Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева, 2022, Т. 56, № 2, с. 67-77, http//doi.org/10.31363/2313-7053-2022-56-2-67-77

V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology, 2022, T. 56, no 2, pp. 67-77, http//doi.org/10.31363/2313-7053-2022-56-2-67-77

Агрессивные тенденции ВИЧ-инфицированных лиц с коморбидной психической патологией

Оригинальная статья

Халезова Н.Б.[1,2], Лутова Н.Б.[3], Хобейш М.А.[3]
[1]Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, Санкт-Петербург, Россия
[2]Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, Россия
[3]Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

Резюме. Враждебность и агрессивность могут являться маркером индивидуальной психологической уязвимости к стрессовым факторам, ассоциированной со снижением социальной адаптации и риском манифестации психических нарушений. Считается, что выраженность агрессивных тенденций повышена и среди ВИЧ-инфицированных лиц. На фоне роста заболеваемости ВИЧ-инфекцией закономерно увеличивается число больных с коморбидной психической патологией.

Цель исследования: оценка особенностей структуры агрессивных тенденций у ВИЧ-инфицированных лиц с коморбидной психической патологией.

Материалы и методы. Обследованы 78 ВИЧ-инфицированных лиц и 24 пациента психиатрического стационара без ВИЧ-инфекции. Использовались опросник уровня агрессивности Басса-Дарки (BDHI), Краткая психиатрическая оценочная шкала (BPRS). Применялись непараметрические методы статистики (H-критерий Краскелла-Уоллиса, U-критерий Манна-Уитни, корреляционный анализ Спирмена), при выявлении достоверных межгрупповых различий ($p \leq 0.05$) рассчитывались размеры эффектов (Cohen's d).

Результаты. Обследованы 102 человека, 51(50,0%) мужчин, 51(50,0%) женщин, средний возраст — 35,5±9,7 лет. У 58(74,4%) ВИЧ-инфицированных респондентов выявлены психические нарушения. Сочетание ВИЧ-инфекции и шизофрении было связано с более выраженными показателями большинства агрессивных тенденций ($p<0,05$) в группе ВИЧ-инфицированных исследуемых лиц. В сравнении с ВИЧ-негативными участниками исследования, ВИЧ-инфицированные больные шизофренией демонстрировали большие средние значения по субшкалам «Физическая агрессия» ($p<0,001$, Cohen's $d=1,0$), «Вербальная агрессия» ($p<0,001$, Cohen's $d=1,0$) и интегральному показателю «Агрессивность» ($p=0,004$, Cohen's $d=0,86$). Вне зависимости от сопутствующей психической патологии, пациенты, находящиеся на 4Б клинической стадии ВИЧ-инфекции, отличались большими баллами по субшкалам: «Физическая агрессия», «Косвенная агрессия», «Вербальная агрессия», «Негативизм», «Агрессивность» ($p < 0,05$).

Заключение. Полученные результаты способствуют пониманию особенностей и механизмов развития агрессивных тенденций ВИЧ-инфицированных лиц и диктуют необходимость дальнейших исследований в этой области с целью улучшения качества и персонализации психофармакологической и психотерапевтической помощи пациентам с сопутствующими психическими расстройствами.

Ключевые слова: агрессивность; враждебность; психические расстройства; ВИЧ-инфекция; коморбидность; опросник агрессивности Басса-Дарки

Информация об авторах:
Халезова Надежда Борисовна — e-mail: khalezo@gmail.com; https://orcid.org/0000-0003-3461-1128
Лутова Наталия Борисовна — e-mail: lutova@mail.ru; https://orcid.org/0000-0002-9481-7411
Хобейш Мария Александровна* — e-mail: mariakhobeysh@mail.ru; https://orcid.org/0000-0002-8860-986X

Как цитировать: Халезова Н.Б., Лутова Н.Б., Хобейш М.А. Агрессивные тенденции ВИЧ-инфицированных лиц с коморбидной психической патологией. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. 2022; 56:2:67-77. http//doi.org/10.31363/2313-7053-2022-56-2-67-77

Конфликт интересов: Н.Б. Лутова является членом редакционного совета.

Автор, ответственный за переписку: Хобейш Мария Александровна — e-mail: mariakhobeysh@mail.ru;

Corresponding author: Maria A. Khobeysh — e-mail: mariakhobeysh@mail.ru.

The aggressive tendencies in HIV-positive persons with concomitant mental disorders

Research article

Khalezova N.B.[1], Lutova N.B.[3], Khobeysh M.A.[3]
[1]Center for the Prevention and Control of AIDS and Infectious Diseases, St. Petersburg, Russia
[2]I.P. Pavlov First Saint-Petersburg State Medical University, St. Petersburg, Russia
[3]V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology, St. Petersburg, Russia

Summary. Hostility and aggressiveness can be a marker of individual psychological vulnerability to stressors leading to reduced social adjustment and the risk of mental disorder manifestation. The aggressive tendencies prevalence is believed to be high among people living with HIV. With an increase in the incidence of HIV infection, the number of HIV-positive patients with concomitant mental disorders is increasing.

Aim: to evaluate the intensity and the structure of aggressive tendencies in HIV-infected persons with concomitant mental disorders. Material and Methods. 78 HIV-positive persons and 24 HIV-negative psychiatric patients. The Bass-Darkie Aggressive Level Questionnaire (BDHI) and Short Psychiatric Assessment Scale (BPRS) were used. Nonparametric statistics, dispersion analysis was performed with $p \leq 0.05$, Cohen's d calculated (effect size).

Results. We examined 102 people, 51 (50.0%) men, 51 (50.0%) women, the average age — 35.5 ± 9.7 years. 58 (74.4%) HIV-infected respondents had mental disorders. HIV-positive persons with schizophrenia had higher values of most aggressive tendencies ($p<0.05$) in the group of HIV-infected subjects. In comparison with HIV-negative patients, HIV-positive persons with schizophrenia had higher mean values of «Physical aggression» ($p<0.001$, Cohen's d=1.0), «Verbal aggression» ($p <0.001$, Cohen's d = 1, 0), and «Aggressiveness» ($p=0.004$, Cohen's d=0.86). 4B clinical stage of HIV infection was associated with higher scores of «Physical aggression», «Indirect aggression», «Verbal aggression», «Negativism», «Aggressiveness» ($p<0,05$).

Conclusion. The study findings contribute to the understanding of the features of aggressive tendencies in HIV-positive persons and call for further research to improving the quality and personalization of medical care for patients with concomitant mental disorders.

Keywords: aggression; hostility; mental disorders; HIV infection; comorbidity; BDHI

Information about the authors:
Nadezhda B. Khalezova — e-mail: khalezo@gmail.com; https://orcid.org/0000-0003-3461-1128
Natalia B. Lutova — e-mail: lutova@mail.ru; https://orcid.org/0000-0002-9481-7411
Maria A. Khobeysh* — e-mail: mariakhobeysh@mail.ru; https://orcid.org/0000-0002-8860-986X

To cite this article: Khalezova NB, Lutova NB, Khobeysh MA. The aggressive tendencies in HIV-positive persons with concomitant mental disorders. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2022; 56:2:67-77. http//doi.org/10.31363/2313-7053-2022-56-2-67-77. (In Russ.)

