

Мир науки. Педагогика и психология / World of Science. Pedagogy and psychology <https://mir-nauki.com>

2023, Том 11, № 2 / 2023, Vol. 11, Iss. 2 <https://mir-nauki.com/issue-2-2023.html>

URL статьи: <https://mir-nauki.com/PDF/42PSMN223.pdf>

Ссылка для цитирования этой статьи:

Батуева, Н. Г. Психологические и социальные барьеры при формировании комплаентности у инфицированных вирусом иммунодефицита человека, уклоняющихся от диспансерного наблюдения и лечения / Н. Г. Батуева, И. В. Содномова, А. Ю. Березанцев // Мир науки. Педагогика и психология. — 2023. — Т. 11. — № 2. — URL: <https://mir-nauki.com/PDF/42PSMN223.pdf>

For citation:

Batueva N.G., Sodnomova I.V., Berezantsev A.Yu. Psychological and social barriers in the formation of compliance in people infected with the human immunodeficiency virus who evade dispensary observation and treatment. *World of Science. Pedagogy and psychology*. 2023; 11(2): 42PSMN223. Available at: <https://mir-nauki.com/PDF/42PSMN223.pdf>. (In Russ., abstract in Eng.)

Батуева Наталья Григорьевна

ГБУЗ «Республиканский психоневрологический диспансер»
Министерства здравоохранения Республики Бурятия, Улан-Удэ, Россия
Заведующая судебно-психиатрическим экспертным отделением
Кандидат медицинских наук
E-mail: batueva@yandex.ru

РИНЦ: https://elibrary.ru/author_profile.asp?id=842452

Содномова Индира Викторовна

ФГБОУ ВО «Бурятский государственный университет имени Доржи Банзарова», Улан-Удэ, Россия
Кандидат социологических наук
E-mail: star-777@yandex.ru

РИНЦ: https://elibrary.ru/author_profile.asp?id=1142664

Березанцев Андрей Юрьевич

ГБУЗ Московской области «Центральная клиническая психиатрическая
больница имени Ф.А. Усольцева», Москва, Россия
Врач судебный психиатр-эксперт
Доктор медицинских наук, профессор
E-mail: berintend@yandex.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1985-7894>

РИНЦ: https://www.elibrary.ru/author_profile.asp?id=219342

WoS: <https://www.webofscience.com/wos/author/rid/AAG-6453-2021>

SCOPUS: <https://www.scopus.com/authid/detail.url?authorId=57200080354>

Психологические и социальные барьеры при формировании комплаентности у инфицированных вирусом иммунодефицита человека, уклоняющихся от диспансерного наблюдения и лечения

Аннотация. Статья посвящена исследованию психологических и социальных барьеров в формировании комплаентности у лиц, живущих с вирусом иммунодефицита человека и уклоняющихся от диспансерного наблюдения в специализированном медицинском учреждении на территории Республики Бурятия. В исследовании рассмотрены наиболее устойчивые и часто встречающиеся социально-демографические характеристики, такие как пол, возраст, семейное положение, социальное окружение, образование, трудовая занятость, уровень доходов, принадлежность к уязвимым группам. Выделены субъективные и

объективные факторы, способствующие формированию уклоняющегося поведения у пациентов. Пациенты, уклоняющиеся от антиретровирусной терапии, были представлены преимущественно пациентами средней возрастной группы, не состоящими в официальном браке, с невысоким образовательным уровнем, безработные, во многих случаях с сознательным отказом от трудовой занятости. Частыми мотивами непосещения специализированного учреждения и уклонения от лечения являлись чувство стыда и вины, которые формировали уклоняющееся поведение и нежелание посещать специализированный медицинский центр, а также склонность к самоизоляции и самостигматизации. К объективным факторам можно отнести территориальную отдаленность медицинского учреждения, необходимость ожидания в очередях с опасением встретить знакомых лиц, что свидетельствует о необходимости дальнейшего совершенствования организационных форм оказания медицинской помощи этой категории больных. Негативное влияние на комплаентность пациентов оказывала употребление ими психоактивных веществ. Из личностных особенностей, способствующих уклоняющимся формам поведения, можно выделить эмоциональную неустойчивость, недостаточность волевых качеств. Анализ данных показал, что при планировании терапии необходимо учитывать психологические и социальные особенности пациентов, а также проводить качественное консультирование и предоставление психологической помощи. Это может существенно повысить эффективность дальнейшего диспансерного наблюдения и лекарственной терапии, что, в свою очередь, поможет защитить пациентов и их близких. Делается вывод, что данная проблема требует дальнейшего, более глубокого изучения.

