 11,9 % сообщают, что им в том числе рекомендовали обратиться за равным консультированием.
- 9,5 % сообщают, что им в том числе рекомендовали психофармакотерапию.



Предлагаются ли услуги психолога и психиатра на базе СПИД-центров (по сообщениям пациентов)?

- 19,2 % опрошенных заявляют, что не знают о наличии психолога и/или психиатра в их СПИД-центре.
- 8,3 % опрошенных заявляют, что в их СПИД-центре нет ни психолога, ни психиатра.
- 33,2 % опрошенных заявляют, что в их СПИД-центре есть только психолог.
- 32,6 % опрошенных утверждают, что в их СПИД-центре есть и психолог, и психиатр.
- 0,7 % опрошенных утверждают, что в их СПИД-центре есть только психиатр.



Учитываются ли аспекты психического здоровья при применении эфавиренза и ингибиторов интегразы (по сообщениям пациентов)?

Из 32 человек, когда-либо принимавших эфавиренз и сообщающих лечащему врачу о нежелательных эффектах, связанных с психическим здоровьем (бессонница, депрессия, суицидальные мысли, тревога), **27 заменяли эфавиренз на другой препарат, 5 людям препарат не меняли**.

Среди 26 человек, принимающих эфавиренз на момент опроса, 15 человек указали, что лечащий врач не спрашивает их о психическом здоровье. Среди них 6 человек сообщали в ответах хотя бы об одном из симптомов, связанных с ментальным здоровьем.

У 91 человека на момент опроса схема лечения включала хотя бы один ингибитор интегразы. Среди 17 опрошенных, которые принимали ингибиторы интегразы и сообщали лечащему врачу о побочных эффектах, связанных с психическим здоровьем, 9 опрошенным заменяли препарат, оставшимся 8 — нет.

Влияет ли эмоциональное состояние на прерывание АРВТ у представителей уязвимых групп (согласно сообщениям респондентов)?

- Среди 197 ВИЧ-положительных опрошенных (из числа тех, которые отнесли себя к уязвимой группе ВИЧ+) **15 % прерывали АРВТ в том числе из-за эмоционального состояния**.
- Среди 39 ВИЧ+ & РСП опрошенных 20,5 % прерывали АРВТ в том числе из-за эмоционального состояния.
- Среди 23 ВИЧ+ & ЛУН опрошенных **45,5 %** прерывали АРВТ в том числе из-за эмоционального состояния.
- Среди 16 ВИЧ+ & СР **40 %** опрошенных прерывали АРВТ в том числе из-за эмоционального состояния.

Результаты анализа открытых источников

Анализ охватывает 85 медицинских учреждений. На основе открытых данных, в 7 СПИД-центрах (СЦ) должность психолога и/или психиатра отсутствует. По информации от представителей СПИД-центров, пациентов направляют либо в некоммерческие организации, либо к равному консультанту, либо в психоневрологический диспансер. На сайтах 29 СПИД-центров не удалось найти информацию о психологе или психиатре, хотя такие специалисты в СЦ работают. В 41 СПИД-центре не удалось найти информацию о горячей линии или телефоне доверия. В некоторых СПИД-центрах на прием к специалисту в области психического здоровья можно записаться *только* через лечащего врача. В ряде СПИД-центров на прием

к психологу/психиатру можно попасть *только* в порядке живой очереди. В отдельных случаях возможна запись через регистратуру.

Полученные данные свидетельствуют о том, что механизм и практика оказания услуг по психическому здоровью людям с ВИЧ-инфекцией могут разниться в зависимости от региона. Доступность этих услуг также варьируется от региона к региону с учетом наличия или отсутствия соответствующих услуг и информации о них, а также количества и сложности административных барьеров.

КЛЮЧЕВЫЕ ВЫВОДЫ

91,7 % опрошенных (287 человек) сообщают о том, что хотя бы раз испытывали один из симптомов, которые могут быть связаны с психическим неблагополучием. 50 % (157 человек) хотя бы раз посещали мысли о самоубийстве, нежелание жить или мысли о смерти. Эти данные соотносятся с результатами исследований, демонстрирующих высокую распространенность психических расстройств среди людей, уязвимых к ВИЧ, и свидетельствуют о высокой потребности в соответствующих услугах.

От 40 % до 54 % представителей ключевых групп, которые испытывали хотя бы один симптом психических заболеваний, не обращались за помощью. Важно отметить, что из числа 157 человек, сообщающих о мыслях о самоубийстве, нежелании жить или мыслях о смерти, 63 человека (42,7 %) ни разу не обращались за психологической или психиатрической помощью.