Conflict of interest: Natalia B. Lutova is a member of the editorial board.

Современная биопсихосоциальная модель оценки психических расстройств подразумевает рассмотрение всех ее составляющих. Такой подход включает как «биологический» блок, учитывающий взаимные влияния психических и соматических факторов, в том числе инфекционных заболеваний, так и «психологический» и «социальный» блоки, отражающие влияния психологических характеристик и социальных факторов на состояние пациента. Одним из серьезных «биологических» факторов риска развития психических расстройств является ВИЧ-инфекция. При ее высокой распространенности — общая численность ВИЧ-инфицированных в РФ на 31 декабря 2020 составила 1 492 998 человек [12], — у 2/3 больных ВИЧ-инфекцией отмечаются неврологические и психические нарушения, при этом распространенность ВИЧ-ассоциированного нейрокогнитивного расстройства (ВАНР) может достигать 84% [2]. Также приводятся данные о том, что психические расстройства имеются у большинства (85,6%) ВИЧ-инфицированных лиц, зарегистрированных в Санкт-Петербурге [15]. С другой стороны, на фоне сохраняющегося роста заболеваемости ВИЧ-инфекцией закономерно увеличивается число ВИЧ-положительных больных психиатрического профиля. По данным зарубежной литературы, распространенность ВИЧ-инфекции среди лиц с психическими расстройствами в несколько раз выше распространенности ВИЧ-инфекции в общей популяции и составляет от 3,1% до 23%, при этом до 85% ВИЧ-положительных лиц имеют симптомы депрессии [27, 28, 33, 34].

Люди, живущие с ВИЧ-инфекцией (ЛЖВ), подвергаются не только биологическому воздействию самого инфекционного агента и лекарственной терапии. Они также испытывают психологические трудности, включающие переживания, связанные с развитием заболевания, необходимостью длительного и постоянного лечения, возникающими трудностями во внутрисемейных отношениях и социальным давлением, обусловленным стигмой ВИЧ-инфекции [29]. Последние повышают риск развития депрессии, тревожных переживаний, чувства вины [7], а проявления социального давления могут провоцировать развитие враждебности к окружающему миру. Согласно литературным данным, показатели агрессивности и враждебности среди ЛЖВ выше, чем в среднем в популяции [8, 13] и усиливаются при

коморбидной аддиктивной патологии [5,6]. Отмечаются и особенности агрессивных тенденций при ВИЧ-инфекции: так, лица, инфицированные парентеральным путем, характеризовались достоверно более высокими показателями индекса агрессивности, а пациенты, инфицированные половым путем и при неизвестных обстоятельствах, имели достоверно более высокий показатель индекса враждебности [4].

В то же время потенциальная агрессия лиц с психическими расстройствами представляет собой серьезную проблему здравоохранения, затрагивающую пациентов, их семьи, лечащих врачей и общество в целом. В литературе на сегодняшний день имеются многочисленные исследования агрессивных тенденций больных с психическими расстройствами. Получены данные о том, что враждебность при психических расстройствах имеет свои особенности, выражающиеся в амбивалентности, настороженности, подозрительности, а также тенденции к генерализации [7]. Однако, говоря об исследованиях агрессивности и враждебности, стоит отметить, что они редко включают в себя изучение ВИЧ-инфицированных больных психическими расстройствами без аддиктивной патологии.

Согласно теоретическим воззрениям, повышенная агрессивность, впрочем, как и враждебность, является системным конструктом, возникающим у индивида в условиях внешней или внутренней детерминации в связи с предрасполагающими личностно-характерологическими, анатомо-физиологическими и нейропсихологическими факторами, в том числе — с наличием психического расстройства [19,20].

Структурно-функциональные исследования важную роль в формировании адекватного, приемлемого поведения отводят орбитофронтальной коре головного мозга, связывая импульсивность и агрессивность с повреждениями этой области. Агрессивный диатез можно представить как дисбаланс между регуляторными системами орбитофронтальной зоны и передней поясной извилины, ответственными за адаптивность поведенческой реакции с учетом восприятия социальных сигналов и прогнозирования соответствующих вознаграждений и наказаний [25], и лимбической системы, а именно миндалевидного тела и островковой доли [17]. Некоторые исследователи считают, что вероятность агрессивного поведения повышается при снижении тормозного контроля профронтального косплекса, в частности орбитофронтальной коры и передней поясной извилины, наряду с чрезмерной активностью лимбической системы [26, 30]. Признается важная роль лобных долей в реализации неосознаваемой агрессии, определяемой личностными установками, у больных с длительно текущими заболеваниями, затрагивающими ЦНС, например, при рассеянном склерозе [10]. Кроме того, на развитие раздражительности и импульсивной агрессии влияют недостаточность серотонинергической системы, катехоламиновая стимуляция, нарушения активности холинергической системы, ведущей к гиперактивности лимбической системы [22,24,30].

С практической точки зрения важно дифференцировать понятия «агрессивность» и «враждебность». По Buss-Durkee, враждебность — длительное и устойчивое негативное отношение или система оценок, применяемые к окружающим людям, предметам и явлениям. Он причислял враждебность к когнитивному компоненту психики, в то время как гнев и агрессия считались эмоциональными и поведенческими компонентами, соответственно [18].

В литературе встречаются данные о модели ABC, при которой выделяют 3 составляющие агрессивных тенденций: аффективный, поведенческий и когнитивный аспекты, нарушения регуляции которых в свою очередь могут повысить уязвимость к межличностным конфликтам, ослабить социальную поддержку и усилить психологический стресс [21]. Аффективная составляющая представляет собой тенденцию испытывать такие негативные эмоции, как раздражение, злость, гнев. Поведенческий аспект гнева реализуется через агрессивное поведение как в виде вербальной агрессии (оскорбление, грубость, сарказм), так и физических проявлений гнева [21]. Часто подобное поведение среди ВИЧ-инфицированных выступает в качестве защитного механизма против явлений стигматизации и дискриминации [20]. Когнитивные проявления враждебности, в том числе недоверие ВИЧ-инфицированных лиц к окружающим, значимо влияют на решение о раскрытии ВИЧ-статуса и снижение социальной поддержки [20].

Данные исследований, свидетельствующие об отсутствии взаимосвязи враждебности с конкретной нозологической принадлежностью, указывают на универсальность враждебности и агрессивности как психологического маркера психических расстройств [4]. В то же время враждебность и агрессивность индивидов может являться маркером индивидуальной психологической уязвимости стрессовым факторам, вследствие чего снижается адаптация к социальным условиям и могут манифестировать заболевания.