Ключевые слова: комплаентность; вирус иммунодефицита человека; лица живущие с вирусом иммунодефицита человека; интервью; уклонение от диспансерного наблюдения; уклонение от терапии; психологические барьеры; социальные барьеры; антиретровирусная терапия

Введение

Исследователями описан широкий спектр девиаций поведения и психических расстройств у лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) [1–3]. Как нозологическая единица ВИЧ-инфекция имеет свои исключительные особенности. С одной стороны, от момента инфицирования больного до появления вторичных проявлений снижения защитной функции иммунитета проходит довольно долгий период относительного соматического, неврологического и психопатологического благополучия. С другой стороны, ВИЧ-положительный статус приводит к усложнению социального положения пациента непосредственно после получения информации об инфицировании. Сам факт выявления ВИЧ способствует развитию невротических и даже психотических расстройств, так как больные часто воспринимают известие о болезни как «смертный приговор», а переживания вследствие затяжного психологического стресса по поводу заражения ВИЧ часто способствуют возникновению депрессий с суицидальными мыслями и попытками [4; 5]. У таких больных происходят нарушение привычного круга общения и частые конфликты с близкими [6–8]. Психогению усиливает также то обстоятельство, что в силу сложившегося общественного мнения факт инфицирования ВИЧ связан с социально стигматизирующими видами поведения, такими как наркомания, алкоголизм, гомосексуализм и беспорядочные половые связи [9]. Помимо того, что депрессивные симптомы могут появляться как ответная реакция на личности постановку диагноза ВИЧ-инфекции, есть также доказательства того, что прогрессирующая ВИЧ-инфекция непосредственно увеличивает риск развития депрессии в силу непосредственного соматогенного влияния на центральную нервную систему [10]. Такие симптомы депрессии, как апатия, отсутствие интереса к жизни, снижение навыков самообслуживания и потеря концентрации внимания, могут привести к тому, что пациенты

игнорируют лечение и не посещают врача, что в свою очередь, может способствовать прогрессированию заболевания и опосредованно — увеличению смертности больных примерно в 2 раза [6]. Распространенность тревожных расстройств при ВИЧ оценивается примерно в 38 % [11]. Исследование ВИЧ-положительной популяции выявило диагноз генерализованного тревожного расстройства у 15,8 % обследованных, панического расстройства — у 10,5 % больных, сочетание генерализованного тревожного и панического расстройства наблюдалось у 5 % пациентов [12]. У ВИЧ-инфицированных пациентов тревога связана со значительным негативным влиянием на субъективное качество жизни [13]. Изучение тревожных расстройств и депрессии в выборке взрослых пациентов показало, что количество симптомов ВИЧ при постановке диагноза является значимым предиктором тревожных расстройств и дистимии. К сожалению, даже рано начатая антиретровирусная терапия не уменьшала риска какого-либо из этих состояний. В многомерном анализе было установлено, что у ВИЧ-инфицированных пациентов с симптомами тревоги более чем в 5 раз повышен риск отказа от лечения [14]. Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) более распространено среди ВИЧ-инфицированного населения, чем среди населения в целом [15]. При наличии посттравматического стрессового расстройства также замечено более быстрое прогрессирование ВИЧ-инфекции и клинической картины синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД) [16]. ПТСР у пациентов с ВИЧ был связан с повышенным на 48 % риском несоблюдения назначенной лекарственной терапии [14]. Нарушения комплаентности вызывали также такие факторы, как зависимость от психоактивных веществ, расстройства личности, пренебрежение общественными нормами поведения, что ограничивало возможность оказания им полноценной медицинской помощи. Поведение, связанное с зависимостью от наркотиков, многократно увеличивает риск заражения ВИЧ и неадекватного отношения к терапии, а также повышает вероятность участия в «сексе высокого риска». Социально незащищенные слои населения, инфицированные ВИЧ, также получают медицинскую помощь в недостаточном объеме [6]. Актуальность проблемы некомплаентности ВИЧ-инфицированных определяется также тем, что отсутствие у пациентов приверженности к антиретровирусной терапии приводит к формированию более устойчивых форм вируса, влечет за собой возрастание смертности, усложнение схемы лечения и возрастание её стоимости. Антиретровирусная терапия (АРВТ), начав широко применяться в конце 1980-х годов, ознаменовала значительный прорыв в лечении вируса иммунодефицита человека, дала надежду на продление жизни многим больным. Однако существует необходимость в продолжительном применении данной терапии, и прекращение ее приема может привести к возобновлению активного размножения ВИЧ. Одной из слабых сторон АРВТ можно назвать, тот факт, что при нерегулярном приеме лекарств вирус приобретает устойчивость к данным препаратам [17]. Эффективность лечения ВИЧ в большей степени зависит от того, насколько добросовестно и точно пациент выполняет назначения, чем от свойств противовирусных препаратов. Таким образом, АРВТ своим появлением необычайно остро актуализировала проблему комплаентности, а выявление причин («барьеров»), влияющих на нее у «людей, живущих с ВИЧ» (ЛЖВ), стало очень важной задачей. Изучение барьеров для групп ЛЖВ, уклоняющихся от диспансерного наблюдения, является ключом к выработке рекомендаций, для работников специализированных медицинских учреждений, по возвращению указанных групп ЛЖВ на диспансерное наблюдение и прием АРВТ.