Полученные данные свидетельствует о значительных барьерах, препятствующих получению услуг в сфере ментального здоровья. В число наиболее частых встречающихся барьеров, согласно результатам мониторинга, входят: убежденность в собственном психическом здоровье и/или способности справиться с заболеванием самостоятельно (45,9 %), отсутствие финансовых возможностей (24,3 %), опасение стигмы и дискриминации (23 %) и недоверие психологам и психиатрам (22,3 %).

Анализ открытых источников продемонстрировал, что в СПИД-центрах нет единого алгоритма оказания ВИЧ-положительным людям услуг в сфере психического

здоровья. Не во всех СПИД-центрах доступны услуги психолога и/или врача-психиатра, возможность получить консультацию специалиста ограничена редкими часами приема, сложностью процедуры записи и пр. Не во всех СПИД-центрах пациентов направляют в профильные учреждения или в некоммерческие организации для получения помощи в связи с психическим здоровьем.

По итогам мониторингового опроса, **58 % опрошенных ВИЧ-положительных людей заявляют, что врачи-инфекционисты не интересуются их психическим здоровьем**. 37 % опрошенных ВИЧ-положительных людей заявляют, что при назначении АРВ-терапии врачи не интересовались, принимают ли они другие препараты. 27,4 % заявляют, что врачи знали об плохом эмоциональном состоянии пациентов, но ничего не рекомендовали. Эти данные свидетельствуют о том, что врачи-инфекционисты в РФ не уделяют достаточного внимания психическому здоровью ВИЧ-положительных пациентов. Как сообщают респонденты, врачи в большинстве случаев заменяют эфавиренз на другие препараты при наличии симптомов психических расстройств, в соответствии с предписаниями. Однако среди 26 человек, принимающих эфавиренз на момент опроса, 15 человек указали, что лечащий врач не спрашивает их о состоянии психического благополучия.

Результаты опроса подтверждают тезис о том, что эмоциональное состояние влияет на приверженность терапии. **15 % опрошенных ВИЧ-положительных людей прерывали АРВТ в том числе из-за эмоционального состояния**. Среди людей, которые также причисляют себя к уязвимым группам, эти показатели выше: 20,5 % среди ВИЧ-положительных РСП, **45,5 %** среди ВИЧ-положительных ЛУН и 40 % среди ВИЧ-положительных СР.

РЕКОМЕНДАЦИИ

Методологическая поддержка врачей-инфекционистов в области ментального здоровья в контексте ВИЧ-инфекции

1. Разработать и распространить методические рекомендации по скринингу депрессии и других психических расстройств у людей, живущих с ВИЧ, для врачей-инфекционистов (Федеральному центру СПИД, главному внештатному специалисту по ВИЧ-инфекции Минздрава РФ);
2. Включить отдельный блок по скринингу и ведению сочетанной депрессии и других психических заболеваний в новую редакцию Клинических рекомендаций «ВИЧ-инфекция у взрослых» Минздрава РФ, например, посредством адаптации соответствующего раздела рекомендаций Европейского клинического общества по СПИДу, EACS* (авторскому коллективу национальных клинических рекомендаций); в т. ч. включить скрининг депрессии и тревожных расстройств в таблицу «Критерии оценки качества медицинской помощи»;
3. Разработать обучающий курс для врачей-инфекционистов в области скрининга и ведения депрессии и других психических расстройств у ВИЧ-положительных людей и проводить регулярное обучение по данной теме (Минздраву РФ, Минобразования РФ).

* URL: https://www.eacsociety.org/media/guidelines-12.0_ru.pdf

Улучшение системы оказания услуг в сфере психического здоровья людям, уязвимым к ВИЧ, в системе общественного здравоохранения

4. Разработать единый подход к диагностике и лечению психических заболеваний у людей с ВИЧ-инфекцией и алгоритм взаимодействия между СПИД-центрами и другими инфекционными больницами с одной стороны и психиатрической службой с другой стороны (Минздраву РФ);

5. Разработать алгоритмы взаимодействия между СПИД-центрами и другими инфекционными больницами с одной стороны и психиатрической службой с другой стороны на уровне субъектов РФ с учетом региональной специфики (Минздравам субъектов РФ);

6. Предусмотреть не менее одной ставки врача-психиатра в каждом СПИД-центре с учетом эпидемиологической специфики каждого субъекта РФ в рамках существующей системы оказания помощи людям с ВИЧ-инфекцией (Минздраву РФ, СПИД-центрам);

7. Разработать обучающий модуль и обучать специалистов в сфере психического здоровья (психологов, психотерапевтов, психиатров) специфике работы с уязвимыми группами, в том числе в контексте ВИЧ-инфекции (Минздраву РФ, Минобразования РФ, некоммерческим организациям).

