ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И ВИЧ/СПИД

ТЕХНИЧЕСКИЙ ОБЗОР

AIDSTAR-One
AIDS SUPPORT AND TECHNICAL ASSISTANCE RESOURCES

ДЕКАБРЬ 2009
Данная публикация подготовлена в рамках Проекта AIDSTAR-One, Сектор I, Техническое задание 1, согласно контракту с Агентством США по международному развитию (USAID) № GHH-I-00–07–00059–00, финансирование от 31 января 2008 г.

Проект по ресурсам поддержки и технической помощи по СПИДу

Проект по ресурсам поддержки и технической помощи по СПИДу, Сектор I, Техническое задание 1 (AIDSTAR-One) финансируется Агентством США по международному развитию согласно контракту № GHH-I-00–07–00059–00, финансирование от 31 января 2008 г. Проект AIDSTAR-One реализуется компанией John Snow Inc. в сотрудничестве с такими организациями, как Broad Reach Healthcare, Encompass, LLC, International Center for Research on Women, MAP International, Mothers 2 Mothers, Social and Scientific Systems, Inc., University of Alabama at Birmingham, the White Ribbon Alliance for Safe Motherhood и World Education. Проект оказывает техническую поддержку Департаменту по ВИЧ/СПИДу и территориальным представительствам Правительства США, а также предоставляет технические ресурсы и помощь в стабильном внедрении, стратегическом планировании и реализации программ.

Выражение благодарности:

Благодарим техническую рабочую группу PEPFAR по вопросам ухода и поддержки (сопредседатели: Джон Пален, USAID и Джон Каплан, CDC) за техническую и финансовую поддержку данного исследования.

Рекомендации по цитированию:

Гутманн, Мэри и Эндрю Фуллем. 2009. *Психическое здоровье и ВИЧ/СПИД.* Арлингтон, Вирджиния: USAID, Проект по ресурсам поддержки и технической помощи по СПИДу (AIDSTAR-One), Техническое задание 1.

Мнение автора, содержащееся в настоящей публикации, может не совпадать со взглядами Агентства США по международному развитию и Правительства США.

AIDSTAR-One
John Snow, Inc.
1616 Fort Myer Drive, 11th Floor
Arlington, VA 22209 USA0
Phone: 703-528-7474
Fax: 703-528-7480
E-mail: info@aidstar-one.com
Internet: aidstar-one.com

ВВЕДЕНИЕ

Хотя единого определения психического здоровья не существует, Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет психическое здоровье как «состояние благополучия, при котором каждый человек может реализовать свой собственный потенциал, справляться с обычными жизненными стрессами, продуктивно и плодотворно работать, а также вносить вклад в жизнь своего сообщества». Это не просто отсутствие психических расстройств, но и «основа благополучия и эффективного функционирования человека и сообщества» (WHO 2007a).

Решение проблем психического здоровья, возникающих у людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), является ключевым компонентом комплексного подхода к уходу и поддержке ЛЖВ. По оценкам, показатели распространенности депрессивных состояний среди ЛЖВ существенно отличаются и могут составлять от 20% до 48% среди ЛЖВ в странах с высоким доходом (Berg et al. 2007) и достигать 72% в странах с ограниченными ресурсами (Adewuya et al. 2007). Психические заболевания также могут быть фактором риска инфицирования ВИЧ, провоцируя изменения сознания и рисковое поведение (Collins et al. 2006; Smit et al. 2006). Несмотря на высокую распространенность психических расстройств, связанных с ВИЧ-инфекцией, имеющиеся данные говорят о недостаточном уровне диагностики и лечения психических заболеваний среди ЛЖВ (WHO 2001). Существует необходимость в комплексных мерах, направленных на формирование систем с целью обеспечения всего спектра услуг по уходу, лечению и поддержке, включая услуги в сфере психического здоровья, для людей, которые живут с ВИЧ-инфекцией и которых затронула данная проблема. Это особенно важно для стран с ограниченными ресурсами, которые характеризуются наибольшей распространенностью эпидемии.

Целью настоящего технического обзора является анализ ключевых проблем психического здоровья в сфере ухода и поддержки для ЛЖВ, а также формирование базы для интеграции услуг, направленных на поддержание психического здоровья, в комплекс непрерывного ухода в связи с ВИЧ. Данный документ был разработан для того, чтобы помочь Правительству США, а также лицам, планирующим и реализующим национальные программы, разрабатывать, планировать и внедрять услуги, направленные на поддержание психического здоровья, в рамках комплексного подхода к уходу и поддержке для ЛЖВ и их семей.

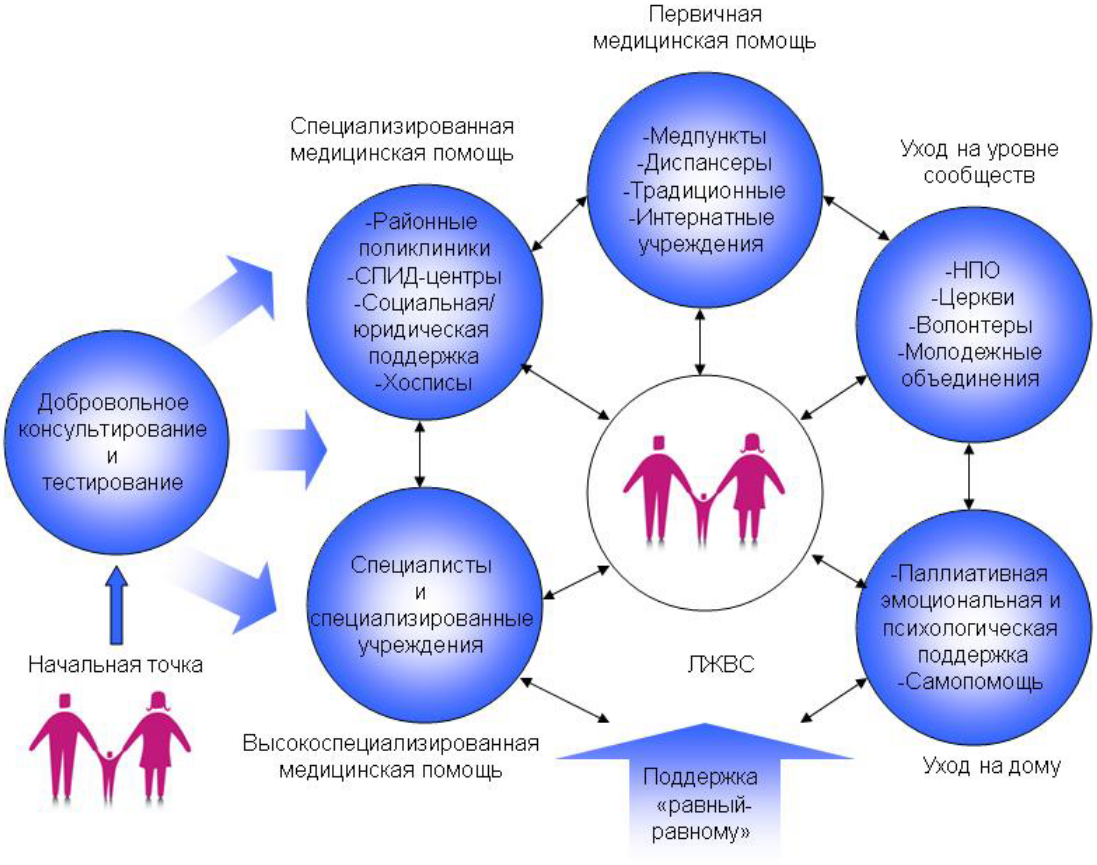
Информация, представленная в настоящем обзоре, была получена путем анализа опубликованной и неопубликованной литературы по вопросам психического здоровья в контексте ВИЧ/СПИД, а также в ходе обсуждения с директорами программ Project Accept, Academic Model for Prevention and Treatment of HIV/AIDS (AMPATH) и Peter Alderman Foundation.