Выделяют следующие типы барьеров:

- индивидуальные барьеры — пол, возраст, семейное положение, потребление психоактивных веществ (особенно парентерально), уровень образования и доходов, социальный статус, самостигматизация;

- социально-психологические барьеры — общественная дискриминация и стигматизация, наличие местных сообществ и их возможности, предпочтения в религиозной и культурной сферах, доступ к информации и осведомленность целевых групп, общественная позиция по онтогенезу к особо уязвимым группам населения;
- структурные и системные барьеры — законы и политика (гражданство, ущемление или ограничение прав особо уязвимых групп), нормативно-правовая база, в том числе особенности оказания помощи особо уязвимым группам населения, сама система оказания помощи и поддержки, географическая доступность, система государственной поддержки, привязка к гражданству и месту жительства (регистрации), эпидемиологический надзор, лабораторный потенциал, дискриминация и стигматизация в сфере здравоохранения, конфиденциальность, финансовые издержки ЛЖВ (прямые и косвенные), влияние правоохранительных органов и другие¹.

Материал, предмет и цель исследования

Проблема комплаентности ЛЖВ является актуальной в Республике Бурятия (РБ). Всего на территории РБ с начала регистрации ЛЖВ в 1990 г. по настоящее время с нарастающим итогом насчитывается 880 человек, уклоняющихся от диспансерного наблюдения и лечения. Пациенты с ВИЧ-инфекцией, уклоняющиеся от лечения, являются весьма трудным объектом для всестороннего изучения, поэтому на первом этапе было проведено пилотажное исследование 17 человек, относящихся к данной группе пациентов. Предметом исследования явилось установление устойчивых взаимосвязанных характеристик, являющихся причиной формирования некомплаентности у ВИЧ-инфицированных. С целью изучения факторов, оказывающих негативное влияние на комплаентность ВИЧ-инфицированных пациентов и определения направлений оптимизации антиретровирусной терапии были изучены социальные и индивидуально-психологические характеристики пациентов.

Методы

В ходе исследования были использованы материалы по оценке барьеров, разработанные НРОО «Гуманитарный проект» в 2019 г.² Сбор данных проводился путем проведения стандартизованного интервью с представителями целевых групп в течение 2022–2023 гг. на территории РБ. В опросе приняло участие 17 респондентов. Интервью бралось только у тех, кто дал согласие принять участие в исследовании. Помимо стандартизованного интервью применялся пятифакторный личностный опросник «Большая пятерка» («Big Five»). В контексте исследования был проведен дескриптивный (описательный) анализ наиболее устойчивых и часто встречающихся социально-демографических характеристик, таких как пол, возраст, семейное положение, наличие иждивенцев, число людей в домохозяйствах, образование, наличие работы, уровень доходов, место жительства и миграция. Дополнительно рассмотрены медико-социальные характеристики, такие как принадлежность к уязвимым

¹ Оценка барьеров [Электронный ресурс] // НРОО «Гуманитарный проект», 2019. URL: <https://human.org.ru/barriers-2/> (дата обращения: 15.03.2023).

² Как организовать и провести оценку барьеров при получении услуг в связи с ВИЧ силами сообщества. Руководство для общественных организаций и активистов, работающих в сфере профилактики ВИЧ-инфекции [Электронный ресурс] // НРОО «Гуманитарный проект», 2019. URL: <https://drive.google.com/open?id=1ZCpyQDfg3h17n8przS8h-uVLPoktwqcb/> (дата обращения: 15.03.2023).

группам в прошлом и настоящем. Результаты исследования по пятифакторному опроснику обрабатывались посредством статистического модуля Microsoft Excel 2003.