Повышение потенциала некоммерческих организаций в сфере охраны психического здоровья людей, уязвимых к ВИЧ

8. Выделять ресурсы на поддержку проектов, направленных на повышение доступности и улучшение качества услуг в сфере психического здоровья для людей, уязвимых к ВИЧ (финансирующим организациям);

9. Развивать и поддерживать сервисы по охране психического здоровья для представителей ключевых групп на базе сообществ, в том числе: а) развивать и поддерживать равное консультирование и группы взаимопомощи для людей, уязвимых к ВИЧ-инфекции, и б) обучать равных консультантов в сфере ВИЧ-инфекции работе с вопросами психического здоровья (некоммерческим организациям);

10. Включать компонент охраны психического здоровья в программы поддержки уязвимых групп, в том числе подготавливать психологов и психиатров к работе с уязвимыми группами и формировать базу доверенных специалистов, включать в пакет сервисов услуги психолога и психиатра, проводить первичный скрининг на наличие психических расстройств (некоммерческим организациям);

11. Продолжать мониторинг оказания услуг по психическому здоровью для людей с ВИЧ-инфекцией, в том числе с помощью компьютерных приложений, обеспечивающих быструю связь пациента и организации, занимающейся сбором данных (некоммерческим организациям).

Повышение осведомленности людей, уязвимых к ВИЧ, о ментальном здоровье в контексте ВИЧ-инфекции

12. Разработать и проводить адаптированные просветительские кампании по психическому здоровью среди ключевых групп (Минздраву РФ в сотрудничестве с некоммерческими организациями). В данную кампанию необходимо включить информацию о том, где можно бесплатно получить надлежащую помощь.

Улучшение системы оказания услуг в сфере психического здоровья людям, уязвимым к ВИЧ, в системе социальной защиты населения

13. Разработать пакет услуг по диагностике и поддержке психического здоровья у людей из уязвимых к ВИЧ групп (СР, ЛУН, МСМ, ТГ) с привлечением профильных некоммерческих организаций на базе психологических служб в Центрах помощи семье и детям и других профильных учреждений в сфере социального обслуживания населения (Министерствам социальной политики субъектов РФ);

14. Разработать алгоритмы взаимодействия и перенаправления клиентов, уязвимых к ВИЧ, между Центрами помощи семье и детям и другими профильными учреждениями в сфере социального обслуживания населения с одной стороны и психиатрической службой с другой стороны на уровне субъектов РФ с учетом региональной специфики (Министерствам социальной политики субъектов РФ);

15. Разработать обучающий модуль и обучать специалистов по социальной работе аспектам охраны психического здоровья и специфике работы с уязвимыми группами, в том числе в контексте ВИЧ-инфекции, с привлечением профильных некоммерческих организаций (Минздраву РФ, Минобразования РФ, некоммерческим организациям, Министерствам социальной политики субъектов РФ).

ПРИЛОЖЕНИЕ

Психическое здоровье: депрессия и тревожные расстройства

Депрессия: скрининг и диагностика

Значение

- Распространенность депрессии среди людей с ВИЧ составляет 20–40 % против 7 % в общей популяции
- Депрессия существенно снижает дееспособность пациента и ослабляет эффективность лечения ВИЧ-инфекции
- Депрессивные расстройства часто связаны со значительной тревожностью и плохим общим самочувствием

Скрининг и диагностика депрессии

У кого проводить скрининг?	Как проводить скрининг?	Как диагностировать?
Учитывая высокую распространенность депрессии, следует рассмотреть целесообразность проведения скрининга при каждом плановом визите в клинику по лечению ВИЧ **Популяции, подверженные особо высокому риску** • Наличие депрессии в семейном анамнезе • Наличие эпизода депрессии в личном анамнезе • Старший возраст • Подростки • Лица с наркотической зависимостью в анамнезе, психиатрическими, неврологическими или тяжелыми соматическими сопутствующими заболеваниями • Применение EFV • Люди, употребляющие нейротропные препараты и рекреационные наркотики • В рамках исследования когнитивных нарушений • Социальная изоляция	Два вопроса: 1. Часто ли в последние несколько месяцев Вы испытывали чувство подавленности, грусти и безнадежности? 2. Потеряли ли Вы интерес к занятиям, которые обычно доставляют Вам удовольствие? • Необходимо исключить другие заболевания (такие, как гипотиреоз, гипогонадизм, синдром Кушинга, дефицит витамина B12) • Необходимо исключить депрессивные симптомы, связанные с АРВТ (например, EFV) и лекарственными средствами, не относящимися к АРВТ (например, кортикостероидами).	**Симптомы — следует оценивать регулярно** **A.** Как минимум 2 недели подавленного настроения ИЛИ **B.** Потеря интереса ИЛИ **C.** Снижение чувства удовольствия (+) **4 из 7 следующих факторов:** 1. Изменение массы тела на ≥ 5 % за один месяц или стойкое изменение аппетита 2. Бессонница или повышенная сонливость в течение большинства дней 3. Изменение скорости мышления и движений 4. Утомляемость 5. Чувство вины и никчемности 6. Снижение концентрации внимания и способности принимать решения 7. Суицидальные настроения или попытка суицида[1] Оценку риска самоубийства следует проводить с помощью следующих вопросов: • Это просто идеи? • Являются ли они навязчивыми и насколько их много? • Насколько Вы контролируете эти идеи? • У Вас есть план? • Вы собираетесь действовать?