Многообразие теорий, неоднозначность терминологии, существующие различия в феноменологическом подходе к оценке и изучению агрессивных тенденций, а также высокая социальная значимость стигматизирующих стереотипов относительно высокой агрессивности лиц с психическими расстройствами и ВИЧ-инфицированных больных делает актуальными и значимыми дополнительные исследования в области изучения агрессивных тенденций эмоциональной, когнитивной и поведенческой сфер у ВИЧ-инфицированных пациентов с коморбидными психическими расстройствами.

Гипотеза исследования: Особенности регуляции агрессивного поведения и снижения адаптивности когнитивного и эмоционального компонента агрессивных тенденций у ВИЧ-инфицированных лиц различаются в зависимости от коморбидной психической патологии.

Целью исследования явилось изучение структуры агрессивных тенденций у ВИЧ-инфицированных лиц с коморбидной психической патологией. В задачи исследования входило:1) описание интенсивности и структуры агрессивных тенденций ВИЧ-инфицированных лиц; 2) оценка клинико-динамических особенностей ВИЧ-инфекции, ассоциированных с развитием агрессивных тенденций; 3) сравнение интенсивности и структуры агрессивности и враждебности у ВИЧ-инфицированных и ВИЧ-негативных больных шизофренией.

Материалы и методы. Тип исследования — кросс-секционное. Для определения различий в агрессивности и враждебности ЛЖВ в зависимости от наличия коморбидной психической патологии было обследовано 78 человек с ВИЧ-инфекцией, проходивших лечение в СПб ГБУЗ «Центр СПИД и инфекционных заболеваний», СПб ГБУЗ «Больница им. П.П. Кащенко», СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница № 6». Для определения вклада ВИЧ-инфекции в развитие агрессивных тенденций у пациентов с тяжелыми психическими расстройствами дополнительно были обследованы 24 ВИЧ-негативных пациента с шизофренией, проходивших лечение в НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, которым, согласно литературным данным [1,11,32], потенциально характерны высокие уровни агрессивности и враждебности.

Критериями включения в исследование были: 1) добровольное информированное согласие на участие в исследовании, 2) добровольное обращение за медицинской помощью, 3) возраст от 18 до 70 лет. Критерии невключения: 1) невозможность пациента понять смысл или выполнять процедуры исследования в силу актуального психического или соматического статуса, 2) наличие на момент осмотра коморбидных инфекционных поражений ЦНС, посттравматических изменений ЦНС (не более 3 ЧМТ в анамнезе), 3) злоупотребление ПАВ в течение последних 12 месяцев, 4) наличие острой психопатологической симптоматики.

Регистрация социо-демографических и анамнестических данных пациентов, в том числе деталей анамнеза заболевания ВИЧ-инфекцией, производилась по данным медицинской документации. Для оценки выраженности психопродуктивной симптоматики у больных шизофренией использовалась краткая психиатрическая оценочной шкала (The Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS) [23]. Опросник уровня агрессивности Басса-Дарки (Buss — Durkee Hostility Inventory, BDHI) [18] использовался для оценки агрессивных тенденций респондентов. Определялись интенсивность физической, вербальной и косвенной агрессии, обиды, подозрительности, чувства вины, негативизма, раздражительности, а также двух интегральных показателей — агрессивности и враждебности. Показатель агрессивности определялся уровнями физической агрессии, раздражения и вербальной агрессии. Враждебность, как когнитивно-эмоциональная реакция, согласно этой методике, определялась выраженностью обиды и подозрительности. Значения повышенного уровня агрессивной тенденции по методике BDHI: для физической агрессии, вербальной агрессии, негативизма, чувства вины — ≥ 53 баллов, для косвенной агрессии, раздражения, подозрительности, обиды, враждебности — ≥ 37 баллов, для агрессивности — ≥ 50 баллов.

Математико-статистический анализ полученных результатов проводился с использованием программы Statistica 12.0 (StatsoftInc., США). Использовались дескриптивные статистики. Нормальность распределения оценивалась, с использованием z-критерия Колмогорова-Смирнова. Применялись непараметрические методы статистики (H-критерий Краскелла-Уоллиса, U-критерий Манна-Уитни, корреляционный анализ Спирмена), при выявлении значимых межгрупповых различий ($p \leq 0.05$) дополнительно были рассчитаны размеры эффектов по критериям Cohen's d (отсутствует ≤0,19, слабый -0,2-0,49, средний — 0,5-0,79, сильный — ≥ 0,8). Статистически значимыми признавались результаты при уровне $p<0,05$.

Результаты. Всего обследовано 102 человека, из них 51 (50,0%) мужчин, 51 (50,0%) женщин, средний возраст составил 35,5±9,68 (от 18 до 60) лет. 76,5% (78) выборки представлены ВИЧ-положительными лицами, 23,5% (24) — ВИЧ-негативными пациентами.

Социо-демографические и клинические особенности ВИЧ-инфицированных пациентов.

Было обследовано 78 ВИЧ-инфицированных лиц, из них — 40 (51,3%) мужчин, 38 (48,7%) женщин. Средний возраст 36,5±8,4 лет. В равном количестве в исследовании были представлены респонденты, находящиеся в браке, и холостые лица (по 32 (41,0%)). 14 человек (18,0%) были в разводе или вдовствовали. Большинство обследованных имели постоянную занятость: работали (53 — 68,0%) или учились (4 — 5,6%). Безработным оказался 21 человек (26,4%). Большая часть обследованных имели высшее образование (42 — 54%). Лишь 11 человек (14,1%) имели инвалидность.

На 2Б клинической стадии ВИЧ-инфекции находились 6 пациентов (7,8%), на 3 — 29 (37,2%), на 4А -28 (35,9%), на 4Б — 14 человек (17,9%), лишь 1 пациент (1,2%) находился на 4В стадии. Большинство больных находились на диспансерном наблюдении — 59 человек (75,6%), однако степень регулярности посещений варьировала. Несмотря на это, большая часть респондентов не принимали высокоактивную антиретровирусную терапию (54 — 69,2%), 8 человек (10,3%) получали лечение в прошлом, но по разным причинам бросили приём лекарств Сопутствующая инфекционная патология была выявлена у меньшинства: хронический вирусный гепатит В — у 4 пациентов (5,2%), хронический вирусный гепатит С — у 16 (20,8%), туберкулез — у 4 (5,2%) Давность установления диагноза ВИЧ-инфекции сильно варьировала (от 2 недель до 17 лет).