Результаты и обсуждение

Так среди респондентов оказалось: 53 % (9)³ мужчин и 47 % (8) женщин. Большинство респондентов, входят в возрастную группу 36–40 лет — 29,4 % (5) и 46 лет и старше — 29,4 % (5), далее группа 41–45 лет — 17,7 % (3), 31–35 лет — 11,8 % (2) и замыкают группы 21–25 лет и 26–30 лет — по 5,9 % (1) в каждой (рис. 1). Максимальный возраст составил 58 лет, минимальный — 25 лет, средний — 40,3 года. Модальный (наиболее часто встречающийся) возраст — 36 лет. Фактическое семейное положение распределилось следующим образом: находящиеся в гражданском (незарегистрированном) браке — 35,3 % (6), не женатые/не замужние — 17,7 % (3), женатые/замужние (в зарегистрированном браке) — 17,7 % (3), разведенные — 17,7 % (3), вдовцы/вдовы — 11,6 % (2). Наличие несовершеннолетних иждивенцев — 29,4 % (5), взрослых иждивенцев — 35,3 % (6) и не имеют на попечении иждивенцев — 52,9 % (9) опрошенных, причем 17,7 % (3) имеют в домохозяйстве и взрослых и несовершеннолетних иждивенцев. По числу людей в домохозяйствах результаты поделились следующим образом: 2–3 человека — 58,8 % (10), 4–5 человек — 23,5 % (4) и 1 человек — 17,7 % (3).

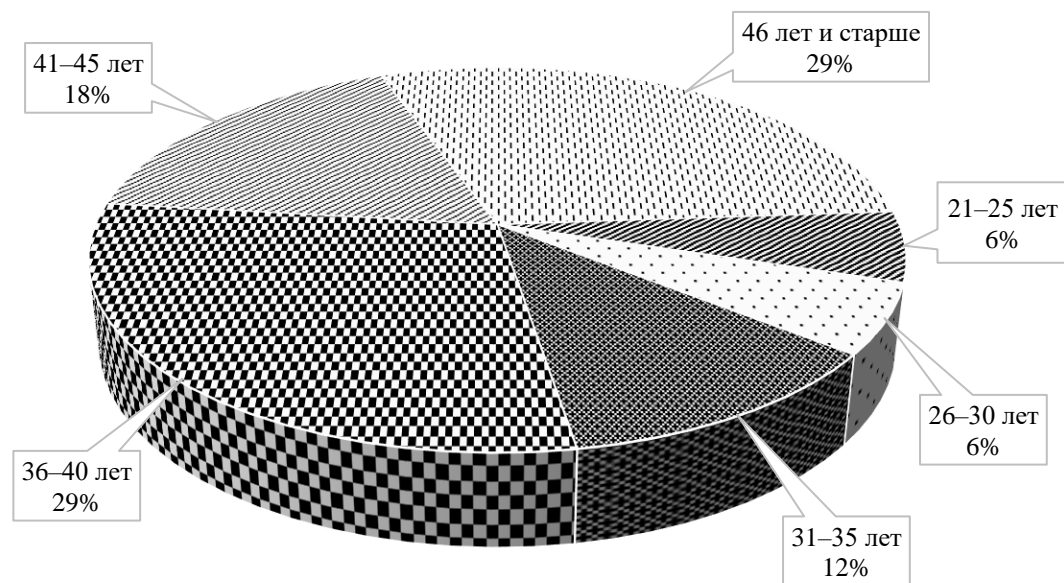


Рисунок 1. Возрастные группы (составлено авторами)

Большинство опрошенных имеют среднее специальное (колледж, техникум) образование — 47,6 % (8), далее идет высшее или магистратура (5–6 лет обучения в ВУЗе) — 23,5 % (4), неполное высшее или бакалавриат (1–4 года обучения в ВУЗе) и начальное профессиональное (лицей, профессиональное училище) — по 11,8 % (2), среднее общее (9–11 классов школы) образование — 5,8 % (1). Трудовой статус: имеют постоянную работу — 35,3 % (6), непостоянную — 35,3 % (6) и 29,4 % (5) не имеют в настоящее время работы. К особо уязвимым группам, в прошлом относили себя 58,9 % (10) респондентов, в том числе: люди, употребляющие наркотики — 29,4 % (5), люди, имеющие инвалидность — 11,8 % (2); люди, проживающие в сельской местности — 5,9 % (1); люди, вовлеченные в коммерческий

³ В скобках указано абсолютное количество пациентов.

секс — 5,9 % (1) и мужчины, имеющие гомосексуальные связи — 5,9 % (1). В настоящее время с особо уязвимыми группами себя ассоциируют 23,6 % (4) респондентов: люди, проживающие в сельской местности — 11,8 % (2); мужчины, имеющие гомосексуальные связи — 5,9 % (1) и люди без регистрации по месту жительства, так же — 5,9 % (1). Период жизни респондентов, с момента получения положительного диагноза на ВИЧ и до настоящего времени: менее 1 года — 29,4 % (5); более 4, но менее 10 лет — 23,5 % (4); 10 лет и более — 23,5 % (4); более 1 года, но менее 2 лет — 17,7 % (3); более 2, но менее 4 лет — 5,9 % (1).