ПРОГРАММНЫЕ ФАКТОРЫ

С появлением антиретровирусной терапии (АРТ) и высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) многие ЛЖВ получили возможность вести относительно полноценную и активную жизнь на протяжении многих лет. Признавая то, что ЛЖВ и их семьи имеют различные эмоциональные, социальные, физические и духовные потребности, изменяющиеся в ходе их заболевания, ВОЗ и UNAIDS (UNAIDS 2000b) представили модель «непрерывного ухода», которая рассматривает ВИЧ как хроническое заболевание и описывает системы, обеспечивающие непрерывную и отвечающую потребностям поддержку в ходе лечения пациента и ухода за ним. Эта модель охватывает различные формальные и неформальные источники и уровни систем здравоохранения (см. Рисунок 1). Психическое здоровье и социально-психологическая поддержка являются ключевыми составляющими непрерывного ухода и должны представлять собой неотъемлемую часть

комплексных услуг на всех уровнях. В приведенных ниже разделах рассматриваются ключевые вопросы психического здоровья на отдельных стадиях непрерывного ухода, а также приводятся программные подходы на различных этапах лечения, которые являются перспективными в ответе на эти потребности. В Таблице 1 Приложения обобщаются ключевые психические расстройства и соответствующие интервенции на всех стадиях непрерывного ухода в связи с ВИЧ-инфекцией, на различных уровнях ухода за пациентом.

Рисунок 1
НЕПРЕРЫВНЫЙ УХОД В СВЯЗИ С ВИЧ



Источник: UNAIDS/ВОЗ 2000

Поддержание психического здоровья в рамках комплексных услуг по уходу и поддержке в связи с ВИЧ

Несмотря на растущее число доказательств потребностей ЛЖВ в поддержании психического здоровья, их психические и поведенческие расстройства часто не принимаются во внимание, и пациенты с такими расстройствами не получают соответствующего лечения (Baingana et al. 2005; WHO 2001). Не диагностированные проблемы психического здоровья, такие как депрессии, когнитивные расстройства и сопутствующие проблемы, такие как расстройства, обусловленные употреблением психоактивных веществ (зависимость, злоупотребление психоактивными веществами, интоксикация и синдром отмены), могут оказывать сильное воздействие на приверженность лечению, посещение медицинских учреждений и качество жизни пациента, а также могут влиять на динамику заболевания и провоцировать поведение, повышающее риск инфицирования ВИЧ (Berg et al. 2007; Ickovics et al. 2001; Hartzell et al.

2008; Leserman 2008). Принимая во внимание потенциальное влияние проблем психического здоровья на комплексный уход и поддержку ЛЖВ, важно знать о различных потребностях в сфере психического здоровья на различных этапах лечения для разработки интервенций и услуг, направленных на поддержку с целью удовлетворения указанных потребностей. Ниже рассматриваются ключевые вопросы психического здоровья, связанные с непрерывным уходом, и предлагаются перспективные методы работы и ресурсы, которые могут помочь лицам, разрабатывающим программы, в решении этих вопросов. В целях анализа непрерывный уход разделен на стадию, предшествующую АРТ, стадию АРТ, а также позднюю/терминальную стадию заболевания.

Стадия, предшествующая назначению АРТ

Начальной точкой непрерывного ухода за пациентом являются услуги консультирования и тестирования. Лица, получившие положительный результат теста на ВИЧ-инфекцию, должны быть направлены в центр профилактики и борьбы со СПИДом или в учреждение первичной медицинской помощи, предоставляющее услуги комплексного лечения и ухода ВИЧ. Такие услуги могут включать различные составляющие, в том числе диетическое питание, лечение распространенных оппортунистических инфекций (ОИ), профилактическое лечение туберкулеза и психологическую поддержку. Данная стадия ухода и поддержки может длиться многие годы и требует применения мультидисциплинарного подхода, а также тесной координации услуг на уровне медицинских учреждений и сообществ на всех стадиях ухода.

Ниже описывается ряд проблем психического здоровья, которые могут оказывать влияние на инициирование и осуществление ухода и поддержки ВИЧ-инфицированных пациентов с психическими расстройствами или сопутствующими нарушениями, связанными с употреблением психоактивных веществ.

- **Раннее выявление и диагностика психических расстройств и сопутствующих нарушений, связанных с употреблением психоактивных веществ:** Это важная составляющая комплексного подхода к уходу и поддержке для ЛЖВ, которая может способствовать более эффективному лечению, а также снижению риска дальнейшей передачи вируса по причине рискованного поведения. Перспективные методы и ресурсы для раннего выявления и лечения психических расстройств и сопутствующих нарушений, связанных с употреблением психоактивных веществ, описаны ниже в разделе, посвященном сопутствующим расстройствам.
- **Доступ к уходу:** Наличие психических расстройств и/или нарушений, связанных с употреблением психоактивных веществ, несет не только потенциальный риск инфицирования ВИЧ (Baingana et al. 2005; Collins et al. 2006; Solomon et al. 2008), но и риск не диагностированной ВИЧ-инфекции у пациентов с психическими расстройствами и/или нарушениями, связанными с употреблением психоактивных веществ, в условиях ограниченных ресурсов (Joska et al. 2005). Кроме того, такие пациенты с меньшей вероятностью имеют доступ к АРТ в случае диагностики ВИЧ-инфекции (Melo et al. 2006; Martinez et al. 2008). Причины такого ограниченного доступа являются комплексными и требуют применения специальных стратегий для расширения доступа к рутинному скрининговому обследованию на ВИЧ-инфекцию и направления пациентов с психическими расстройствами и/или нарушениями, связанными с употреблением психоактивных веществ, для получения ухода и поддержки (Parry et al. 2007).
- **Восприятие диагноза ВИЧ-инфекции:** Большинство людей, когда они узнают о положительном результате теста на ВИЧ, начинают волновать вопросы смерти, раскрытия своего статуса, стигматизации, изменений в личных отношениях, у них возникает неуверенность в будущем. Такие стрессы часто провоцируют беспокойство и депрессию, которые могут способствовать более позднему началу лечения ВИЧ-инфекции или вызывать прекращение такого лечения (Cournos 2005).

- **Стигма и дискриминация:** Социальная изоляция, маргинализация и дискриминация, которые являются следствием стигматизации по отношению к ВИЧ-инфицированным пациентам, могут оказывать существенное влияние на психическое здоровье ЛЖВ и людей, ухаживающих за ними (Cluver et al. 2008; Vanable et al. 2006). Стигматизация также оказывает прямое влияние на желание получить лечение и его результат, и эту проблему необходимо решать для обеспечения оптимального ухода за ВИЧ-инфицированными пациентами и лицами, которых затронула проблема ВИЧ (Whetten et al. 2008; Makoae et al. 2008).
- **Потребность в психологической поддержке:** Поскольку ВИЧ-инфекция носит хронический характер, ЛЖВ испытывают постоянную потребность в социальной и психологической поддержке чтобы справляться со стрессами, связанными с заболеванием и его лечением. Возникновению депрессии и тревожности также могут способствовать события, имеющие место в ходе лечения, такие как появления новых симптомов, сопутствующих инфекций, постановка диагноза СПИДа или же смерть друзей или родственников, которые также были ВИЧ-инфицированы (Leserman 2008). Психологическая поддержка играет очень важную роль и помогает избежать психических расстройств, повысить приверженность лечению и улучшить его результаты (Reece et al. 2007).

Стадия АРТ

Многие аналогичные проблемы психического здоровья, связанные с доступом к уходу и поддержке, эмоциональным восприятием, стигматизацией и дискриминацией, а также потребностью в психологической поддержке, характерны для всех трех стадий непрерывного ухода. Однако вопросы, связанные с доступом к лечению ВИЧ-инфекции, приверженностью сложным режимам лечения, преодолением психических расстройств и сопутствующих проблем употребления психоактивных веществ, а также с оценкой побочных явлений и психоневрологических факторов, сопутствующих ВИЧ-инфекции или ее лечению, приобретают еще большее значение во время стадии прохождения АРТ.