По результатам клинического психиатрического обследования у 58 (74,4%) ВИЧ-

Таблица1. Распространенность психических расстройств в соответствии с рубриками МКБ-10 в общей выборке
Table1. The prevalence of mental disorders according to ICD-10 in the study sample

ВИЧ-статус	Диагностическая рубрика (МКБ-10)	Количество пациентов (абс.% ко всей выборке)
ВИЧ- положительные	Невротические и связанные со стрессом расстройства (F4x)	18 (17,7%)
	Органические, включая симптоматические, психические расстройства (F06.xx4), связанные с ВИЧ-инфекцией	16 (15,7%)
	Шизофрения (F20.x)	24 (23,5%)
	Без психиатрического диагноза	20 (19,6%)
ВИЧ-негативные	Шизофрения (F20.x)	24 (23,5%)
	Всего	102 (100%)

Таблица 2. Средние баллы опросника BDHI в подгруппах ВИЧ-инфицированных лиц
Table 2. The average scores of BDHI scales in HIV-positive patients

Агрессивная тенденция	Психически здоровые лица с ВИЧ-инфекцией, Mx(SD)	ВИЧ-инфекция +F4, Mx(SD)	ВИЧ-инфекция +F06, Mx(SD)	ВИЧ-инфекция + F2, Mx(SD)	Критерий статистической значимости различий с группой ВИЧ-инфицированных лиц без коморбидной патологии
Физическая агрессия	36,5 (24,1)	35,6 (20,4)	34,0(22,1)	64,6 (27,7)	p1-p4<0,05 Cohen`s d=1,1
Косвенная агрессия	29,7 (16,6)	33,8 (14,9)	23,8 (16,8)	44,0 (15,3)	p1-p4<0,05 Cohen`s d=0,9
Вербальная агрессия	86,5 (34,3)	73,6 (27,1)	62,2 (36,5)	108,9 (34,9)	p1-p4<0,05 Cohen`s d=0,65
Негативизм	41,0 (23,8)	36,7 (19,7)	35,1 (22,3)	53,3 (26,8)	
Раздражение	38,0 (24,1)	45,2 (28,0)	40,3 (28,3)	55,9 (27,7)	p1-p4<0,05 Cohen`s d=0,69
Подозритель-ность	32,5 (19,7)	36,1 (13,3)	39,6 (23,2)	55,0 (23,0)	p1-p4<0,05 Cohen`s d=1,1
Обида	28,4 (20,5)	37,5 (14,2)	35,3 (18,9)	40,1 (19,5)	
Чувство вины	56,4 (22,4)	68,4 (19,8)	60,3 (27,4)	72,9 (18,6)	p1-p4<0,05 Cohen`s d=0,8
Агрессивность	53,6 (18,5)	51,5 (19,7)	46,3 (23,2)	76,5 (26,5)	p1-p4<0,05 Cohen`s d=1,0
Враждебность	30,2 (16,2)	35,8 (13,1)	37,8 (17,2)	47,6 (17,6)	p1-p4<0,05 Cohen`s d=1,0

Примечание: Серым цветом отмечены ячейки с показателями, превышающими нормативные значения

инфицированных респондентов были выявлены психические нарушения. Соответствие выявленных психических расстройств рубрикам МКБ-10 указано в Табл.1.

Особенности агрессивных тенденций у ВИЧ-инфицированных лиц

Средние баллы по результатам опросника BDHI в исследуемых подгруппах ВИЧ-инфицированных пациентов (в соответствии с диагностическими рубриками МКБ-10) указаны в Табл.2.

Средние баллы по всем шкалам опросника BDHI в группах ВИЧ-положительных лиц без психических расстройств и ВИЧ-положительных лиц с расстройствами невротического спектра значимо не отличались. Лица из группы больных органическими расстройствами демонстрировали меньший в сравнении с ВИЧ-положительными лицами с невротическими расстройствами уровень косвенной агрессии (p<0,05).

Наибольшие показатели большинства агрессивных тенденций, оцениваемых по BDHI, демонстрировали ВИЧ-положительные пациенты с шизофренией (p<0,05). Эти пациенты обнаруживали одинаковый уровень раздражения, обиды, чувства вины и враждебности с ВИЧ-инфицированными

лицами с органическими расстройствами. Уровень негативизма у ВИЧ-инфицированных лиц без сопутствующих психических расстройств и ВИЧ-инфицированных пациентов с шизофренией не обнаружил статистических различий. Средние значения по субшкале «Чувство вины» превышали нормативные значения у пациентов с ВИЧ-инфекцией вне зависимости от психиатрического диагноза.

Корреляционный анализ не обнаружил достоверных взаимосвязей между длительностью течения ВИЧ-инфекции и интенсивностью деструктивных тенденций ни в одной из обследуемых подгрупп ВИЧ-инфицированных лиц. Поскольку на 4 В стадии находился лишь один человек, его результаты были исключены из дисперсионного анализа выраженности агрессивных тенденций в зависимости от клинической стадии ВИЧ-инфекции. Проведенные анализ показал, что пациенты на более выраженной (4Б) стадии отличались более высокими баллами по субшкалам: «Физическая агрессия» (H (4, N= 79) =17,6, p =0,001), «Косвенная агрессия» (H (4, N= 79) =11,5, p<0,05), «Вербальная агрессия» (H (4, N= 79) =12,4, p<0,05), «Негативизм» (H (4, N= 79) =20,8, p <0,001), «Агрессивность» (H (4, N= 79) =14,9, p <0,01).

Особенности ВИЧ-инфицированных и ВИЧ-негативных больных с шизофренией

Средние значения по краткой оценочной психиатрической шкале BPRS у ВИЧ-положительных (53,88±14,95 баллов) и ВИЧ-негативных (59,71±17,42 баллов) пациентов с шизофренией значимо не отличались и соответствовали умеренному уровню интенсивности психопродуктивной симптоматики. В структуре психопатологической картины обнаружены достоверные различия: так ВИЧ-негативные пациенты с шизофренией отличались более выраженной тревогой, депрессией и отгороженностью (p<0,05). Стоит отметить, что дисперсионный и корреляционный анализ, соответственно, не выявил различий в выраженности психопродуктивной симптоматики в зависимости от стадии ВИЧ-инфекции и длительности течения инфекционного заболевания у ВИЧ-инфицированных больных шизофренией.