Важными факторами влияния на психическое и физическое здоровье ЛЖВ являются самостигма и самодискриминация, относящиеся к индивидуальным психологическим барьерам, которые приводят к негативным последствиям, как для самих ЛЖВ, так и для людей из их окружения. На вопросы посвященных самостигме респонденты ответили следующим образом: чувство стыда испытывали 88,2 % (15) опрошенных; чувство вины — 76,5 % (13); обвиняли себя — 70,6 % (12); обвиняли других — 100 %; неуважение к себе испытывали — 47,1 % (8); испытывали чувство, что должны быть наказаны — 23,5 % (4); желание причинить себе вред, покончить с собой — 35,3 % (6). По самодискриминации результаты опроса расположились следующим образом: изолировались от своей семьи, друзей — 47,1 % (8); приняли решение отказаться/прекратить работать — 41,2 % (7); отказались от образования, обучения — 5,9 % (1); решили не вступать в брак — 23,5 % (4); решили не иметь сексуальных контактов — 64,7 % (11); решили (больше) не иметь детей — 47,1 % (8); избегали обращения за помощью — 76,5 % (13).

Одним из немаловажных системных барьеров является вопрос качества предоставления информации на начальном этапе. В связи с этим необходимо понять оказывало ли влияние на последующее уклонение от диспансерного наблюдения место тестирования на ВИЧ, проведение / не проведение до-тестового и после-тестового консультирования, а также получение информации о лечении ВИЧ.

По результатам интервью выяснились места тестирования на ВИЧ: самая большая доля опрошенных проходила тестирование в стационарных условиях — 29,4 % (5), далее все по 11,8 % (2): в мобильном пункте профилактики; поликлинике (амбулатории); наркологическом диспансере; СПИД-центре; женской консультации; учреждениях УФСИН. До-тестовое консультирование проводилось в 41,2 % (7) случаев, не проводилось — 35,3 % (6), затруднились ответить — 23,5 % (4). После-тестовое консультирование проводилось в 53 % случаев, не проводилось — 23,5 % (4), затруднились ответить — 23,5 % (4). Получили информацию что есть лечение — 70,6 % (12), получили информацию, что означает лечение — 64,7 % (11), не получили информацию — 11,6 % (2), затруднились ответить — 11,6 % (2). В качестве причин, по которой респонденты не наблюдаются в СПИД-центре чаще всего называлась боязнь разглашения диагноза — 46,2 % (7), далее идет, то что респонденты не сочли это необходимым — 30,7 % (5) и замыкает список причин, ответ «нет возможности посетить СПИД-центр» — 23,1 % (4). Из обоснований почему респонденты не могут посетить СПИД-центр: «неудобно добираться» — 30 % (5); «неудобный режим работы СПИД-центра» — 10 % (2); «не с кем оставить ребенка (детей)» — 10 % (2); «есть зависимость (алкоголь, наркотики)» — 10 % (2); «нет денег на транспорт» — 10 % (2) и 30 % (5) — другие причины, среди которых «не хотел», «хорошо себя чувствую» и «боюсь встретить знакомых». Среди сложностей при посещении СПИД-центра опрошенные называли, однократно: долгое ожидание своей очереди на прием — 23,5 % (4); осуждение, неуважение со стороны персонала — 11,8 % (2); невозможность сдать нужные анализы — 11,8 % (2) и отсутствие записи на прием к нужному врачу — 5,9 % (1). Сложности, имевшие место быть неоднократно: долгое ожидание своей очереди на прием — 64,7 % (11), отсутствие записи на прием к нужному врачу — 5,9 % (1). Сдача анализов по направлению, которое выписал врач происходила в 52,9 % (9) случаев, в остальных случаях среди причин назывались: «Не считали, что это необходимо» — 37,5 %

(6); «Боялись разглашения информации» — 25 % (4); «Не могли добраться до СПИД-центра» — 25 % (4); «Неудобно время работы процедурного кабинета» — 12,5 % (2).

С целью более глубокого изучения базовых черт личности применялся пятифакторный личностный опросник «Большая пятерка» («Big Five»), разработанный МакКрэе и Коста в 1983–1985 годах, адаптированный в России и широко применяющийся в отечественных исследованиях, в том числе на лицах с хроническими инфекциями [18]. Данная диагностика (табл. 1) была проведена только у лиц, находящихся на стационарном лечении. Причем, из семи согласившихся на диагностику до конца прошли только трое. Влияние на отказ от исследования оказали в некоторых случаях утомляемость и тяжесть состояния пациентов. Также нужно принимать во внимание, тот факт, что исследуемые ЛЖВ, уклоняющиеся от диспансерного наблюдения, являются труднодоступной для исследования группой.