[1] Применение EFV сопровождается повышенным риском суицидальных мыслей

Депрессия: лечение

Степень депрессии	Количество симптомов (см. стр. 46: A, B или C + 4/7)	Лечение	Консультация эксперта
Нет	< 4	Нет	
Легкая	4	• Проблемно-ориентированная консультация • Следует рассмотреть целесообразность лечения антидепрессантами[i] • Рекомендовать физическую активность	• Обязательно, если лечащий врач не знаком с применением антидепрессантов • Если депрессия не поддается лечению • Если у человека есть суицидальные мысли или психотические симптомы (бред или галлюцинации) • В случае сложных ситуаций, таких как наркотическая зависимость, тревожные расстройства, расстройства личности, деменция, острые тяжелые жизненные события • Клиническое улучшение при приеме антидепрессантов может длиться до 4 недель; нет необходимости менять антидепрессанты раньше этого срока • Следует рассмотреть целесообразность увеличения дозы антидепрессанта
Промежуточная	5–6	Следует начать лечение антидепрессантами[i,ii,iii]	
Тяжелая	> 6	Направить к специалисту (обязательно)[iv]	

i См. раздел Межлекарственные взаимодействия между антидепрессантами и АРВ-препаратами
ii В первые 15 дней лечения антидепрессантами отмечается повышенный риск суицида и серьезных дорожно-транспортных происшествий; в этот период необходимо частое наблюдение за пациентами групп 5 и 6
iii В группах 4, 5 и 6 может быть показано наблюдение психотерапевта (например, когнитивно-поведенческая терапия [CBT]) (проконсультируйтесь со специалистом)
iv При наличии суицидального риска всегда следует консультироваться со специалистами в области психического здоровья

Если у пациента диагностируется депрессия, рекомендуется перейти с EFV на третий АРВ-препарат в соответствии с правилами перехода на новую схему.

Классификация, дозы, безопасность и побочные эффекты антидепрессантов

Механизм действия и класс	Начальная доза	Стандартная доза	Летальность при передозировке	Бессонница и возбуждение[i]	Седативный эффект	Тошнота или эффекты со стороны ЖКТ	Нарушение половой функции	Набор массы тела
	мг/сут							
Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС)[ii]								
пароксетин	10–20	20–40	Нет (если только в сочетании с другими препаратами для лечения ЦНС)	++	++	+++	+++	++
сертралин	25–50	50–150	Низкая	+	- / +	+	+	+[iii]
циталопрам	10–20	20–40	Нет	+++	+++	+++	++	+[iii]
эсциталопрам	5–10	10–20	Нет (если только в сочетании с другими препаратами для лечения ЦНС)	++	++	+++	++	+[iii]
Ингибиторы обратного захвата смешанного или двойного действия								
дулоксетин	30	30–60	Да (при дозе > 1000 мг)	++	+++	+++	++	+
венлафаксин	37,5–75	75–225	Да	+++	+++	+++	++	++
Новейшие препараты смешанного действия								
миртазапин	30	30–60	Низкая	- / +	++	- / +	- / +	++

- нет / + в умеренной степени / ++ в тяжелой степени / +++ в очень тяжелой степени

i Бессонница может появляться в связи с приемом DTG и других схем АРВТ содержащих ИПЦИ, а также при применении некоторых антидепрессантов. Лечащие врачи должны учитывать это при совместном назначении DTG или других ИПЦИ и антидепрессантов

ii У многих ЛЖВ могут проявиться нежелательные явления от применения СИОЗС (расстройства ЖКТ, головокружения, тревожное состояние, приступы паники). Эти проявления можно уменьшить, если начать с более низких доз (например, для пароксетина, сертралина и циталопрама 10, 25 и 10 мг соответственно), а затем увеличить до вышеуказанных начальных доз через 4–7 дней, если не обнаружится непереносимость