- **Психические расстройства и сопутствующие нарушения, связанные с употреблением психоактивных веществ:** Проблемы психического здоровья, связанные с ВИЧ-инфекцией, могут оказывать существенное влияние на решение медицинских работников о начале АРТ, а также на последующую приверженность пациента лечению и результаты терапии. Психические расстройства, характерные для ВИЧ-инфекции, перечислены в Блоке 1 и актуальны для всех стадий ухода за пациентами с ВИЧ-инфекцией. По оценкам, уровень распространенности симптомов депрессии у ЛЖВ колеблется от 18,8% (Martinez et al. 2008) до 47% в Уганде (Kaharuza et al. 2006). По данным отчетов, в Африке процент ЛЖВ, злоупотребляющих алкоголем, существенно варьируется. Самое высокое значение данного показателя зафиксировано в Уганде и составляет 72% (Martinez et al. 2008; Mbulaiteye et al. 2000). Потребители инъекционных наркотиков (ПИН) представляют собой группу, наиболее уязвимую к ВИЧ-инфекции, являясь основной целевой группой для борьбы с эпидемией ВИЧ в Азии и Восточной Европе/России (Vlahov and Celentano 2006; Sharma et al. 2007). Существует достаточно много доказательств того, что употребление

БЛОК 1: ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, СВЯЗАННЫЕ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ (COURNOS 2005)

- Нарушения адаптации
- Расстройства настроения, включая глубокие депрессии и дистимию
- Тревожные расстройства, включая общие тревожные расстройства, панические состояния и посттравматические стрессовые расстройства
- Расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ (зависимость, злоупотребление психоактивными веществами, интоксикация и синдром отмены)
- ВИЧ-ассоциированная деменция или комплексная деменция, обусловленная СПИДом

алкоголя и инъекционное употребление наркотиков связаны с ограниченным доступом к АРТ (Martinez et al. 2008; Vlahov and Celentano 2006; Aceijas et al. 2006; Bobrova et al. 2007), отсутствием приверженности к лечению и неудовлетворительными результатами лечения (Berg et al. 2007; Sharma et al. 2007), а также вызывают рискованное поведение, которое приводит к повышенному риску передачи ВИЧ-инфекции (Berg et al. 2007). Крайне важна необходимость оценки влияния психологических травм на психическое здоровье ЛЖВ (Pence 2009; Olley et al. 2005). По оценкам, посттравматические стрессовые расстройства (ПТСР) встречаются у 30-64% ЛЖВ, что существенно выше аналогичного показателя для общего населения (Olley et al. 2005). Высокая распространенность ПТСР может быть связана с гендерным насилием, политическими конфликтами, стихийными бедствиями, общей бедностью и высоким уровнем преступности. Все перечисленные выше факторы характерны для стран с низким уровнем дохода.

- **Побочные явления и нарушение когнитивных функций:** Для повышения приверженности лечению и нормализации психического состояния пациентов, проходящих АРТ, важно надлежащим образом преодолеть побочные явления лечения ВИЧ-инфекции. ВИЧ-инфекция может оказывать прямое воздействие на головной мозг и создавать клиническую картину, которая может напоминать некоторые расстройства психики. По оценкам, от 30% до 60% ЛЖВ испытывают легкие нарушения когнитивных функций, при этом у 10% -15% пациентов в результате таких нарушений развивается ВИЧ-ассоциированная деменция (Grant 2008). Даже легкие формы подобных нарушений могут влиять на способности к обучению и память, внимание, речь, психомоторные реакции и аналитические функции (например, планирование, оценку, решение проблем) (Grant 2008), причем все из перечисленных функций важны для пациентов и обеспечивают им возможность прохождения АРТ, а, следовательно, возможность полноценной жизни. Проблема заключается в том, чтобы оценить побочные явления лечения и вызываемые им нейрокогнитивные изменения и управлять ими, в то же время, поддерживая необходимый уровень АРТ.

Поздняя/терминальная стадия заболевания

По мере развития ВИЧ-инфекции ЛЖВ и лица, которые осуществляют уход за ними, испытывают все большую потребность в физической, эмоциональной и духовной поддержке, при этом их потребности в такой поддержке могут превышать доступные им ресурсы. Чтобы помочь ЛЖВ и лицам, осуществляющим уход за ними, справиться с терминальной стадией заболевания и смертью, а также с последующем горем и болью утраты, необходимо применение скоординированного подхода с использованием системы формальной и неформальной поддержки.

Перспективные методы в обеспечении ухода и поддержки ЛЖВ с точки зрения психического здоровья

Несмотря на имеющиеся проблемы, существует ряд инновационных программных подходов, перспективных с точки зрения удовлетворения потребностей ЛЖВ в обеспечении психического здоровья. Некоторые из этих подходов рассмотрены ниже. Также в настоящем документе приводится анализ возможностей интегрирования этих элементов программ в структуру ухода в связи с ВИЧ на различных уровнях системы здравоохранения.

Расширение доступа к уходу

Для расширения доступа людей с психическими расстройствами и сопутствующими нарушениями, связанными с употреблением психоактивных веществ, к уходу в связи с ВИЧ-инфекцией могут использоваться два программных подхода. Первый подход заключается в целенаправленном скрининговом тестировании на ВИЧ среди лиц с психическими расстройствами для повышения уровня диагностики заболевания и предоставления необходимого лечения (Joska et al. 2005). Второй подход заключается в использовании стратегий снижения стигматизации с целью повышения осведомленности

о ВИЧ-инфекции, изменения отношения к ЛЖВ и минимизации барьеров на пути доступа к уходу в связи с ВИЧ. Браун вместе с соавторами (2003) проанализировали 22 исследования, посвященных снижению стигматизации в связи с ВИЧ/СПИД как в развитых странах, так и в странах с ограниченными ресурсами. Наиболее эффективные программы включают расширенное вовлечение ЛЖВ в сочетании с научно обоснованными подходами (Brown et al. 2003).

Группы послетестовой поддержки

Одним из перспективных подходов в решении проблемы эмоционального восприятия результатов тестирования на ВИЧ является организация «групп послетестовой поддержки», которые проводятся после консультирования и тестирования на ВИЧ с целью оказания психологической поддержки и стимулирования поведенческих изменений путем мобилизации ресурсов сообщества (Rwekikomo et al. 1992). Примерами групп послетестовой поддержки могут служить группы, организованные AIDS Information Center (AIC) в Кампале (Уганда) и в рамках проекта Project Accept (Khumalo-Sakutukwa et al. 2008). Обе указанные группы оказывают широкий спектр услуг, включая консультирование по вопросам снижения риска инфицирования ВИЧ, медицинское консультирование, обучающие мероприятия, а также групповую работу, направленную на изменение поведения в отношении здоровья. Первоначально полученные данные говорят о том, что участие в таких группах поддержки повышает социальную поддержку в восприятии пациента и увеличивает его приверженность лечению (Khumalo-Sakutukwa et al. 2008). Кроме того, подобные группы представляют собой уникальную возможность для людей с психическими расстройствами и/или нарушениями, связанными с употреблением психоактивных веществ, получить поддержку людей с аналогичными проблемами. Группы могут быть организованы специально для людей с расстройствами, сопутствующими ВИЧ-инфекции, чтобы создать для них атмосферу отсутствия стигматизации, а также дать возможность медицинским работникам получить доступ к пациентам, которые часто не обращаются в медицинские учреждения для получения ухода и лечения.

Оценка потребностей ЛЖВ с точки зрения психического здоровья

Медицинские работники учреждений первичной медицинской помощи, а также центров профилактики и борьбы со СПИДом могут играть ключевую роль в оценке потребностей ЛЖВ с точки зрения психического здоровья, а также в обеспечении доступа таких людей к необходимым услугам (Olley et al. 2005; WHO 2008b). Ряд стандартных инструментов оценки состояния психического здоровья доказал свою эффективность в выявлении пациентов, нуждающихся в услугах, направленных на поддержание психического здоровья, а также в получении эпидемиологических данных в целях планирования программ и разработки стратегий. Они перечислены в Блоке 2 вместе с гиперссылками на источники.

БЛОК 2: ИНСТРУМЕНТЫ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

- Анкета для оценки общего состояния здоровья http://www.mapi-trust.org/services/questionnairelicensing/catalogquestionnaires/52-GHQ (Goldberg 1992)
- Перечень психических расстройств ВОЗ http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_MSA_MNHIEAC_98.1.pdf (WHO 1998)
- Общая оценка состояния пациента http://www.cucs.org/storage/cucs/documents/globalassessmentoffunctioning.pdf (DSM IV-TR)
- Краткий перечень симптомов http://psychcorp.pearsonassessments.com/HAIWEB/Cultures/en-us/Productdetail.htm?Pid=PAg110 (Shacham et al. 2008)
- Шкала самооценки пациента (PHQ)-9 http://www.treatmenthelps.org/treatmenthelps/PHQ9.pdf (Monahan et al. 2009)
- Краткая оценка состояния здоровья http://www.rand.org/health/surveys_tools/mos/mos_core_36item_survey_print.html

Социально-психологическая поддержка

Различные подходы к предоставлению социально-психологической поддержки продемонстрировали свою перспективность в удовлетворении психосоциальных потребностей ЛЖВ (Berg et al. 2007; Catalan et

al. 2005). Такие подходы включают индивидуальное, семейное или групповое консультирование, занятия по профилактике и преодолению стрессовых ситуаций, обучающие занятия, посещение на дому и временный уход за больными в период отдыха лиц, обычно осуществляющих уход за ними. В частности, в рамках программы комплексной социально-психологической поддержки успешно применялись группы взаимопомощи. Примерами программ, включающих услуги социально-психологической поддержки, могут служить программы консультирования и социальной поддержки, которые внедряет Организация по поддержке больных СПИДом в Уганде (TASO-Uganda) и программа взаимопомощи, инициированная и реализуемая пациентами, в рамках проекта Academic Model for Providing Access to Healthcare (AMPATH) (Chege 2004). Основная цель программ социально-психологической поддержки – решение эмоциональных и социальных проблем, связанных с ВИЧ, а также повышение способности пациентов к психологической адаптации, самопомощи и приверженности лечению ВИЧ-инфекции.