Таблица 1

Соотношение факторов в исследуемой группе, %

Факторы	Очень низкий 1	Низкий 2	Средний 3	Высокий 4	Очень высокий 5
E — Extraversion (экстраверсия — интроверсия)	0	0	66,7 (2)	33,3 (1)	0
A — Agreeableness (привязанность — обособленность)	0	0	66,7 (2)	33,3 (1)	0
C — Conscientiousness (самоконтроль — импульсивность)	0	33,3 (1)	33,3 (1)	33,3 (1)	0
N — Neuroticism (эмоциональная устойчивость — эмоциональная неустойчивость)	0	0	33,3 (1)	0	66,7 (2)
O — Openness (экспрессивность — практичность)	0	33,3 (1)	66,7 (2)	0	0

Составлено авторами

Средний уровень (E — 3 балла) по показателям «экстраверсия — интроверсия» был зафиксирован у 66,7 %, высокий (E — 4 балла) — у 33,3 % (1). Средний уровень свидетельствует об амбивертности 66,7 % исследуемых и означает сочетание двух психотипов, хорошо переносящих изоляцию и нахождение в социуме. Высокий уровень выявлен у 33,3 % (1), что указывает на импульсивность, общительность, оптимистичность. Аналогичные результаты были обнаружены и в факторе «А согласие», отвечающем за обособленность/привязанность (A — 3 балла) — 66,7 % (2) и (A — 4 балла) — 33,3 % (1). Средние показатели в 66,7 % (2) указывают на то, что лица, из данной категории держатся независимо, но учитывают интересы группы, а для 33,3 % (1) присуща доброжелательность, сопереживание, высокий уровень социализации и терпимость к недостаткам других людей. Фактор «С добросовестность» показал равномерно распределенные результаты в низком (C — 2 балла), среднем (C — 3 балла) и высоком (C — 4 балла) уровнях — по 33,3 % (1) каждый. То есть в наличии ситуация, когда присутствуют все типы: люди со средним показателем самоконтроля/импульсивности способные к целенаправленной деятельности, с высоким уровнем — проявляющие волевою регуляцию поведения и с низким уровнем — редко проявляющие в повседневной жизни волевые качества. Эмоциональная устойчивость, определяемая фактором «N нейротизм» наибольший результат, продемонстрировала при очень высоком (N — 5 баллов) уровне — 66,7 % (2), на среднем (N — 3 балла) уровне — 33,3 % (1). Особо стоит отметить, что исключительно в данном факторе имеются экстремальные значения — очень высокие показатели в 66,7 % (2) случаев, характеризующие лиц, импульсивных, неспособных к контролю за своими эмоциями, неуверенностью в своих силах. 33,3 % (1) случаев в группе со средним уровнем выраженности — характеризующей людей с эмоционально устойчивых. Значения фактора «O открытость опыту», отвечающего за практичность/экспрессивность пациентов распределились следующим образом: средний (O — 3 балла) уровень — 66,7 % (2); низкий (O — 2 балла) — 33,3 % (1). Данный фактор

характеризует поиск нового жизненного опыта и исследовательский интерес к нему. Низкие показатели свидетельствуют о некоторой безответственности личности.

Заключение

Таким образом, пациенты, уклоняющиеся от АРВТ представлены преимущественно пациентами средней возрастной группы, не состоящие в официальном браке, с невысоким образовательным уровнем и безработные, во многих случаях с сознательным отказом от трудовой занятости. Частыми мотивами непосещения специализированного учреждения и уклонения от лечения ВИЧ-инфекции являлись чувство стыда и вины, которые формировали уклоняющееся поведение и нежелание посещать СПИД-центр и склонность к самоизоляции и самостигматизации. К объективным факторам можно отнести территориальная отдаленность медицинского учреждения, необходимость ожидания в очередях с опасением встретить знакомых лиц, что свидетельствует о необходимости дальнейшего совершенствования организационных форм оказания медицинской помощи этой категории больных. Негативное влияние на комплаентность пациентов оказывала употребление ими психоактивных веществ. Из личностных особенностей, способствующих уклоняющимся формам поведения, можно выделить эмоциональную неустойчивость, недостаточность волевых качеств. Исходя из полученных данных, можно сделать вывод, что требуется учитывать базовые психологические и социальные особенности пациентов, оказывать психологическую помощь и проводить качественное до-тестовое консультирование обследуемых и после-тестовое консультирование пациентов при получении положительного серологического статуса. В дальнейшем это может повлиять на эффективное решение в отношении своих последующих действий, таких как регулярное диспансерное наблюдение, комплаентность к препаратам АРВТ, и тем самым защитить себя и свое ближайшее окружение. Вместе с тем, небольшой характер изученной выборки не позволяет сделать более широкие обобщения, и данная проблема требует дальнейшего, более глубокого изучения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Gray R. A review of the literature on HIV infection and schizophrenia: implications for research, policy and clinical practice / R. Gray, E. Brewin, J. Noak, J. Wyke-Joseph, B. Sonik — DOI: 10.1046/j.1365-2850.2002.00511.x // J. Psychiatr. Ment. Health Nurs. — 2002 Aug. — V. 9. — № 4. — P. 405–409.
2. Незнанов Н.Г. Распространённость и характер психических расстройств у ВИЧ-инфицированных больных С.-Петербурга / Н.Г. Незнанов, Н.Б. Халезова // Психические расстройства в общей медицине. — 2007. — № 2. — С. 14–17.
3. David A.S. Lishman's Organic Psychiatry: A Textbook of Neuropsychiatry, 4th Edition / A.S. David, S. Fleminger, M.D. Kopelman, S. Lovestone, J. Mellers. — Oxford: Wiley-Blackwell Publishing Ltd., 2012. — 952 p.
4. Hutton H.E., Lyketsos C.G., Zenilman J.M., Thompson R.E., Erbeding E.J. Depression and HIV risk behaviors among patients in a sexually transmitted disease clinic / H.E. Hutton, C.G. Lyketsos, J.M. Zenilman, R.E. Thompson, E.J. Erbeding — DOI: 10.1176/appi.ajp.161.5.912. // Am. J. Psychiatry. — 2004 May. — V. 161. — № 5. — P. 912–914.

5. Jin H. Depression and suicidality in HIV/AIDS in China / H. Jin, J.H. Atkinson, X. Yu, R.K. Heaton, C. Shi, T.P. Marcotte, C. Young, J. Sadek, Z. Wu, I. Grant; HNRC China collaboration group — DOI: 10.1016/j.jad.2006.04.013 // *J. Affect. Disord.* — 2006 Aug. — V. 94. — № 1–3. — P. 269–275.
6. Hammond E. HIV and psychiatric illness / E. Hammond, G.J. Treisman // *Psychiatric Times.* — 2007. — V. 24. — № 14. — P. 57–58.
7. Treisman G.J. Psychiatric issues in the management of patients with HIV infection / G.J. Treisman, A.F. Angelino, H.E. Hutton — DOI: 10.1001/jama.286.22.2857 // *JAMA.* — 2001. — № 22. — P. 2857–2864.
8. Helleberg M. Associations between HIV and schizophrenia and their effect on HIV treatment outcomes: a nationwide population-based cohort study in Denmark / M. Helleberg, M.G. Pedersen, C.B. Pedersen, P.B. Mortensen, N. Obel — DOI: 10.1016/S2352-3018(15)00089-2 // *Lancet HIV.* — 2015. — V. 2. — № 8. — P. 344–350.
9. Бородкина О.Д. Аддиктивное поведение у ВИЧ-инфицированных / О.Д. Бородкина, Т.Е. Евдокимова, Б.А. Смаков, С.П. Иванова // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии.* — 2004. — № 4. — С. 32–34.
10. Marneros A. Affektive, Schizoaffektive und Schizophrene Psychosen: Eine Vergleichende Langzeitstudie / A. Marneros, A. Deister, A. Rohde. — Berlin, New York: Springer Verlag, 2013. — 454 p.
11. Elliott A. Anxiety and HIV infection / A. Elliott // *STEP Perspect.* — 1998. — V. 98. — № 1. — P. 11–14.
12. Bing E.G. Psychiatric disorders and drug use among human immunodeficiency virus-infected adults in the United States / E.G. Bing, M.A. Burnam, D. Longshore, J.A. Fleishman, C.D. Sherbourne, A.S. London, B.J. Turner, F. Eggan, R. Beckman, B. Vitiello, S.C. Morton, M. Orlando, S.A. Bozzette, L. Ortiz-Barron, M. Shapiro — DOI: 10.1001/archpsyc.58.8.721 // *Arch. Gen. Psychiatry.* — 2001 — № 8. — P. 721–728.
13. Sherbourne C.D. Impact of psychiatric conditions on health-related quality of life in persons with HIV infection / C.D. Sherbourne, R.D. Hays, J.A. Fleishman, B. Vitiello, K.M. Magruder, E.G. Bing, D. McCaffrey, A. Burnam, D. Longshore, F. Eggan, S.A. Bozzette, M.F. Shapiro — DOI: 10.1176/appi.ajp.157.2.248 // *Am. J. Psychiatry.* — 2000. — № 2. — P. 248–254.
14. Nilsson Schönnesson L. Factors associated with suboptimal antiretroviral therapy adherence to dose, schedule, and dietary instructions / L. Nilsson Schönnesson, M.L. Williams, M.W. Ross, G. Bratt, B. Keel — DOI: 10.1007/s10461-006-9160-0 // *AIDS Behav.* — 2007. — № 2. — P. 175–183.
15. Boarts J.M. The differential impact of PTSD and depression on HIV disease markers and adherence to HAART in people living with HIV / J.M. Boarts, E.M. Sledjeski, L.M. Bogart, D.L. Delahanty — DOI: 10.1007/s10461-006-9069-7 // *AIDS Behav.* — 2006. — № 3. — P. 253–261.
16. Delahanty D.L. Posttraumatic stress disorder symptoms, salivary cortisol, medication adherence, and CD4 levels in HIV-positive individuals / D.L. Delahanty, L.M. Bogart, J.L. Figler — DOI: 10.1080/09540120410001641084 // *AIDS Care.* — 2004. — V. 16. — № 2. — P. 247–260.