iii Увеличение массы тела может быть значительным, но постепенным и незаметным

Межлекарственные взаимодействия между антидепрессантами и АРВ-препаратами

Антидепрессанты		ATV/c	ATV/r	DRV/c	DRV/r	LPV/r	DOR	EFV	ETV	NVP	RPV	FTR	MVC	LEN	BIC	CAB/RPV	DTG	EVG/c	RAL	TAF	TDF
НаССА	миртазапин	↑a	↑a	↑	↑	↑a	↔	↓	↓	↓	↔a	↔a	↔	↔	↔	↔a	↔	↑	↔	↔	↔
СИОЗС	циталопрам	↑ a,b	↑ a,b	↑	↑	↑ a,b	↔	↓	↓	↓	↔a	↔a	↔	↔	↔	↔a	↔	↑	↔	↔	↔
	эсциталопрам	↑ a,b	↑ a,b	↑	↑	↑ a,b	↔	↓	↓	↓	↔a	↔a	↔	↔	↔	↔a	↔	↑	↔	↔	↔
	флуоксетин	↑	↑	↑	↑	↑a	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔
	флувоксамин	↑	↑	↑	↑	↑a	↔	↔	↔	E	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔
	пароксетин	↑↓?	↑↓?	↑↓?	↓39%	↑↓?	↔	↔	↑3%	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑↓?	↔	↔	↔
	сертралин	↑	↓	↑	↓49%	↓a	↔	↓39%	↓	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↓7%	↔	↑9%	↔
	вортиоксетин	↑c	↑c	↑c	↑c	↑c	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑c	↔	↔	↔
СИОЗСН	десвенлафаксин	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	дулоксетин	↑	↑↓	↑	↑↓	↑↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔
	милнаципран	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	венлафаксин	↑a	↑a	↑	↑	↑a	↔	↓	↓	↓	↔a	↔a	D	↔	↔	↔a	↔	↑	↔	↔	↔
ТЦА	амитриптилин	↑	↑	↑	↑	↑ a,b	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔
	кломипрамин	↑ a,b	↑ a,b	↑b	↑b	↑ a,b	↔	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑b	↔	↔	↔
	дезипрамин	↑a	↑a	↑	↑	↑5%a	↔	↔	↔	↔	↔a	↔a	↔	↔	↔	↔a	↔	↑	↔	↔	↔
	доксепин	↑	↑	↑	↑	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔
	имипрамин	↑ a,b	↑ a,b	↑b	↑b	↑ a,b	↔	↓	↓	↓	↔a	↔a	↔	↔	↔	↔a	↔	↑b	↔	↔	↔
	нортриптилин	↑a	↑a	↑	↑	↑a	↔	↔	↔	↔	↔a	↔a	↔	↔	↔	↔a	↔	↑	↔	↔	↔
	тримипрамин	↑a	↑a	↑	↑	↑a	↔	↔	↔	↔	↔a	↔a	↔	↔	↔	↔a	↔	↑	↔	↔	↔
ТеЦА	мапротилин	↑a	↑a	↑	↑	↑a	↔	↔	↔	↔	↔a	↔a	↔	↔	↔	↔a	↔	↑	↔	↔	↔
	миансерин	↑a	↑a	↑	↑	↑a	↔	↓	↓	↓	↔a	↔a	↔	↔	↔	↔a	↔	↑	↔	↔	↔
Другие	агомелатин	↔	↓	↔	↓	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	бупропион	↔	↓	↔	↓	↓57%	↔	↓55%	↔	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑?	↔	↔	↔
	нефазодон	↑	↑	↑	↑	↑	E	↓E	↓E	↓E	E	E	E	E	E	E	↔	↑	↔	↔	↔
	фенелзин	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	ребоксетин	↑	↑	↑	↑	↑	↔	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔
	тразодон	D[d]	D[d]	D[d]	D[d]	D[d]	D[d]	D[d]	D[d]	D[d]	D[d]	D[d]	D[d]	D[d]	D[d]	D[d]	D[e]	D[d]	D	D[d]	↔
	транилципромин	↑	↑	↑	↑	↑	↔	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔
	тразодон	↑ a,b	↑ a,b	↑	↑	↑ a,b	↔	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔

Цветовые обозначения

- Клинически значимых взаимодействий не ожидается
- Эти препараты не следует назначать совместно
- Потенциальное клинически значимое взаимодействие, которое может потребовать дополнительного мониторинга, изменения дозировки или времени приема препарата
- Потенциальное взаимодействие, вероятно, будет слабой интенсивности. Дополнительные действия/контроль или коррекция дозировки вряд ли потребуются

Условные обозначения

↑	Потенциальное увеличение экспозиции антидепрессанта
↓	Потенциальное снижение экспозиции антидепрессанта
↔	Отсутствие значительного эффекта
D	Потенциальное снижение экспозиции АРВ-препарата
E	Потенциальное увеличение экспозиции АРВ-препарата

ATV/c	ATV в комбинации с COBI (300/150 мг 1 р/сут)
DRV/c	DRV в комбинации с COBI (800/150 мг 1 р/сут)
CAB/RPV	CAB и RPV в/м инъекции длительного действия (показаны ФК взаимодействия и/или влияние на интервал QT при применении с RPV)

Цифры означают увеличение или уменьшение AUC, наблюдаемое в исследованиях межлекарственных взаимодействий