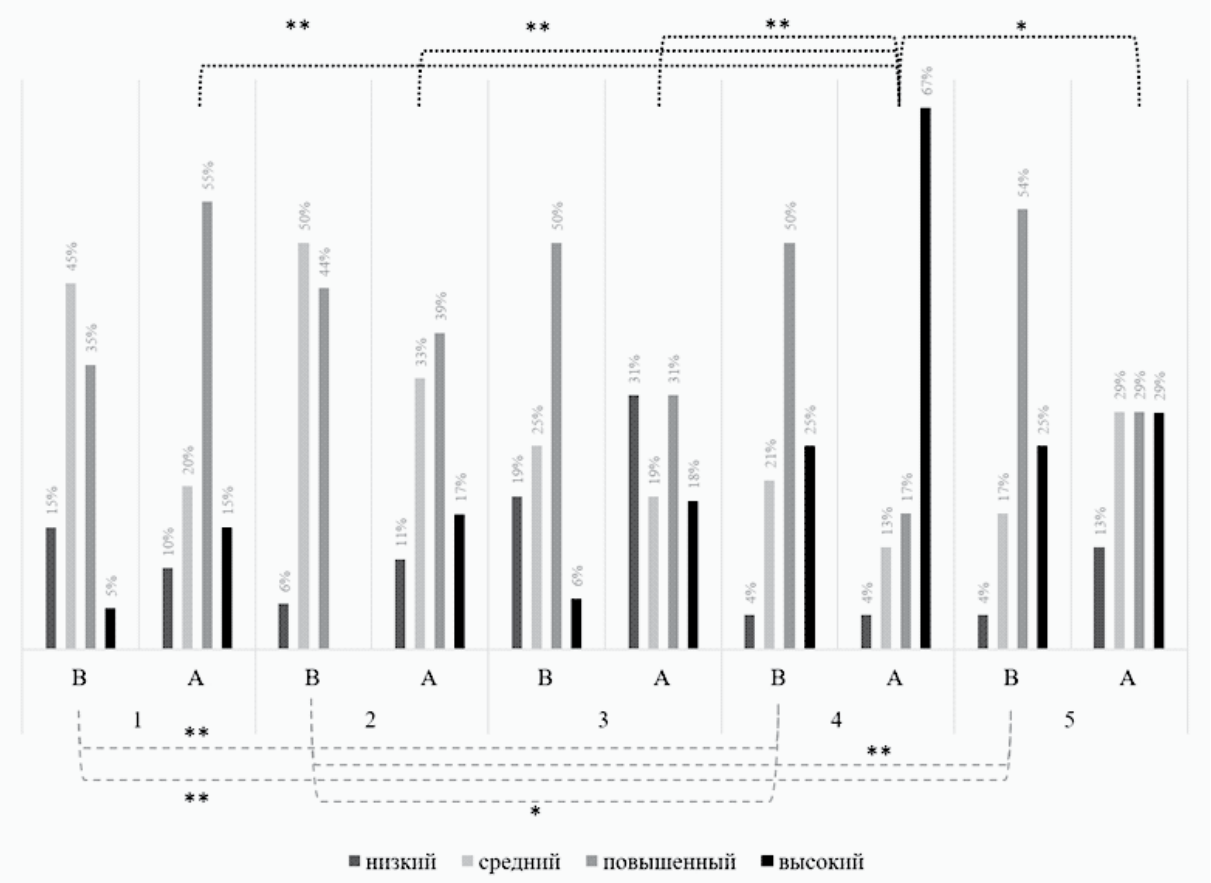
Взаимосвязи между интенсивностью продуктивной симптоматики и выраженностью агрессивных тенденций в группе ВИЧ-негативных пациентов с шизофренией не обнаружено. Для ВИЧ-инфицированных лиц с шизофренией были выявлена взаимосвязь между нарастанием выраженности продуктивной симптоматики, оцениваемой по шкале BPRS, и интенсивностью отдельных агрессивных тенденций: физической, косвенной, вербальной агрессией (r=0,4, p<0,05), раздражением и обидой (r=0,6, p<0,05), агрессивностью и враждебностью (r=0,5, p<0,05).

Изучение агрессивных тенденций у ВИЧ-инфицированных пациентов с шизофренией выявило статистически значимые различия в структуре агрессивности в сравнении с ВИЧ-негативными участниками исследования, что указано в табл. 3. Так ВИЧ-положительные больные демонстрировали более высокие средние значения по субшкалам «Физическая агрессия» (p<0,001, Cohen's d=1,0), «Вербальная агрессия» (p<0,001, Cohen's d=1,0) и интегральному показателю «Агрессивности» (p=0,004, Cohen's d=0,86).

Таблица 3. Средние баллы опросника BDHI в подгруппах пациентов с шизофренией
Table 3. The average scores of BDHI scales in patients with schizophrenia

Агрессивная тенденция (Критерий статистической значимости, размер эффекта)	ВИЧ-положительные пациенты	ВИЧ-негативные пациенты
	Mx(SD)	Mx(SD)
Физическая агрессия* (p<0,001, Cohen's d=1,0)	64,6 (27,7)	37,1 (23,7)
Косвенная агрессия	44 (15,3)	39 (16,9)
Вербальная агрессия* (p<0,001, Cohen's d=1,0)	108,9 (34,9)	75,8 (28,6)
Негативизм	53,3 (26,8)	50 (25)
Раздражение	55,9 (27,7)	54,5 (24,2)
Подозрительность	55 (23)	54,2 (25,5)
Обида	40,1 (19,5)	42 (11,8)
Чувство вины	72,9 (18,6)	61,9 (22,9)
Агрессивность* (p=0,004, Cohen's d=0,86)	76,5 (26,5)	55,8 (20,9)
Враждебность	47,6 (17,6)	48,1 (16)

Примечание: Серым цветом отмечены ячейки с показателями, превышающими нормативные значения



Примечание. 1 — ВИЧ-положительные пациенты без психических расстройств, 2 –ВИЧ-положительные пациенты с коморбидными расстройствами рубрики F4, 3 — ВИЧ-положительные пациенты с коморбидными расстройствами рубрики F06, 4 — ВИЧ-положительные пациенты с коморбидными расстройствами рубрики F2, 5 — ВИЧ-негативные пациенты с коморбидными расстройствами рубрики F2.

Рис. 1. Уровни индексов враждебности (B) и агрессивности (A) в исследуемых подгруппах
Fig. 1. The integral indexes of hostility (B) and aggressiveness (A) in the study groups

Особенности интегральных индексов агрессивности и враждебности.

В ходе исследования были обнаружены достоверные различия в распространенности различных уровней индекса агрессивности и враждебности в исследуемых подгруппах, что указано на Рис.1.

При изучении структуры интенсивности враждебности достоверных различий в подгруппах ВИЧ-инфицированных пациентов без шизофрении обнаружено не было. В то же время частота превышения индекса враждебности среди ВИЧ-положительных пациентов с диагнозами из рубрик F06 и F02 и ВИЧ-негативных лиц с шизофренией была схожей (50-54%). Наименее враждебными оказались ВИЧ-положительные лица без психических нарушений и ВИЧ-инфицированные больные с невротическими расстройствами (F4). Сравнение представленности превышающих норму уровней индекса агрессивности обнаружило интересную находку. Так, единственной подгруппой, значимо отличающейся превалирующе высоким уровнем агрессивности, в сравнении с другими исследуемыми подгруппами, оказались ВИЧ-инфицированные пациенты с шизофренией.

Обсуждение. Были выявленные особенности структуры и интенсивности агрессивных тенденций ВИЧ-инфицированных лиц при коморбидной психической патологии.