17. Анохин В.А. Приверженность пациента к антиретровирусной терапии / В.А. Анохин, В.Д. Менделевич, Д.А. Бикмухаметов, М.В. Макарова, О.М. Романенко, Л.И. Бадриева, Ю.Г. Юденков, Р.Р. Таипова // Казанский медицинский журнал. — 2007. — № 4. — С. 305–310.
18. Любаева Е.В. Роль индивидуальных психологических характеристик пациентов в формировании приверженности терапии туберкулеза и ВИЧ / Е.В. Любаева, С.Н. Ениколопов // Консультативная психология и психотерапия. — 2011. — № 2. — С. 111–127.

Batueva Natalia Grigorievna

«Republican Neuropsychiatric Dispensary» of the Ministry of Health of the Republic of Buryatia, Ulan-Ude, Russia
E-mail: batueva@yandex.ru
RSCI: https://elibrary.ru/author_profile.asp?id=842452

Sodnomova Indira Viktorovna

Dorzhi Banzarov Buryat State University, Ulan-Ude, Russia
E-mail: star-777@yandex.ru
RSCI: https://elibrary.ru/author_profile.asp?id=1142664

Berezantsev Andrey Yurievich

F.A. Usoltsev Central Clinical Psychiatric Hospital, Moscow, Russia
E-mail: berintend@yandex.ru
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1985-7894>
RSCI: https://www.elibrary.ru/author_profile.asp?id=219342
WoS: <https://www.webofscience.com/wos/author/rid/AAG-6453-2021>
SCOPUS: <https://www.scopus.com/authid/detail.url?authorId=57200080354>

Psychological and social barriers in the formation of compliance in people infected with the human immunodeficiency virus who evade dispensary observation and treatment

Abstract. The article is devoted to the study of psychological and social barriers in the formation of compliance in persons living with the human immunodeficiency virus and evading dispensary observation in a specialized medical institution in the Republic of Buryatia. The study examines the most stable and frequently encountered socio-demographic characteristics, such as gender, age, marital status, social environment, education, employment, income level, belonging to vulnerable groups. Subjective and objective factors contributing to the formation of evasive behavior in patients are highlighted. Patients who evaded antiretroviral therapy were represented mainly by patients of the middle age group, who were not officially married, with a low educational level, unemployed, in many cases with a conscious refusal of employment. Frequent reasons for not visiting a specialized institution and avoiding treatment were feelings of shame and guilt, which formed evasive behavior and unwillingness to visit a specialized medical center, as well as a tendency to self-isolation and self-stigma. Objective factors include the territorial remoteness of the medical institution, the need to wait in queues with fear of meeting familiar faces, which indicates the need for further improvement of organizational forms of medical care for this category of patients. The use of psychoactive substances had a negative impact on the compliance of patients. Of the personal characteristics that contribute to evasive forms of behavior, one can distinguish emotional instability, lack of volitional qualities. The analysis of the data showed that when planning therapy, it is necessary to take into account the psychological and social characteristics of patients, as well as to conduct quality counseling and provide psychological assistance. This can significantly increase the effectiveness of further clinical observation and drug therapy, which, in turn, will help protect patients and their loved ones. It is concluded that this problem requires further, more in-depth study.

Keywords: compliance; human immunodeficiency virus; persons living with human immunodeficiency virus; interviews; evasion from dispensary observation; evasion from therapy; psychological barriers; social barriers; antiretroviral therapy