НаССА	норадренергический специфический серотонинергический антидепрессант
СИОЗС	селективный ингибитор обратного захвата серотонина
СИОЗСН	ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина
ТЦА	трициклические антидепрессанты
ТеЦА	тетрациклические антидепрессанты

Взаимодействия с ABC, FTC, 3TC, ZDV

FTC, 3TC, ZDV: клинически значимых взаимодействий не ожидается

Взаимодействие с каботегравиром (п/о)

Отсутствует

Взаимодействие с ибализумабом

Отсутствует

Комментарии

- a С осторожностью, так как оба препарата могут вызывать удлинение интервала QT.
- b Рекомендуется ЭКГ-мониторинг.
- c В зависимости от клинического ответа пациента может потребоваться более низкая доза вортиоксетина для пациентов с плохим метаболизмом CYP2D6 в присутствии сильного ингибитора CYP3A4.
- d Исследование показало низкий риск клинически значимого фармакокинетического взаимодействия с препаратами зверобоя с низким содержанием гиперфорина (< 1 мг/сут) (гиперфорин — компонент, ответственный за индукцию CYPs и P-гликопротеина). Следует рассмотреть целесообразность совместного применения с препаратами зверобоя, в которых четко указано содержание гиперфорина, и общая суточная доза гиперфорина составляет 1 мг или менее.
- e Согласно ОХЛП для Европы, у лиц без резистентности к ИПЦИ рекомендовано применение DTG 50 мг 2 р/сут. В информации о назначении препарата для США рекомендуется избегать совместного применения, так как недостаточно данных для составления рекомендаций по дозировке.
- # Перед началом применения LEN рекомендуется как минимум 2-недельный (умеренные индукторы) или 4-недельный (сильные индукторы) период прекращения приема препарата в связи с сохранением индуцирующего эффекта после прекращения приема индуктора.

Дополнительная информация

О дополнительных межлекарственных взаимодействиях и более подробные данные о фармакокинетическом взаимодействии и коррекции дозировки см: www.hiv-druginteractions.org (Ливерпульский университет)

Тревожные расстройства: скрининг и диагностика

Значение

- В исследованиях, включавших диагностический опрос, сообщалось о высокой распространенности тревожных расстройств у ЛЖВ[i]
- К конкретным тревожным расстройствам относятся:
  - паническое расстройство (10 % ЛЖВ)
  - генерализованное тревожное расстройство (5,6 % ЛЖВ)
  - социальное тревожное расстройство (9 % ЛЖВ)
  - посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)
- Тревожность существенно снижает дееспособность пациента и ослабляет эффективность лечения ВИЧ-инфекции
- У ЛЖВ тревожные расстройства часто обусловлены поведением на фоне употребления психоактивных веществ

Скрининг и диагностика тревожности

У кого проводить скрининг?	Как проводить скрининг?	Как диагностировать?
Учитывая высокую распространенность тревожности, следует рассмотреть целесообразность проведения скрининга у всех ЛЖВ при каждом плановом визите в клинику **Популяции, подверженные особо высокому риску** • Наличие тревожных расстройств в семейном анамнезе • Тревожная личность • Чрезмерное употребление алкоголя • В рамках исследования когнитивных нарушений • Множественные стрессовые жизненные события (особенно актуально во время пандемии COVID-19)	**Инструмент для скрининга генерализованного тревожного расстройства – 2 (GAD-2)[i]:** За последние 2 недели как часто Вас беспокоили следующие проблемы: • Чувство нервозности, тревожности или раздражения • Невозможность остановить или контролировать беспокойство **Оцените каждый вопрос и подсчитайте сумму:** 0. Совсем нет 1. Несколько дней 2. Более половины дней 3. Почти каждый день	**Если по опроснику GAD-2 пороговый балл ≥ 3**, задайте следующие вопросы, чтобы диагностировать общее тревожное расстройство: • чрезмерная тревожность в течение большего количества дней, но не более 6 месяцев • трудности с контролем беспокойства • связанные как минимум с тремя из этих симптомов (беспокойство, утомляемость, трудности с концентрацией внимания, раздражительность, мышечное напряжение, нарушения сна) • значимое ухудшение качества жизни • не обусловлено другим веществом или заболеванием • не может быть лучше объяснено другим заболеванием **Следует исключить гипертиреоз, гипогликемию и гиперадренокортицизм. Следует исключить избыточное потребление кофеина и применение стимуляторов (таких, как кокаин, кристаллический метамфетамин, амфетамины).** **Обратитесь к специалисту для диагностики панических расстройств, социальной фобии и ПТСР.**

i Оценка по шкале GAD-2 является валидированным инструментом для проведения скрининга у ЛЖВ, www.hiv.uw.edu/page/mental-health-screening/gad-2

Тревожные расстройства: лечение

Степень тяжести тревожного расстройства	Балл по шкале GAD-2	Лечение	Консультация эксперта
Минимальная	< 3	Техники релаксации	