Ниже приведен ряд составляющих программ, чрезвычайно важных для предоставления социально-психологической поддержки ЛЖВ:

- **Обученные консультанты или волонтеры из числа представителей уязвимых групп**, прошедшие основные курсы по лечению ВИЧ-инфекции, приобретению навыков оказания поддержки, таких как активное слушание, сопереживание и преодоление стрессовых ситуаций, а также навыков психологической адаптации, самопомощи и снижения риска инфицирования ВИЧ.
- **Консультанты или волонтеры из числа представителей уязвимых групп**, которые должны иметь доступ к медицинскому персоналу и другим специалистам (например, психологам, психиатрам и социальным работникам) для обеспечения контроля, предоставления консультаций и поддержки.
- **Программы и услуги, адаптированные к местной культуре** и учитывающие установки, взгляды и обычаи людей, на которых они ориентированы. Консультанты и волонтеры из соответствующих сообществ могут предоставлять информацию о культуре, необходимую для планирования и реализации соответствующих программ.
- **Интервенции, направленные на преодоление общих проблем**, таких как социальная дискриминация и стигматизация, раскрытие ВИЧ-статуса, взаимоотношения с партнерами, решение вопросов АРТ, а также помогающие справиться с подавленным состоянием, страхом инвалидности и смерти.
- **Социально-психологическая поддержка**, которая для достижения максимальной эффективности и устойчивости должна сочетаться с такими услугами в связи с ВИЧ, как консультирование и тестирование, профилактика передачи ВИЧ от матери к ребенку (ППВМР), а также должна быть связана с программами, направленными на предоставление медицинских и социальных услуг на уровне сообществ.
- **Необходимо признавать и подчеркивать ценность вклада консультантов** из числа представителей сообществ, в особенности тех из них, кто работает на добровольных началах, в предоставление ухода и поддержки для ЛЖВ.

Психические расстройства и сопутствующие нарушения, связанные с употреблением психоактивных веществ

Расстройства

Как психические расстройства, так и нарушения, обусловленные употреблением психоактивных веществ, часто бывают связаны с ВИЧ-инфекцией. Злоупотребление психоактивными веществами и зависимость от таких веществ – это комплексные психологические, социальные и поведенческие расстройства, которые часто сопровождаются психиатрическими заболеваниями, а также сопутствующими медицинскими патологиями. Поэтому при обеспечении непрерывного ухода и поддержки

в связи с ВИЧ обязательно необходимо как можно раньше обследовать, диагностировать и обеспечивать лечение нарушений, связанных как с психическим здоровьем, так и со злоупотреблением/зависимостью от психоактивных веществ. Скрининговое обследование потребителей психоактивных веществ на сопутствующие психические заболевания является неотъемлемой частью любой медицинской программы, в особенности направленной на лечение и уход в связи с ВИЧ, как и скрининговое обследование пациентов с психическими расстройствами на употребление алкоголя и наркотиков.

При диагностике как психических расстройств, так и нарушений, связанных с употреблением психоактивных веществ, может быть сложно определить, какую из проблем необходимо решать в первоочередном порядке – проблему употребления психоактивных веществ, психического расстройства или ВИЧ-инфекции. Однако, прежде всего, может потребоваться лечение расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, для обеспечения достаточно стабильного состояния пациента перед тем, как приступить к лечению других нарушений и заболеваний. Кроме того, лечение зависимости от психоактивных веществ может быть эффективно в качестве стратегии профилактики ВИЧ-инфекции. По возможности следует сочетать услуги, направленные на поддержание психического здоровья и лечение зависимости от психоактивных веществ, что может улучшить результаты лечения пациентов с ВИЧ-инфекцией и сопутствующими расстройствами. Однако это не всегда представляется возможным. Поэтому врачи, специализирующиеся на лечении ВИЧ-инфекции, должны быть знакомы с перечнем местных учреждений, которые занимаются проблемами психического здоровья и зависимости от психоактивных веществ, чтобы направлять пациентов с психическими расстройствами и сопутствующими нарушениями, связанными с употреблением психоактивных веществ, для получения соответствующих услуг по уходу и лечению.

Раннее выявление и лечение нарушений, связанных с употреблением наркотиков и алкоголя, играет важную роль в лечении ВИЧ-инфекции и уходе за ЛЖВ, а также в профилактике передачи ВИЧ по причине рискованного поведения в контексте употребления наркотиков и сексуальных контактов. ВОЗ опубликовала руководство по использованию «Теста на выявление нарушений, связанных с употреблением алкоголя» (AUDIT), который представляет собой короткую анкету, состоящую из 10 вопросов, разработанную специально для использования в учреждениях, оказывающих первичную медицинскую помощь (Babor et al. 2001), для обследования с целью выявления случаев злоупотребления алкоголем. Кроме того, имеется подобный инструмент для самопроверки, который называется «Тест на выявление нарушений, связанных с употреблением психоактивных веществ» (DUDIT), предназначенный для выявления проблем, связанных с употреблением наркотиков, в уязвимых группах населения (Berman et al. 2005). Взаимное обучение персонала, который занимается проблемами психического здоровья, зависимости от психоактивных веществ и лечения ВИЧ-инфекции, имеет исключительное значение для программ, которые не включают лечение психических расстройств, нарушений, связанных с употреблением психоактивных веществ, а также лечение инфекционных заболеваний, для того, чтобы сформировать необходимую базу знаний и навыков, необходимых для обеспечения комплексного ухода и решения проблем, возникающих у пациентов с тройным диагнозом. Эффективное лечение требует обязательной координации ухода и поддержки.

Краткосрочные интервенции, такие как рекомендации и консультирование врачей и работников учреждений первичной медицинской помощи, доказали свою эффективность в снижении уровня употребления алкоголя с риском вредных последствий (Patel et al. 2007). Повышению приверженности лечению могут способствовать поэтапный уход и модели сотрудничества для интеграции лечения наркотической зависимости и психических расстройств (Patel et al. 2007). Преимущества лечения могут быть усилены при помощи социально-психологической поддержки посредством услуг на уровне сообществ. Примером инновационной программы для ПИН является реализуемая во Вьетнаме программа Family Health International (FHI), в которой сочетаются «дроп-ин

центры» (центры социально-медицинской помощи), предоставляющие широкий спектр услуг в сфере поддержки и профилактики, и модель обучения по методу «равный-равному» (ECHO), которая позволяет намного более эффективно по сравнению с традиционными программами аутрич работы привлечь ПИН в программы по снижению вреда (FHI 2009).

Анализ программ, направленных на лечение отдельных психических расстройств в странах с низким и средним уровнем дохода, показал эффективность лечения депрессии при помощи недорогих антидепрессантов и психологических интервенций, таких как когнитивно-поведенческая и межличностная терапия (Patel et al. 2007). По данным ряда исследований, депрессивные состояния легкой и средней тяжести у ЛЖВ поддаются лечению при помощи сочетания психотропных препаратов и социально-психологической поддержки (Olatunji et al. 2006; WHO 2008a; Baingana et al. 2005; Hartzell et al. 2008; Leserman 2008). В частности, антидепрессанты (Dalessandro et al. 2007) и психотерапевтические подходы, такие как когнитивно-поведенческая терапия (Crepaz et al. 2008) и межличностная терапия (Verdeli et al. 2003; Bolton et al. 2003) показали свою перспективность в вопросах улучшения приверженности лечению ВИЧ-инфекции и результатов такого лечения. Поскольку анализ лечения психических расстройств и сопутствующих нарушений, связанных с употреблением психоактивных веществ, в контексте ВИЧ-инфекции не входит в область задач настоящего технического обзора, читатели могут обратиться к модулям 3 и 4 серии публикаций ВОЗ HIV/AIDS and Mental Health (см. Ресурсы), в которых приводится комплексный обзор основных методов, используемых в рамках психофармакологического и психотерапевтического подхода к решению проблемы психических расстройств, связанных с ВИЧ-инфекцией (Cournos et al. 2005; Catalan et al. 2005).