Так единственной подгруппой, отличающейся превышением нормативных значений по всем видам деструктивных тенденций, оказались ВИЧ-инфицированные больные шизофренией. Ни пациенты с органическими расстройствами, ни ВИЧ-инфицированные лица с невротическими расстройствами не обнаружили различий в интенсивности агрессивных тенденций, в сравнении с психически здоровыми лицами с ВИЧ-инфекцией. Картина агрессивных тенденций ВИЧ-инфицированных лиц с органическими расстройствами и с шизофренией оказалась схожей по показателю враждебности. Следует отметить, что при изучении выраженности индек-

са агрессивности выявлены различия результатов каждой исследуемой подгруппы с показателями ВИЧ-инфицированных лиц с шизофренией. Обращает внимание отсутствие значимых различий в склонности к агрессивному поведению среди больных шизофренией без ВИЧ-инфекции и ВИЧ-положительных пациентов без шизофрении. Можно предположить, что показатель агрессивности в первой группе нарастал в зависимости от особенностей психопатологической картины при тяжелом психическом расстройстве, в то время как во второй группе — основным фактором риска потенциальной агрессивности был прямой цитопатический эффект ВИЧ-инфекции. В то же время уровень интегрального показателя враждебности все-таки различался в разных нозологических группах, что не соотносится с данными отечественных исследований [7].

Присоединении ВИЧ-инфекции к шизофрении было связано с усилением выраженности отдельных агрессивных тенденций, в частности физической, вербальной агрессии и интегрального показателя агрессивности. Выявленные различия в структуре агрессивных тенденций ВИЧ-положительных и ВИЧ-негативных больных шизофренией можно рассматривать как следствие вклада как органических факторов, а именно вероятного вовлечения лобных отделов коры ГМ и нарушения «контроля» над лимбической системой наряду с прямыми ВИЧ-ассоциированными нарушениями в ЦНС, так и психосоциальных факторов, ассоциированных с наличием ВИЧ-инфекции, стигматизируемой в обществе и сопровождаемой многочисленными негативными психологическими и соматическими реакциями. Так пациенты с ВИЧ-инфекцией и шизофренией отличались более выраженной физической, вербальной агрессией и агрессивностью в целом. При этом значимых различий среди ВИЧ-положительных и ВИЧ-негативных пациентов в уровне враждебности, нарастание которой может быть ассоциировано с клиническими проявлениями шизофрении, выявлено не было.

В литературе встречаются различные мнения относительно возможного влияния сопутствующего инфекционного поражения ЦНС при ВИЧ-инфекции на течение эндогенного психического заболевания. Согласно некоторым из них, между ВИЧ-инфекцией и шизофренией существуют антагонистические отношения, в следствие чего ВИЧ-инфицированные больные шизофренией характеризуются менее выраженной как позитивной, так и негативной симптоматикой по сравнению с ВИЧ-негативными пациентами с расстройствами шизофренического спектра [9]. В проведенном исследовании, наряду с отсутствием достоверных различий по общему баллу шкалы BPRS среди ВИЧ-негативных и ВИЧ-положительных участников исследования, в подгруппе ВИЧ-негативных пациентов с шизофрений отмечались большие значения по показателям тревоги, отгороженности и депрессивных переживаний. Принявшие участие в исследовании больные находились на этапе становления ремиссии, а не в остром психозе, на фоне которого выраженная враждебность или непосредственные агрессивные поведенческие реакции были бы ожидаемы и являлись прежде всего следствием актуальных психотических переживаний, нежели проявлением глубинных психологических характеристик [35]. В отличие от контрольной группы ВИЧ-негативных пациентов, ВИЧ-положительные пациенты с шизофренией демонстрировали усиление большинства из изучаемых агрессивных тенденций при нарастании интенсивности психопродуктивной симптоматики. Выявленные корреляционные связи между интенсивностью психопатологических симптомов и показателями агрессивности и враждебности, соотносящиеся с данными литературы [31], могут объясняться влиянием как функциональных, так и органических изменений в головном мозге, ассоциированных с ВИЧ-инфекцией, в основе которых предполагается прямое цитопатическое действие ВИЧ, направленное на клетки нейроглии, макрофаги и клетки эндотелия кровеносных сосудов ЦНС. Для подтверждения этого влияния необходимы дополнительные инструментальные и лабораторные исследования: сравнение нейрофизиологической активности основных структур, ответственных за агрессивное поведение у ВИЧ-положительных и ВИЧ-негативных лиц с шизофренией с одинаковой выраженностью психопродуктивной симптоматики, а также изучение показателей клеточного и гуморального иммунитета и гормонов гипоталамо-гипофизарно-адреналовой системы [25, 3].

Взаимосвязей между клинико-динамическими параметрами ВИЧ-инфекции и интенсивностью психопродуктивной симптоматики, оцениваемой по шкале BPRS, среди ВИЧ-инфицированных выявлено не было. При этом было обнаружено, что, вне зависимости от наличия коморбидной патологии, более выраженная клиническая стадия ВИЧ-инфекции была ассоциирована с более высокими показателями интегрального индекса агрессивности и всех видов агрессии, оцениваемых методикой BDHI. Некоторые исследования подтверждают нарастание деструктивных тенденций при переходе на более тяжелую клиническую стадию, в первую очередь враждебности, наиболее вероятным объяснением чего представляются органические процессы, лежащие в основе ВАНР [3], другие — сообщают об уменьшении агрессивных тенденций, объясняя это психосоциальной адаптацией к своему заболеванию на фоне постепенного развития психоорганического синдрома [14].

Было обнаружено, что средние значения по показателям «Вербальная агрессия», «Раздражение» и «Чувство вины» превышали нормативные во всех обследованных подгруппах ВИЧ-инфицированных лиц вне зависимости от особенностей коморбидной патологии. Это позволяет предполагать, что усиление этих феноменов характерно непосредственно ВИЧ-инфекции как таковой, однако это требует дополнительного изучения с расширением нозологической при-

надлежности коморбидной патологии, поскольку при сравнении показателей пациентов с шизофренией достоверные различия были выявлены лишь по одному из вышеперечисленных критериев — «Вербальной агрессии». Кроме этого, обращает на себя внимание отсутствие достоверных различий в показателях «Негативизма» и «Обиды» ВИЧ-инфицированных респондентов исследуемых подгрупп. При этом средние значения по субшкале «Обида» превышали нормативные в подгруппах пациентов с органическими расстройствами и больных шизофренией, в то время как показатели по критерию «Чувство вины» превышали нормативные во всех исследуемых подгруппах. Описанные феномены по сути являются реакциями, связанными с социальным взаимодействием. Таким образом ВИЧ-инфицированные больные демонстрировали схожие психологические реакции — склонность к негативному восприятию самого себя, угрызениям совести вне зависимости от интенсивности ауто- и гетероагрессивных поведенческих реакций, различающихся в нозологических группах.

Заключение. Выявленные особенности агрессивности и враждебности у ВИЧ-инфицированных лиц с различными психическими расстройствами позволяют, с одной стороны, лучше понимать эмоциональные и поведенческие реакции, связанные как с самой ВИЧ-инфекцией, так и с психическим расстройством. С другой стороны, полученные результаты отражают необходимость дальнейших исследований феноменов агрессивности и враждебности среди ВИЧ-инфицированных больных в виду комплексного воздействия причин их развития. Более точное понимание механизмов развития агрессивных тенденций в этой, во многом социально уязвимой, группе пациентов — ВИЧ-инфицированных лиц с коморбидными психическими расстройствами — может позволить улучшить качество оказания как психофармакологической, так и психотерапевтической помощи.