Значительная	≥ 3	• Следует рекомендовать техники релаксации
		• Следует рассмотреть целесообразность применения бензодиазепинов, в основном клоназепама или лоразепама, **в течение короткого периода времени** (менее 4 недель).
		• Следует рассмотреть целесообразность лечения СИОЗС[i]
		• Следует рассмотреть целесообразность психотерапевтического вмешательства:
		  • когнитивно-поведенческая терапия
		  • когнитивно-поведенческое управление стрессом
		  • когнитивная терапия на основе ментальных практик
		  • консультирование по вопросам поддержки «равный равному»
			• Обязательно, если лечащий врач не знаком с применением антидепрессантов
			• Если тревожность не поддается лечению
			• Если у пациента есть суицидальные идеи
			• В сложных ситуациях, таких как наркотическая зависимость, тревожные расстройства, расстройства личности, деменция, критические тяжелые жизненные события
			• Клиническое улучшение при приеме антидепрессантов может длиться до 4 недель; нет необходимости менять антидепрессанты раньше этого срока
			• Следует рассмотреть целесообразность увеличения дозы антидепрессанта

Генерализованное тревожное расстройство		При необходимости начните лечение антидепрессантами в сочетании с СИОЗС и бензодиазепинами (для более быстрого снижения тревожности)[i][ii] Направьте пациента к специалисту по психическому здоровью для начала психотерапевтического вмешательства	

i См. раздел Межлекарственные взаимодействия между анксиолитиками и АРВ-препаратами
ii При наличии суицидального риска всегда следует консультироваться со специалистами в области психического здоровья

Классификация, дозы и побочные эффекты анксиолитиков и других лекарственных средств, используемых для лечения тревожных расстройств

Механизм действия и класс	Начальная доза	Обычная терапевтическая суточная доза	Летальность при передозировке	Бессонница и возбуждение	Седативный эффект	Тошнота или эффекты со стороны ЖКТ	Нарушение половой функции	Набор массы тела
Бензодиазепины								
алпразолам	0,25–0,5 мг 3 р/сут	1–4 мг	нет (если только в сочетании с другими препаратами для лечения ЦНС)	++	+++	++	++	++
хлордиазепоксид	5 мг 1 р/сут	10–100 мг	нет (если только в сочетании с другими препаратами для лечения ЦНС)	частота неизвестна	++	редко	редко	частота неизвестна
клоназепам	0,25 мг 2 р/сут	1–2 мг	нет (если только в сочетании с другими препаратами для лечения ЦНС)	+	++	редко	+	+
оксазепам	10 мг 3 р/сут	30–60 мг	нет (если только в сочетании с другими препаратами для лечения ЦНС)	частота неизвестна	++	редко	редко	нет
Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина								
циталопрам	10 мг 1 р/сут	10–20 мг	нет	+++	+++	+++	++	+
эсциталопрам	10 мг 1 р/сут	10–20 мг	нет (если только в сочетании с другими препаратами для лечения ЦНС)	++	++	+++	++	+
пароксетин	20 мг 1 р/сут	20–60 мг	нет (если только в сочетании с другими препаратами для лечения ЦНС)	++	++	+++	+++	++
Ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина								
дулоксетин	30 мг 1 р/сут	30–60 мг	да (при дозе > 1000 мг)	++	+++	+++	++	+
венлафаксин	75 мг 1 р/сут	75–225 мг	да	+++	+++	+++	++	++
Другие								
буспирон	5 мг 2 р/сут или 3 р/сут	15–60 мг	нет	++	+++	++	нет	частота неизвестна
гидроксизин	12,5–25 мг	25–100 мг	нет	частота неизвестна	+++	частота неизвестна	нет	нет

Частота побочных эффектов по данным клинических исследований, частота не скорректирована на плацебо.
Редко (от > 1/10 000 до < 1/1000): редко
Нечасто (от > 1/1000 до < 1/100): +
Часто (от > 1/100 до < 1/10): ++
Очень часто (> 1/10): +++

Информация о начальной дозе и побочных эффектах в основном содержится в инструкции по медицинскому применению препарата для Европы.