Паллиативная терапия

Паллиативная терапия включает не только лечение физических симптомов, связанных с поздней стадией заболевания, но также избавление от депрессии, суицидальных мыслей и других психологических проблем. Кроме того, такая терапия предусматривает духовную поддержку и консультирование в связи с переживанием потери близкого человека. Такая терапия направлена на клиента, а также на его близкое окружение. Основными компонентами паллиативной терапии являются:

- Медицинская поддержка, в том числе облегчение болевых ощущений и симптомов, профилактическое лечение, в том числе антибиотикопрофилактика ОИ, диетическое питание и снабжение чистой водой.
- Социальная поддержка, которая включает мобилизацию сообществ, юридическую поддержку, а также оказание помощи лицам, осуществляющим уход, и пострадавшим семьям.
- Психологическая поддержка, в том числе консультирование, группы взаимопомощи и подготовка к потере близкого человека.
- Позитивная профилактика с целью снижения риска передачи ВИЧ-инфекции.

В странах с высоким уровнем распространенности ВИЧ-инфекции предоставление паллиативной терапии наиболее эффективно в рамках комплексного пакета услуг по уходу и поддержке, которые оказываются в клиниках и других медицинских учреждениях или в домашних условиях членами семьи или другими лицами, осуществляющими уход за пациентами. UNAIDS была опубликована обновленная техническая информация в отношении предоставления паллиативной терапии при ВИЧ-инфекции/СПИДе, которая может помочь лицам, планирующим программы, в разработке услуг паллиативной терапии (UNAIDS 2000a).

Помощь лицам, осуществляющим уход за пациентами

Бремя ухода за ЛЖВ обычно ложится на членов семьи и других лиц, осуществляющих уход, особенно на поздних стадиях заболевания. Большая нагрузка, связанная с таким

уходом, приводит к депрессии и плохому состоянию здоровья у самих лиц, осуществляющих уход (Orner 2006; Kipp et al. 2007; Kipp and Nkosi 2008). Проблемы дискриминации и стигматизации затрагивают не только ЛЖВ, но и лиц, которые ухаживают за ними, что приводит к большей социальной изоляции и нехватке поддержки (Mwinituo and Mill 2006; Thomas 2006). Помимо оказания практической помощи в удовлетворении потребностей, связанных с уходом за неизлечимо больным человеком, лица, осуществляющие уход, также нуждаются в психологической поддержке, поскольку у них самих может быть риск возникновения депрессий и других психических расстройств. Неформальные социальные сети, а также другие члены семьи и сообщества были названы основными источниками поддержки для лиц, осуществляющих уход за больными родственниками, в сельской местности Африки (Chimwaza and Watkins 2004; Campbell et al. 2008).

Хотя имеется мало информации об официальных программах поддержки для лиц, осуществляющих уход за больными родственниками, реализуемых в странах с ограниченными ресурсами, проекты в сфере психического здоровья, которые в частности внедряются в Гвинея-Бисау (De Jong 1996) и Нигерии (Eaton and Agomoh 2008), доказали, что медицинские сотрудники могут быть обучены диагностике и лечению лиц с психическими расстройствами, и потенциально могут оказывать помощь как ЛЖВ, так и лицам, осуществляющим уход за ними. Местные церковные и религиозные организации могут также играть важную роль в предоставлении как практической, так и психологической поддержки лицам, осуществляющим уход за неизлечимо больными родственниками. Структурированные программы, направленные на преодоление чувства тоски и утраты, доказали свою эффективность на уровне сообществ. Такие программы могут реализовываться консультантами или медицинскими работниками, прошедшими обучение (Williams 2008; Akinsola 2001). Действенной стратегией усиления потенциала местных структур в удовлетворении потребностей лиц, осуществляющих уход за больными родственниками, является включение таких лиц в качестве полноправных клиентов в программы, направленные на борьбу с эпидемией ВИЧ/СПИДа. Это способствует обеспечению ресурсов, необходимых для удовлетворения их потребностей в поддержке на протяжении всего срока ухода и поддержки в связи с ВИЧ-инфекцией (Kipp et al. 2007).

Механизм интегрирования услуг по поддержанию психического здоровья в систему ухода и поддержки в связи с ВИЧ-инфекцией

Основной целью комплексного подхода к поддержанию психического здоровья является формирование интегрированной системы ухода, обеспечивающей доступ пациентов к услугам в тот момент, когда они им необходимы, в рамках ухода и поддержки в связи с ВИЧ-инфекцией. ВОЗ разработала пирамидальную структуру для обеспечения оптимального сочетания услуг, направленных на поддержание психического здоровья, с точки зрения общественного здравоохранения (WHO 2007b). Ниже мы приводим модифицированную версию пирамиды ухода, разработанной ВОЗ, которая пересекается с непрерывным уходом в связи с ВИЧ, чтобы продемонстрировать возможные сферы интеграции услуг, направленных на поддержание психического здоровья, в систему здравоохранения на различных уровнях, что отвечало бы особым потребностям ЛЖВ на всех стадиях непрерывного ухода и лечения. В Таблице 1 Приложения представлена трехступенчатая структура, в которой кратко описываются ключевые вопросы психического здоровья и соответствующие интервенции на стадии, предшествующей назначению АРТ, а также стадии АРТ и поздней/терминальной стадии заболевания в уходе в связи с ВИЧ-инфекцией, которые описаны выше (примеры психических расстройств и соответствующих им интервенций в таблице приведены для иллюстрации и не являются исчерпывающими).

БЛОК 3: КЛЮЧЕВЫЕ СОСТАВЛЯЮЩИЕ ИНТЕГРАЦИИ УСЛУГ, НАПРАВЛЕННЫХ НА ПОДДЕРЖАНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ, В СИСТЕМУ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (KELLY AND FREEMAN 2005)

- **Политика, стратегия, планирование и обеспечение ресурсами:** Услуги, направленные на поддержание психического здоровья, должны в обязательном порядке быть частью национальной стратегии программ АРТ.
- **Снабжение медикаментами и их распределение:** Крайне важно обеспечить непрерывные поставки медикаментов и включение основных психотропных препаратов в перечни жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств.
- **Системы переадресации:** Необходимо разработать системы переадресации для ухода за пациентами, которые нуждаются в специализированных услугах.
- **Оказание помощи медицинским работникам в сфере поддержания психического здоровья:** Важно сформировать системы взаимопомощи, надзора, менторской поддержки и развития навыков для обеспечения качества услуг и предотвращения профессионального выгорания.
- **Финансирование:** Необходимы финансовые ресурсы для покрытия стоимости поставки медикаментов, персонала, оборудования, обучения и контроля выполнения работы, печати материалов и руководств и т.д.
- **Развитие персонала:** Ключевым аспектом процесса интеграции является разработка стратегии развития персонала, работающего в сфере поддержания психического здоровья/АРТ.

Уровень I охватывает услуги, направленные на поддержание психического здоровья, которые предоставляются в медицинских учреждениях общего профиля либо в специализированных психиатрических больницах. Уровню II соответствуют услуги, направленные на поддержание психического здоровья, которые предоставляются врачами общего профиля в учреждениях первичной медицинской помощи. К уровню III относятся организованные услуги, направленные на поддержание психического здоровья и социально-психологическую поддержку, на уровне сообществ, которые предоставляются районными поликлиниками в партнерстве с НПО, организациями сообществ, религиозными организациями и другими структурами, оказывающими неформальную поддержку. Базовое предположение заключается в том, что меньшее количество людей будут нуждаться в специализированных психиатрических услугах на Уровне I, в то время как уровни II и III могут включать более широкий спектр услуг социально-психологической поддержки для ЛЖВ, предоставляемых в рамках существующих систем здравоохранения. Интеграция услуг, направленных на поддержание психического здоровья, в систему первичной медицинской помощи является целесообразным подходом, позволяющим обеспечить полный спектр услуг, направленных на поддержание психического здоровья, для ЛЖВ в рамках непрерывного ухода в связи с ВИЧ (WHO 2008b). По мнению ВОЗ, такая интеграция имеет первостепенное значение, поэтому ВОЗ разработала руководство по ключевым составляющим интеграции услуг, направленных на поддержание психического здоровья, в систему первичной медицинской помощи (Kelly and Freeman 2005; WHO 2008b). Они кратко описаны в Блоке 3.

ЗАДАЧИ

Развитие персонала

Принимая во внимание масштабы эпидемии ВИЧ и необходимость удовлетворения потребностей людей, живущих с ВИЧ-инфекцией и затронутых этой проблемой, в сфере психического здоровья, особенное значение приобретают возможности систем здравоохранения с точки зрения удовлетворения таких потребностей. На последнем специализированном форуме экспертов в Кейптауне (ЮАР) Всемирная федерация

психического здоровья (WFMH) отметила нехватку прошедших специальное обучение медицинских работников, предоставляющих услуги в сфере психического здоровья, как основной фактор, влияющий на потенциал систем здравоохранения в ответе на эпидемию ВИЧ-инфекции (Griffin 2008; Anderson 2005). ВОЗ признала существование данной проблемы и опубликовала набор практических рекомендаций и инструментов, которые призваны помочь странам в развитии персонала в сфере психического здоровья. Рекомендации включают стратегии по планированию, управлению и обучению персонала, а также по разработке политики в этой сфере (WHO 2005a). Кроме того, ВОЗ опубликовала отчет, посвященный интеграции услуг, направленных на поддержание психического здоровья, в систему оказания первичной медицинской помощи как эффективному пути решения проблемы обеспечения персоналом. Отчет включает описание ключевых компетенций, необходимых для оказания ключевых услуг, направленных на поддержание психического здоровья, и описывает различные виды обучения и модели образования, которые могли бы помочь подготовить персонал для выполнения вышеуказанных функций (WHO 2008b).

Формирование связей и построение партнерства

Для интеграции услуг, направленных на поддержание психического здоровья, в структуру непрерывного ухода в связи с ВИЧ, необходимо наличие систем и механизмов для формирования устойчивых связей между различными уровнями охраны психического здоровья, а также между общественными и частными, официальными и неофициальными источниками предоставления услуг. С целью обеспечения взаимодополняемости услуг и их соответствия потребностям ЛЖВ в уходе и поддержке необходимо объединить и скоординировать усилия различных партнеров. Партнерство между сообществами и медицинскими учреждениями в регионах охвата должно устанавливаться таким образом, чтобы обеспечить эффективную систему переадресаций между службами ДКТ, поликлиниками и медицинскими учреждениями общего профиля, а также услугами ухода на дому. По данным исследования, проведенного недавно в ЮАР, 70 процентов неправительственных организаций (НПО) и религиозных организаций участвовали в предоставлении услуг по уходу и поддержке для ЛЖВ, включая поддерживающее консультирование, эмоциональную поддержку, группы взаимопомощи, а также уход и поддержку семей и лиц, осуществляющих уход за ЛЖВ (Birdsall and Kelly 2005). Результаты этих исследований свидетельствуют о том, что НПО и религиозные организации играют важную роль непосредственно в предоставлении услуг по уходу и поддержке ЛЖВ и их семьям и являются ключевыми партнерами в осуществлении непрерывного ухода за ЛЖВ.

Хотя до сих пор имеется существенное несоответствие между нашими знаниями о проблемах психического здоровья и социально-психологических потребностях ЛЖВ и действиями, которые предпринимаются для решения указанных проблем, можно говорить о существовании перспективных подходов к преодолению существующих пробелов в лечении. Более глубокое изучение имеющихся программ может помочь нам в понимании потребностей ЛЖВ с точки зрения психического здоровья и определении программных подходов, которые могут эффективно применяться для удовлетворения этих потребностей в условиях ограниченных ресурсов.

ПРИЛОЖЕНИЕ

ТАБЛИЦА 1. СТРУКТУРА ИНТЕГРАЦИИ УСЛУГ, НАПРАВЛЕННЫХ НА ПОДДЕРЖАНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ, В СИСТЕМУ УХОДА И ПОДДЕРЖКИ В СВЯЗИ С ВИЧ				
Непрерывный уход в связи с ВИЧ	**Проблемы психического здоровья**	**Соответствующие интервенции**		
		Уровень 1 Уход и лечение психических расстройств	**Уровень 2** Услуги, направленные на поддержание психического здоровья, в учреждениях первичной медпомощи/центрах СПИДа	**Уровень 3** Программы/услуги поддержки на уровне сообществ
СТАДИЯ, ПРЕДШЕСТВУЮЩАЯ НАЗНАЧЕНИЮ АРТ				
A. Консультирование и тестирование	Недостаточный доступ пациентов с психическими расстройствами к ДКТ Эмоциональное восприятие результатов тестов Стигма и дискриминация, неразглашение статуса Рискованное сексуальное поведение и рискованное употребление наркотиков и алкоголя	Целевое скрининговое обследование пациентов с психическими расстройствами на ВИЧ	Группы послетестовой поддержки Скрининговое обследование и краткосрочные интервенции, направленные на преодоление психических расстройств и нарушений, связанных с употреблением психоактивных веществ	Программы, направленные на снижение стигматизации Группы послетестовой взаимопомощи с акцентом на психическом здоровье/употреблении алкоголя и наркотиков
B. Начало ухода за пациентом	Тревожность и депрессия Социальные последствия стигматизации (изоляция, маргинализация) Употребление алкоголя и наркотиков		Скрининговое обследование на наличие депрессии Скрининговое обследование на употребление алкоголя и наркотиков; краткосрочная терапия и интервенции, направленные на решение проблемы употребления алкоголя и наркотиков; лечение злоупотребления и зависимости Группы социально-психологической поддержки	Группы поддержки и реабилитации

ТАБЛИЦА 1. СТРУКТУРА ИНТЕГРАЦИИ УСЛУГ, НАПРАВЛЕННЫХ НА ПОДДЕРЖАНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ, В СИСТЕМУ УХОДА И ПОДДЕРЖКИ В СВЯЗИ С ВИЧ				
Непрерывный уход в связи с ВИЧ	**Проблемы психического здоровья**	**Соответствующие интервенции**		
		Уровень 1 Уход и лечение психических расстройств	**Уровень 2** Услуги, направленные на поддержание психического здоровья, в учреждениях первичной медпомощи/центрах СПИДа	**Уровень 3** Программы/услуги поддержки на уровне сообществ
C. Удержание пациентов и продолжение лечения	Приверженность лечению и отказ от лечения Рискованное поведение Одновременное наличие психических расстройств и нарушений, связанных с употреблением психоактивных веществ	Обследование и лечение психических расстройств и нарушений, связанных с употреблением психоактивных веществ (фармакологические и психотерапевтические интервенции)	Консультирование по вопросам приверженности Психопедагогические подходы к снижению риска передачи ВИЧ Скрининговое обследование и решение проблем психического здоровья в случае необходимости Устранение депрессии легкой или средней тяжести и тревожных расстройств (см. серию публикаций WHO Mental Health Series) Группы социально-психологической поддержки	Услуги в сфере психического здоровья, оказываемые медсестрами и медико-санитарными работниками

ТАБЛИЦА 1. СТРУКТУРА ИНТЕГРАЦИИ УСЛУГ, НАПРАВЛЕННЫХ НА ПОДДЕРЖАНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ, В СИСТЕМУ УХОДА И ПОДДЕРЖКИ В СВЯЗИ С ВИЧ				
Непрерывный уход в связи с ВИЧ	**Проблемы психического здоровья**	**Соответствующие интервенции**		
		Уровень 1 Уход и лечение психических расстройств	**Уровень 2** Услуги, направленные на поддержание психического здоровья, в учреждениях первичной медпомощи/центрах СПИДа	**Уровень 3** Программы/услуги поддержки на уровне сообществ
СТАДИЯ АРТ				
D. Начало АРТ	Доступ к АРТ Стигма и дискриминация Употребление алкоголя и наркотиков		Консультирование по вопросам приверженности Группы социально-психологической поддержки Скрининговое обследование и краткосрочные интервенции, направленные на решение проблемы употребления алкоголя и наркотиков; лечение злоупотребления психоактивными веществами и зависимости от таких веществ	Группы взаимопомощи и реабилитации
E. Удержание пациента на АРТ	Приверженность лечению и отказ от лечения Рискованное поведение Одновременное наличие психических расстройств и нарушений, связанных с употреблением психоактивных веществ Побочные явления и нейрокогнитивные изменения	Обследование и лечение психических расстройств и нарушений, связанных с употреблением психоактивных веществ (фармакологические и психотерапевтические интервенции) Диагностика и преодоление побочных явлений и нейрокогнитивных изменений	Консультирование по вопросам приверженности Психопедагогические подходы к снижению риска передачи ВИЧ Скрининговое обследование и решение проблем психического здоровья в случае необходимости Устранение депрессии легкой или средней тяжести и тревожных расстройств Группы социально-психологической поддержки	Услуги в сфере психического здоровья, оказываемые медсестрами и медико-санитарными работниками Группы взаимопомощи/реабилитации

ТАБЛИЦА 1. СТРУКТУРА ИНТЕГРАЦИИ УСЛУГ, НАПРАВЛЕННЫХ НА ПОДДЕРЖАНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ, В СИСТЕМУ УХОДА И ПОДДЕРЖКИ В СВЯЗИ С ВИЧ				
Непрерывный уход в связи с ВИЧ	**Проблемы психического здоровья**	**Соответствующие интервенции**		
		Уровень 1 Уход и лечение психических расстройств	**Уровень 2** Услуги, направленные на поддержание психического здоровья, в учреждениях первичной медпомощи/центрах СПИДа	**Уровень 3** Программы/услуги поддержки на уровне сообществ
ПОЗДНЯЯ/ТЕРМИНАЛЬНАЯ СТАДИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ				
F. Уход и поддержка на поздней стадии заболевания, паллиативная терапия	Ухудшение состояния здоровья и усиление симптомов Депрессия и суицидальные мысли Стигма и дискриминация	Лечение глубоких депрессий и риск суицида	Паллиативная терапия Социально-психологическая поддержка и поддержка семей	Уход на дому и на уровне сообществ
G. Поддержка лиц, осуществляющих уход за больными	Бремя родственников (обычно женщин) по уходу за больными Горе и чувство утраты		Консультирование родственников тяжелобольных пациентов Устранение депрессии легкой или средней тяжести и тревожных расстройств	Временный уход за больными в период отдыха лиц, обычно осуществляющих уход за ними Поддержка родственников в случае смерти пациента Духовная поддержка Социальная и юридическая поддержка

РЕСУРСЫ

В приведенных ниже ресурсах (с гиперссылками) представлена актуальная информация, руководства, инструменты и рекомендации, направленные на удовлетворение потребностей ЛЖВ, связанных с психическим здоровьем. Интерактивную версию данного обзора можно найти на сайте www.aidstar-one.com.

1. WHO Mental Health and HIV/AIDS Series, 2005
    a. Module 1: Organization and Systems Support for Mental Health Interventions in Anti-retroviral (ARV) Therapy Programmes http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241593040_eng.pdf
    b. Module 2: Basic Counselling Guidelines for Anti-retroviral (ARV) Therapy Programmes http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241593067_eng.pdf
    c. Module 3: Psychiatric Care in Anti-retroviral (ARV) Therapy (for second level of care) http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241593083_eng.pdf
    d. Module 4: Psychosocial Support Groups in Anti-retroviral (ARV) Therapy Programmes http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241593105_eng.pdf
    e. Module 5: Psychotherapeutic Intervention in Anti-retroviral (ARV) Therapy Programmes (for second level of care) http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241593091_eng.pdf
2. World Health Organization: Integrating Mental Health into Primary Care—A Global Perspective (WHO 2008b) http://www.who.int/mental_health/policy/Mental%20health%20+%20primary%20care-%20final%20low-res%20140908.pdf
3. UNAIDS: Technical Update: AIDS Palliative Care (UNAIDS 2000a) http://www.hospicecare.com/resources/pdf-docs/unaids-pallcare-aids.pdf

ССЫЛКИ

Aceijas, C. et al. 2006. Antiretroviral treatment for injecting drug users in developing and transitional countries 1 year before the end of the “Treating 3 million by 2005. Making it happen. The WHO strategy” (“3 by 5”). *Addiction* 101(9): 1246-53.

Adewuya, A.O. et al. 2007. Psychiatric disorders among the HIV-positive population in Nigeria: a control study. *Journal of Psychosomatic Research* 63(2): 203-6.

Akinsola, H.A. 2001. Fostering hope in people living with AIDS in Africa: the role of primary health-care workers. *Australian Journal of Rural Health* 9(4): 158-65.

Anderson, J. 2005. *HIV and Mental Health: The Challenge of Dual Diagnosis.* NASTAD Mental Health Issue Brief. Washington: National Alliance of State and Territorial AIDS Directors.

Babor, T.F. et al. 2001. “AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guideline for Use in Primary Care.” Accessible online: http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/who_msd_msb_01.6a.pdf.

Baingana, F., R. Thomas, and C. Comblain. 2005. *HIV/AIDS and Mental Health.* Health, Nutrition and Population (HPN) Discussion Paper. Washington: World Bank.

Berg, C.J. et al. 2007. Behavioral aspects of HIV care: Adherence, depression, substance use, and HIV-transmission behaviors. *Infectious Disease Clinics of North America* 21(1): 181.

Bergman, A.H. et al. 2005. Evaluation of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) in Criminal Justice and Detoxification Settings and in a Swedish Population Sample. *European Addiction Research* 11: 22-31.

Birdsall, K. and K. Kelly. 2005. C*ommunity Responses to HIV/AIDS in South Africa: Findings*

from a Multi-Community Survey. Johannesburg: Centre for AIDS Development, Research and Evaluation (CADRE).

Bobrova, N. et al. 2007. Obstacles in provision of anti-retroviral treatment to drug users in Central and Eastern Europe and Central Asia: a regional overview. *International Journal of Drug Policy* 18(4): 313-8.

Bolton, P. et al. 2003. Group interpersonal psychotherapy for depression in rural Uganda: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association* 289(23): 3117-24.

Brown, L. et al. 2003. Interventions to reduce HIV/AIDS stigma: what have we learned? *AIDS Education and Prevention* 15(1): 49-69.

Campbell, C. et al. 2008. Supporting people with AIDS and their carers in rural South Africa: possibilities and challenges. *Health Place* 14(3): 507-18.

Catalan, J. et al. 2005. *Mental Health and HIV/AIDS Psychotherapeutic Intervention in Anti-retroviral (ARV) Therapy (for Second Level Care).* Mental Health and HIV Series. Geneva: WHO.

Chege, W.W. 2004. *Psychosocial support of people living with HIV/AIDS in AMPATH project.* Paper presented at the XVth International Conference on AIDS, July 2004, Bangkok. Abstract no. ThPeE8118.

Chimwaza, A.F. and S.C. Watkins. 2004. Giving care to people with symptoms of AIDS in rural sub-Saharan Africa. *AIDS Care* 16(7): 795-807.

Cluver, L.D. et al. 2008. Effects of stigma on the mental health of adolescents orphaned by AIDS. *Journal of Adolescent Health* 42(4): 410-17.

Collins, P.Y. et al. 2006. What is the relevance of mental health to HIV/AIDS care and treatment programs in developing countries? A systematic review. *AIDS* 20(12): 1571-82.

Cournos, F. et al. 2005. *Psychiatric Care and Anti-retrovirals (ARV) for Second Level Care.* Mental Health and HIV/AIDS Series. Geneva: WHO.

Crepaz, N. et al. 2008. Meta-analysis of cognitive-behavioral interventions on HIV-positive persons' mental health and immune functioning. *Health Psychology* 27(1): 4-14.

Dalessandro, M. et al. 2007. Antidepressant therapy can improve adherence to antiretroviral regimens among HIV-infected and depressed patients. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 27(1): 58-61.

De Jong, J.T. 1996. A comprehensive public mental health programme in Guinea-Bissau: a useful model for African, Asian and Latin-American countries. *Psychological Medicine* 26(1): 97-108.

Eaton, J. and A.O. Agomoh. 2008. Developing mental health services in Nigeria: the impact of a community-based mental health awareness programme. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 43(7): 552-8.

Family Health International. 2009. *Reaching Injecting Drug Users Through Drop-in Centers and the ECHO Peer Education Model.* Hanoi: FHI/Viet Nam. Accessible online: http://www.fhi.org/NR/rdonlyres/e3pvjgbwfnvwru2ncoqjdmcmz32bocwicqwa7iwm7us2fjioqdvmf3eh26%20ie6hejveprazdvl4csla/FHIVTNECHOenhv.pdf

Goldberg, D. 1992. *General Health Questionnaire (GHQ-12).* Windsor, UK: NFER-Nelson.

Grant, I. 2008. Neurocognitive disturbances in HIV. *International Review of Psychiatry* 20(1): 33-47.

Griffin, G. 2008. *Executive Summary Report from the International Experts Forum: Addressing the Mental Health Consequences of HIV/AIDS.* Cape Town: World Federation for Mental Health.

Hartzell, J.D. et al. 2008. Impact of depression on HIV outcomes in the HAART era. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy* 62(2): 246-55.

Ickovics, J.R. et al. 2001. Mortality, CD4 cell count decline, and depressive symptoms among HIV-seropositive women; Longitudinal analysis from the HIV epidemiology research study. *Journal of the American Medical Association* 285(11): 1466-74.

Joska, J.A., S. Kaliski, and S.R. Benatar. 2005. Patients with severe mental illness: A new approach to testing for HIV. *South African Medical Journal* 95(3): 630-34.

Kaharuza, F.M. et al. 2006. Depression and CD4 cell count among persons with HIV infection in Uganda. *AIDS and Behavior* 10: S105-S111.

Kelly, K. and M. Freeman. 2005. *Organization and Systems Support for Mental Health Interventions in Anti-retroviral (ARV) Therapy Programmes.* Mental Health and HIV/AIDS Series. Geneva: WHO.

Khumalo-Sakutukwa, G. et al. 2008. Project Accept (HPTN 043): a community-based intervention to reduce HIV incidence in populations at risk for HIV in sub-Saharan Africa and Thailand. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome* 49(4): 422-31.

Kipp, W. et al. 2007. Family caregivers in rural Uganda: the hidden reality. *Health Care for Women International* 28(10): 856-71.

Kipp, W. and T.M. Nkosi. 2008. Factors associated with the self-reported health status of female caregivers of AIDS patients. *Western Journal of Nursing Research* 30(1): 20-33; discussion 34-8.

Leserman, J. 2008. Role of depression, stress, and trauma in HIV disease progression. *Psychosomatic Medicine* 70(5): 539-45.

Makoae, L.N. et al. 2008. Coping with HIV-related stigma in five African countries. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* 19(2): 137-146.

Martinez, P. et al. 2008. Alcohol use, depressive symptoms and the receipt of antiretroviral therapy in Southwest Uganda. *AIDS and Behavior* 12(4): 605-612.

Mbulaiteye, S.M. et al. 2000. Alcohol and HIV: a study among sexually active adults in rural southwest Uganda. *International Journal of Epidemiology* 29(5): 911-5.

Melo, A.C. et al. 2006. Utilization of HIV/AIDS treatment services: comparing injecting drug users and other clients. *Cad Saude Publica* 22(4): 803-13.

Monahan, P. et al. 2009. Validity and Reliability of the PHQ-9 and PHQ-2 Depression Scales among Adults Living with HIV in Western Kenya." *Journal of General Internal Medicine* 24(2): 189–97.

Mwinituo, P.P. and J.E. Mill. 2006. Stigma associated with Ghanaian caregivers of AIDS patients. *Western Journal of Nursing Research* 28(4): 369-82; discussion 383-91.

Olatunji, B.O. et al. 2006. Review of treatment studies of depression in HIV. *Topics in HIV Medicine* 14(3): 112-24.

Olley, B.O. et al. 2005. Post-traumatic stress disorder among recently diagnosed patients with HIV/AIDS in South Africa. *AIDS Care* 17(5): 550-7.

Orner, P. 2006. Psychosocial impacts on caregivers of people living with AIDS. *AIDS Care* 18(3): 236-40.

Parry, C.D. et al. 2007. Responding to the threat of HIV among persons with mental illness and substance abuse. *Current Opinion in Psychiatry* 20(3): 235-41.

Patel, V. et al. 2007. Treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle-income countries. *The Lancet* 370(9591): 991-1005.

Pence, B.W. 2009. The impact of mental health and traumatic life experiences on antiretroviral

treatment outcomes for people living with HIV/AIDS. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy* 63(4): 636-40.

Reece, M. et al. 2007. Psychological distress symptoms of individuals seeking HIV-related psychosocial support in western Kenya. *AIDS Care* 19(10): 1194-200.

Rwekikomo, F. et al. 1992. *AIDS Information Centre: The Post Test Club.* Paper presented at the VIIIth International Conference on AIDS, July 1992, Amsterdam. Abstract no. PoC 4492.

Shacham, E. et al. 2008. Measuring Psychological Distress Symptoms in Individuals Living with HIV in Western Kenya. *Journal of Mental Health* 17(4): 424–34.

Sharma, M. et al. 2007. Access, adherence, quality and impact of ARV provision to current and ex-injecting drug users in Manipur (India): an initial assessment. *International Journal of Drug Policy* 18(4): 319-25.

Smit, J. et al. 2006. Mental health and sexual risk behaviours in a South African township: A community-based cross-sectional study. *Public Health* 120(6): 534-542.

Solomon, S.S. et al. 2008. High prevalence of HIV, HIV/hepatitis C virus coinfection, and risk behaviors among injection drug users in Chennai, India: a cause for concern. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome* 49(3): 327-32.

Thomas, F. 2006. Stigma, fatigue and social breakdown: Exploring the impacts of HIV/AIDS on patient and carer well-being in the Caprivi Region, Namibia. *Social Science & Medicine* 63(12): 3174-87.

UNAIDS. 2000a. *AIDS: Palliative Care.* Accessible online: http://www.http://www.hospicecare.com/resources/pdf-docs/unaids-pallcare-aids.pdf

UNAIDS. 2000b. *Key elements in HIV/AIDS care and support* (draft working document). Accessible online: http://nzdl.sadl.uleth.ca/cgi-bin/library?e=d-00000-00---off-0unaids--00-0--0-10-0--0-0---0prompt-10---4------4-0-1l--11-en-50-0--20-about--100-0-1-00-0-0-11-1-0utfZz-8-00-0-1-00-0-0-11-1-0utfZz-8-10&a=d&c=unaids&cl=CL1.3&d=HASH02567cf157b4b66ad01111.7

Vanable, P.A. et al. 2006. Impact of HIV-related stigma on health behaviors and psychological adjustment among HIV-positive men and women. *AIDS and Behavior* 10(5): 473-82.

Verdeli, H. et al. 2003. Adapting group interpersonal psychotherapy for a developing country: experience in rural Uganda. *World Psychiatry* 2(2): 114-20.

Vlahov, D. and D.D. Celentano. 2006. Access to highly active antiretroviral therapy for injection drug users: adherence, resistance, and death. *Cad Saude Publica* 22(4): 705-18.

Whetten, K. et al. 2008. Trauma, mental health, distrust, and stigma among HIV-positive persons: Implications for effective care. *Psychosomatic Medicine* 70(5): 531-538.

Williams, S.J. 2008. My story: implementing a grief and loss program in a remote village in Zambia. *Nursing Forum* 43(4): 223-37.

World Health Organization. 1998. *Mental Disorders in Primary Care.* Geneva: WHO.

World Health Organization. 2001. *The World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope.* Geneva: WHO.

World Health Organization. 2005a. *Human Resources and Training in Mental Health.* Geneva: WHO.

World Health Organization. 2005b. *Mental Health and HIV/AIDS Basic Counseling Guidelines for Antiretroviral Therapy Programmes.* Mental Health and HIV Series. Geneva: WHO.

World Health Organization. 2007a. *Mental Health: Strengthening Mental Health Promotion.* Geneva: WHO.

World Health Organization. 2007b. *WHO Service Organization Pyramid for an Optimal Mix of*

Services for Mental Health. Geneva: WHO.

World Health Organization. 2008a. *HIV/AIDS and Mental Health: Report by the Secretariat.* Geneva: WHO.

World Health Organization. 2008b. *Integrating Mental Health into Primary Care: A Global Perspective.* Geneva: WHO.