Литература / References

1. *Белоусова М.Л. Судебно-психиатрическое значение современных тенденций общественно опасных действий, совершаемых больными шизофренией (клинико-эпидемиологическое исследование): дис.. канд. мед. наук. М. 2003.*
   Belousova M.L. Sudebno-psikhiatricheskoe znachenie sovremennykh tendentsii obshchestvenno opasnykh deistvii, sovershaemykh bol'nymi shizofreniei (kliniko-epidemiologicheskoe issledovanie): dis.. kand. med. nauk. M. 2003. (In Russ.).
2. *Беляков Н.А. Головной мозг как мишень для ВИЧ. СПб.: Балтийский медицинский образовательный центр. 2011.*
   Belyakov N.A. Golovnoj mozg kak mishen' dlya VICH. SPb.: Baltiyskiy medicinskiy obrazovatel'niy centr. 2011. (In Russ.).
3. *Гайсина А.В. Патофизиологические механизмы формирования ВИЧ-ассоциированных нейрокогнитивных расстройств. Автореф. дис.. канд. биол. наук. 2011.*
   Gaisina A.V. Patofiziologicheskie mekhanizmy formirovaniia VICh-assotsiirovannykh neirokognitivnykh rasstroistv. Avtoref. dis.. kand. biol. nauk. 2011. (in Russ.).
4. *Жабенко Н.Ю. Изучение параметров агрессивности при ВИЧ-инфекции. Україньский вісник психоневрології. 2012;20(1):59–61.*
   Zhabenko NYu. Study of aggressive behavior in patients with HIV. Ukrainskij Vestnik Psichonevrologii. 2012;20(1):59–61. (In Russ.).
5. *Илюк Р.Д. Громыко Д.И., Бочаров В.В., Шишкова А.М., Ильюшкина Е.В., Киселев А.С., Незнанов Н.Г., Крупицкий Е.М. Предикторы агрессии и гнева у больных с синдромом зависимости от опиоидов с различным ВИЧ-статусом. Вопросы наркологии. 2017;12(160):57-84.*
   Ilyuk RD, Gromyko DI, Bocharov VV, Shishkova AM, Ilyushkina EV, Kiselev AS, Neznanov NG, Krupitsky E.M. Factors associated with hostility and anger in HIV-positive and HIV-negative opioid-dependent patients. Voprosy Narkologii. 2017;12(160):57-84. (In Russ.).
6. *Илюк Р.Д., Ильюшкина Е.В., Святенко В.С. и др. Сравнительное исследование социально-психологических, поведенческих и клинических характеристик опиоид-зависимых с ВИЧ-позитивным и ВИЧ-негативным статусами Сообщение 2. Сравнительный анализ личностных характеристик, показателей агрессии и гнева, копинг-стратегий, смысложизненных ориентаций, стигматизации, качества жизни. Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2016(4):25-41.*
   Ilyuk RD, Ilyushkina EV, Svyatenko VS et al. A comparative study of the psychosocial, behavioral, and clinical characteristics of HIV-positive and HIV-negative opioid users Part 2. Comparative analysis of personal characteristics, indicators of aggression, anger, coping strategies, stigma, quality and purpose of life. Obozrenie psihiatrii i medicinskoj psihologii imeni V.M. Bekhtereva. 2016;(4):25-41. (In Russ.).
7. *Кузнецова С.О., Абрамова А.А., Ениколопов С.Н., Разумова А.В. Психологические особенности враждебности у больных с шизофренией, шизоаффективными и аффективными расстройствами. Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. 2014;(3):92-103.*
   Kuznetsova SO, Abramova AA, Enikolopov SN, Razumova AV. Psychological characteristics of hostility in patients with schizophrenia, schizoaffective and affective disorders. Vestnik Moskovskogo Universiteta. Seriya 14. Psihologiya. 2014;(3):92-103. (In Russ.)

8. *Мадалиева З., Касымова Р., Рогачева И. Эмоциональное состояние ВИЧ-положительных. Вестник КазНУ. Серия: психологии и социологии. 2014;4(51):31-36.*
   Madaliyeva Z., Kasymova R., Rogasheva I. The emotional conditions of HIV-positive people. Vestnik KazNU. Seriya: psihologii i sociologii. 2014;4(51):31-36. (in Russ.).
9. *Полянский Д.А., Калинин В.В. Сравнение психопатологической симптоматики больных шизофренией с ВИЧ-инфекцией и без нее. Российский психиатрический журнал. 2016;(5):68-74.*
   Polyanskiy DA, Kalinin VV. Comparison of psychopathological symptoms in HIV-infected schizophrenic patients with schizophrenic patients without HIV. Rossijskij psihiatricheskij zhurnal. 2016;(5):68-74. (In Russ.).
10. *Резникова Т.Н., Селиверстова Н.А., Катаева Г.В., Ароев Р.А., Ильвес А.Г., Кузнецова А.К. Функциональная активность структур головного мозга и склонность к агрессии у больных с длительно текущими заболеваниями ЦНС. Физиология человека. 2015;41(1):35-42.*
    Reznikova TN, Seliverstova NA, Kataeva GV, Aroev RA, Ilves AG, Kuznetsova AK. Functional activity of brain structures and predisposition to aggression in patients with lingering diseases of the CNS. Fiziologiya cheloveka. 2015;41(1):27-33. (In Russ.). doi: 10.7868/S0131164615010117
11. *Солдаткин В.А., Перехов А.Я., Бобков А.С. К вопросу о механизмах аутоагрессивных действий больных шизофренией и их связи с механизмами агрессивного поведения (обзор литературы). Суицидология. 2012;3(2):11-21.*
    Soldatkin VA, Perekhov AYa, Bobcov AS. To the question of mechanisms of autoaggressive actions in patients with schizophrenia and their relationship with the mechanisms of aggressive behavior. Suicidologiya. 2012;3(2):11-21. (In Russ.).
12. *Справка Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИД Дом ФБУН Центрального НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора «ВИЧ-инфекция в Российской Федерации» на 31 декабря 2020 года HIVRUSSIA.INFO; 2020 [Обновлено 31 декабря 2020; процитировано 23 октября 2021]. Доступно: http://www.hivrussia.info/wp-content/uploads/2021/03/VICH-infektsiya-v-Rossijskoj-Federatsii-na-31.12.2020-..pdf*
    Spravka Federal'nogo nauchno-metodicheskogo centra po profilaktike i bor'be so SPIDom FBUN Centralnogo NII epidemiologii Rospotrebnadzora «VICH-infekciya v Rossiyskoj Federacii» na 31 dekabrya 2020 goda. HIVRUSSIA.INFO; 2020 [Updated 31 december 2020; cited 23 october 2021]. Available: http://www.hivrussia.info/wp-content/uploads/2021/03/VICH-infektsiya-v-Rossijskoj-Federatsii-na-31.12.2020-..pdf (In Russ.).
13. *Тухтарова И.В. Копинг-стратегии, механизмы психологической защиты и психосоциальная адаптация больных с ВИЧ- инфекцией: Автореф. дис.. канд. псих. наук. СПб. 2003.*
    Tuhtarova I.V. Koping-strategii, mehanizmy psihologicheskoy zaschity ipsichologicheskaya adaptaciya bol'nhyh s VICH-infekciej: Avtoref. dis.. kand. psih. nauk. SPb. 2003. (In Russ.).
14. *Улюкин И.М., Додонов К.Н., Милоенко М.С., Болехан В.Н. Субъективные переживания пациентов на клинически выраженных стадиях ВИЧ-инфекции. Вестник психотерапии. 2013;(46):88-100.*
    Ulyukin IM, Dodonov KN, Miloyenko MS, Bolekhan VN. Subjective experience of HIV-affected patients in advanced stages of disease. Vestnik psihoterapii. 2013;(46):88-100 (In Russ.).
15. *Халезова Н.Б. Влияние ВИЧ-инфекции на клиническую картину, течение и лечение шизофрении: Автореф. дис.. канд. мед. наук. СПб. 2011.*
    Khalezova N.B. Vliyanie VIVH-infekcii na klinicheskuyu kartinu, techenie I lechenie shizofrenii: Avtoref. dis.. kand. med. nauk. SPb. 2011. (In Russ.).
16. *Bing EG, Burnam MA, Longshore D, Fleishman JA, Sherbourne CD, London AS, et al. Psychiatric disorders and drug use among human immunodeficiency virus-infected adults in the United States. Arch Gen Psychiatry. 2001;58(8):721-728. doi:10.1001/archpsyc.58.8.721*
17. *Blair RJR. The roles of orbital frontal cortex in the modulation of antisocial behavior. Brain and Cognition. 2004;55(1):198-208. doi:10.1016/S0278-2626(03)00276-8*
18. *Buss AH, Durkee A. An inventory for assessing different kinds of hostility. Journal of Consulting Psychology. 1957;21(4):343. doi: 10.1037/h0046900*
19. *Coccaro EF, et al. Frontolimbic morphometric abnormalities in intermittent explosive disorder and aggression. Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging. 2016;1(1):32-38. doi: 10.1016/j.bpsc.2015.09.006*
20. *Earnshaw VA, Kalichman SC. Stigma Experienced by People Living with HIV/AIDS. In: Liamputtong P. (eds) Stigma, Discrimination and Living with HIV/AIDS. Dordrecht: Springer. 2013:23-38. doi: 10.1007/978-94-007-6324-1_2*
21. *McIntosh RC, Hurwitz BE, Antoni M, Gonzalez A, Seay J, Schneiderman N. The ABCs of trait anger, psychological distress, and disease severity in HIV. Annals of Behavioral Medicine. 2015;49(3):420-433. doi: 10.1007/s12160-014-9667-y*
22. *Milner JS (ed.). Neuropsychology of aggression. Springer Science & Business Media. 2012.*
23. *Overall JE, Gorham DR. The brief psychiatric rating scale. Psychol. Res. 1962.10(3);799-812. doi: 10.2466/pr0.1962.10.3.799*
24. *Ramirez JM, Andreu JM. Aggression and some related psychological constructs (anger, hostility, and impulsivity). Some comments from a research project. Neuroscience & biobehavioral reviews. 2006;30(3).276-291. doi: 10.1016/j.neubiorev.2005.04.015*

25. *Rolls ET, Grabenhorst F. The orbitofrontal cortex and beyond: from affect to decision-making. Progress in Neurobiology. 2008;86(3):216-244. doi:10.1016/j.pneurobio.2008.09.001.*
26. *Rosell DR, Siever LJ. The neurobiology of aggression and violence. CNS spectrums. 2015;20(3):254-279. doi:10.1017/S109285291500019X*
27. *Rosenberg SD et al. Determinants of risk behavior for human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome in people with severe mental illness. Comprehensive Psychiatry. 2001;42(4):263-271. doi: 10.1053/comp.2001.24576*
28. *Rosenberg SD et al. Hepatitis C virus and HIV coinfection in people with severe mental illness and substance use disorders. Aids. 2005;19:26-33. doi: 10.1097/01.aids.0000192067.94033.aa*
29. *Saki M, Kermanshahi SMK, Mohammadi E, Mohraz M. Perception of patients with HIV/AIDS from stigma and discrimination. Iran Red Crescent Med J. 2015;17(6):e23638. doi: 10.5812/ircmj.23638v2*
30. *Siever LJ. Neurobiology of aggression and violence. American Journal of Psychiatry. 2008;165(4):429-442. doi: 10.1176/appi.ajp.2008.07111774*
31. *Troisi A. Hostility during admission interview as a short-term predictor of aggression in acute psychiatric male inpatients. Journal of Clinical Psychiatry 2003;64(12):1460-1464 doi: 10.4088/jcp.v64n1210.*
32. *Van Dorn R, Volavka J, Johnson N. Mental disorder and violence: is there a relationship beyond substance use? Social psychiatry and psychiatric epidemiology/ 2012;47(3):487-503. doi:10.1007/s00127-011-0356-x*
33. *Wainberg ML, McKinnon K, Cournos F. Epidemiology of psychopathology in HIV. In J. A. Joska, D. J. Stein, & I. Grant (Eds.). HIV and Psychiatry. Wiley Blackwell. 2014:1-59. doi: 10.1002/9781118339503.ch1*
34. *Weiser SD, Wolfe WR, Bangsberg, DR. The HIV epidemic among individuals with mental illness in the United States. Current HIV/AIDS Reports. 2004;6(5):404–410. doi: 10.1007/s11908-004-0041-2*

Сведения об авторах

Халезова Надежда Борисовна — к.м.н., доцент кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации; 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8; врач психиатр-нарколог СПб ГБУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями», 190103, г. Санкт-Петербург, наб. Обводного канала, д. 179. E-mail: khalezo@gmail.com

Лутова Наталия Борисовна — д.м.н., главный научный сотрудник, руководитель отделения интегративной фармако-психотерапии больных с психическими расстройствами, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, 920191, г. Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3. E-mail: lutova@mail.ru

Хобейш Мария Александровна — младший научный сотрудник отделения интегративной фармако-психотерапии больных с психическими расстройствами, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, 920191, г. Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3. E-mail: mariakhobeysh@mail.ru

Поступила 10.11.2021
Received 10.11.2021
Принята в печать 07.12.2021
Accepted 07.12.2021
Дата публикации 29.06.2022
Date of publication 29.06.2022