Межлекарственные взаимодействия между анксиолитиками и АРВ-препаратами

Анксиолитики		ATV/c	ATV/r	DRV/c	DRV/r	LPV/r	DOR	EFV	ETV	NVP	RPV	FTR	MVC	LEN	BIC	CAB/ RPV	DTG	EVG/c	RAL	TAF	TDF
BZD	алпразолам	↑	↑	↑	↑	↑	↔	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↑ ^	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔
	хлордиазепок-сид	↑	↑	↑	↑	↑	↔	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↑ ^	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔
	клоназепам	↑	↑	↑	↑	↑	↔	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔
	лоразепам	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	оксазепам	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
СИОЗС	эсциталопрам	↑ a	↑ a	↑	↑	↑ a	↔	↓	↓	↓	↔ b	↔ b	↔	↔	↔	↔ b	↔	↑	↔	↔	↔
	пароксетин	↑↓?	↑↓?	↑↓?	↓39%	↑↓?	↔	↔	↑3%	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑↓?	↔	↔	↔
СИОЗСН	дулоксетин	↑	↑↓	↑	↑↓	↑↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔
	венлафаксин	↑ b	↑ b	↑	↑	↑ b	↔	↓	↓	↓	↔ b	↔ b	D	↔	↔	↔ b	↔	↑	↔	↔	↔
Другие	буспирон	↑	↑	↑	↑	↑	↔	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↑ ^	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔
	гидроксизин	↑ a,b	↑ a,b	↑ a,b	↑ a,b	↑ a,b	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔

Цветовые обозначения

- Клинически значимых взаимодействий не ожидается
- Эти препараты не следует назначать совместно
- Потенциальное клинически значимое взаимодействие, которое может потребовать дополнительного мониторинга, изменения дозировки или времени приема препарата
- Потенциальное взаимодействие, вероятно, будет слабой интенсивности. Дополнительные действия/контроль или коррекция дозировки вряд ли потребуются

Условные обозначения

↑	Потенциальное увеличение экспозиции анксиолитика
↓	Потенциальное снижение экспозиции анксиолитика
↔	Отсутствие значительного эффекта
D	Потенциальное снижение экспозиции АРВ-препарата
E	Потенциальное увеличение экспозиции АРВ-препарата

ATV/c	ATV в комбинации с COBI (300/150 мг 1 р/сут)
DRV/c	DRV в комбинации с COBI (800/150 мг 1 р/сут)
CAB/RPV	CAB и RPV в/м инъекции длительного действия (показаны ФК взаимодействия и/или влияние на интервал QT при применении с RPV)

Цифры означают увеличение или уменьшение AUC, наблюдаемое в исследованиях межлекарственных взаимодействий

BZD бензодиазепины
СИОЗС селективный ингибитор обратного захвата серотонина
СИОЗСН ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина

Взаимодействия с ABC, FTC, 3TC, ZDV
FTC, 3TC, ZDV: клинически значимых взаимодействий не ожидается.

Взаимодействие с каботегравиром (п/о)
Отсутствует

Взаимодействие с ибализумабом
Отсутствует

Комментарии

a Рекомендуется ЭКГ-мониторинг.
b С осторожностью, так как оба препарата могут вызывать удлинение интервала QT.
^ LEN вызывает умеренное ингибирование CYP3A4 и после прекращения приема остается в кровотоке в течение длительного времени. Остаточные концентрации LEN могут влиять на воздействие чувствительных субстратов CYP3A4 и/или препаратов с узким терапевтическим индексом, которые начинают принимать в течение 9 месяцев после последнего п/к введения LEN.

Дополнительная информация
О дополнительных межлекарственных взаимодействиях и более подробные данные о фармакокинетическом взаимодействии и коррекции дозировки см: www.hiv-druginteractions.org (Ливерпульский университет).

Информационное издание

Доступ к услугам по охране психического здоровья для людей, уязвимых к ВИЧ, в России в 2023–2024 гг.

Авторский коллектив:

Анастасия Петрова, Сергей Головин, Родион Проскуряков, Юлия Верещагина, Татьяна Кордычко

Редактура и корректура *Антонина Филимонова*
Оригинал-макет *Павел Домбровский*
Выпускающий редактор *Ольга Гражданкина*

Книги: от рукописи до тиража
ИЗГОТОВЛЕНИЕ И РАСПРОСТРАНЕНИЕ

Издательско-Торговый Дом «Скифия»
190103, Санкт-Петербург, 9-я Красноармейская ул., 3/7
(812) 575-25-66
e-mail: skifiabook@mail.ru
www.skifiabook.ru

Возрастная категория 12+
Формат 60×90 $^{1}/_{16}$. Объем 3,38 усл.-печ. л.

АНО «Партнерство равных» — первая автономная некоммерческая организация, занимающаяся поддержкой пациентских сообществ в сфере психического здоровья и других социально-значимых заболеваний. Наша цель — повышения качества жизни людей через развитие самопомощи и сервисов, ориентированных на клиента.

АНО «Партнерство равных» зарегистрирована в Санкт-Петербурге в 2018 году, объединив активистов в области психического здоровья, ВИЧ-инфекции и гепатита С.

Главное направление работы на данный момент — помощь людям, затронутым психическими заболеваниями и просвещение в области психического здоровья, а также распространение лучших практик по поддержке пациентов в других сферах.

Подробнее об организации можно узнать на сайте **peer-partners.ru**

Чтобы поддержать организацию, перейдите в раздел «Помочь нам» по QR коду: