

*В. В. Огоренко, О. М. Гненна***АНАЛІЗ РОЛІ СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНИХ ТА ПСИХОСОЦІАЛЬНИХ ЧИННИКІВ У ВИНИКНЕННІ ДЕЗАДАПТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ХВОРИХ, ІНФІКОВАНИХ ВІРУСОМ ІМУНОДЕФІЦИТУ ЛЮДИНИ***В. В. Огоренко, О. Н. Гненная***Анализ роли социально-демографических и психосоциальных факторов возникновения дезадаптивного поведения среди больных, инфицированных вирусом иммунодефицита человека***V. V. Ogorenko, O. M. Hnenna***Analysis of the role of socio-demographic and psychosocial factors of the occurrence of maladaptive behavior among patients with Human immunodeficiency virus**

Проведене комплексне клініко-психодіагностичне обстеження 114 ВІЛ-інфікованих пацієнтів з непсихотичними психічними розладами, що охоплювало клініко-діагностичне інтерв'ю з використанням самостійно розробленої карти дослідження хворого, патопсихологічні та експериментально-психологічні методи дослідження (SCL-90-R та опитувальник Шмішека).

Вік обстежених був у межах від 21 до 62 років, середній вік — 39,77 років. Серед обстежених було 49,12 % чоловіків та 50,88 % жінок з середньою спеціальною освітою (50 %), які виконують фізичну працю (67,54 %), самотні особи (69,3 %) гетеросексуальної орієнтації (89,47 %); безробітних — 24,78 %. Тривалість ВІЛ-інфекції у них була у межах від місяця до 24 років та становила в середньому 5,0 років. 48,25 % пацієнтів приймали ВААРТ регулярно, 31,58 % — приймали ВААРТ нерегулярно, 20,18 % — не приймали ВААРТ.

Провідним психосоціальним чинником виникнення дезадаптивної поведінки серед хворих на ВІЛ була відсутність близьких стосунків (80,39 %; $p < 0,05$).

Виокремлені особливості хворих на ВІЛ у колективі: замкнутість (78,07 %) конфліктність (77,19 %), безкорисливість (71,05 %), егоїстичність (64,04 %), вразливість (61,4 %). Особливості характеру хворих на ВІЛ: гіпертимність, емотивність, тривожність, циклотимність, екзальтованість та демонстративність. Серед ВІЛ-інфікованих з девіантною поведінкою виявлена виразність показників тривожності та дистимічності.

До соціально-демографічних факторів ризику виникнення дезадаптивної поведінки серед ВІЛ-інфікованих належать низький рівень освіти, переважання фізичного виду праці, відсутність соціальної підтримки, складний лікувально-діагностичний маршрут. Вищезазначені чинники у поєднанні з психосоціальними особливостями цієї групи пацієнтів здатні вплинути на розвиток та прогресування девіантної поведінки, що передусім призводить до ускладнення перебігу захворювання та психічних розладів.

Ключові слова: ВІЛ-інфіковані, соціально-демографічні чинники, психосоціальні чинники, непсихотичні психічні розлади, дезадаптація, девіантна поведінка

Проведено комплексное клинико-психодиагностическое обследование 114 ВИЧ-инфицированных пациентов с непсихотическими психическими расстройствами, включавшее клинико-диагностическое интервью с использованием самостоятельно разработанной карты исследования больного, патопсихологический и экспериментально-психологический методы исследования (SCL-90-R и опросник Шмишека).

Возраст обследованных был в пределах от 21 до 62 лет, средний возраст — 39,77 лет. Среди обследованных было 49,12 % мужчин и 50,88 % женщин со средним специальным образованием (50 %), занятые преимущественно физическим трудом (67,54 %), одинокие лица (69,3 %) гетеросексуальной ориентации (89,47 %), безработных — 24,78 %. Продолжительность ВИЧ-инфекции колебалась от 1 месяца до 24 лет и составляла в среднем 5,0 лет. 48,25 % пациентов принимали ВААРТ регулярно, 31,58 % — принимали ВААРТ нерегулярно, 20,18 % — не принимали ВААРТ.

Ведущим психосоциальным фактором возникновения дезадаптивного поведения среди больных ВИЧ было отсутствие близких отношений (80,39 %; $p < 0,05$).

Выделены особенности больных ВИЧ в коллективе: замкнутость (78,07 %) конфликтность (77,19 %), бескорыстность (71,05 %), эгоистичность (64,04 %), уязвимость (61,4 %). Особенности характера больных ВИЧ: гипертимность, эмотивность, тревожность, циклотимность, экзальтированность и демонстративность. Среди ВИЧ-инфицированных с девиантным поведением выражены показатели тревожности и дистимичности.

К социально-демографическим факторам риска возникновения дезадаптивного поведения среди ВИЧ-инфицированных относятся низкий уровень образования, преобладание физического вида труда, отсутствие социальной поддержки, сложный лечебно-диагностический маршрут. Вышеупомянутые факторы в сочетании с психосоциальными особенностями данной группы пациентов способны повлиять на развитие и прогрессирование девиантного поведения, что приводит к осложнению течения заболевания и психических расстройств.

Ключевые слова: ВИЧ-инфицированные, социально-демографические факторы, психосоциальные факторы, непсихотические психические расстройства, дезадаптация, девиантное поведение

A comprehensive clinical and psychodiagnostic examination of 114 HIV-infected patients with non-psychotic mental disorders was carried out, including a clinical diagnostic interview using an independently developed patient research map, pathological and experimental psychological methods, in particular (SCL-90-R and the Schmiszek questionnaire).

The age of the examined ranged from 21 to 62 years, the average age of which was 39.77 years. Among the examined, there were 49.12 % of men and 50.88 % of women with secondary specialized education (50 %), with physical work (67.54 %), single people (69.3 %) heterosexual orientation (89.47 %), unemployed — 24.78 %. The duration of HIV infection in them ranged from 1 month to 24 years and averaged 5.0 years. 48.25 % of patients took HAART regularly, 31.58 % took HAART irregularly, 20.18 % did not take HAART.

The leading psychosocial factors in the emergence of maladaptive behavior among HIV patients were the absence of close relationships (80.39 %; $p < 0.05$).

Highlighting the characteristics of HIV patients in the team: isolation (78.07 %), conflict (77.19 %), selflessness (71.05 %), selfishness (64.04 %), vulnerability (61.4 %).

Characteristic features of HIV patients: hyperimmunity, emotivism, anxiety, cyclotimism, exaltation and demonstrativeness. Among HIV-infected people with deviant behavior, indicators of anxiety and dysthymia are violated.

Socio-demographic factors of maladaptive behavior among HIV-infected people are included: low level of education, the predominance of physical labor, lack of social support, a complex diagnostic and treatment route. The above factors, combined with the psychosocial characteristics of this group of patients, can affect the development and progression of deviant behavior, which in turn leads to a complication of the course of the disease and mental disorders.

Keywords. HIV-infected, socio-demographic factors, psychosocial factors, non-psychotic mental disorders, disadaptation, deviant behavior

За даними Організації Об'єднаних націй, епідемія ВІЛ-інфекції в Україні залишається однією з найбільш тяжких на Європейському континенті, із найвищою поширеністю ВІЛ-інфекції серед людей працездатного віку. Виявлення нових випадків ВІЛ та поширеність захворювання не залежать від гендерної належності — кількість ВІЛ-інфікованих чоловіків і жінок майже зрівнялась. Визначено, що в Україні статистичні дані щодо захворюваності населення на ВІЛ/СНІД та інші соціально небезпечні захворювання не відображають фактичні масштаби ураженості населення. Певною мірою це пов'язано з низькою зацікавленістю населення у власному здоров'ї, недостатньою якістю надання медичної допомоги, майже повною відсутністю контролю з боку держави за станом здоров'я населення та демографічною ситуацією загалом, що призводить до уникнення звертання потенційно хворих за медичною допомогою в лікувально-профілактичні заклади, а це, передусім викривляє офіційні медичні статистичні показники [1].

З другого боку, впровадження до терапевтичного процесу та широке застосування високоактивної антиретровірусної терапії (ВААРТ) збільшує тривалість життя ВІЛ-інфікованих пацієнтів, що так само збільшує ймовірність звертання цих хворих за хірургічною допомогою з приводу травм та інших захворювань [2]. ВААРТ істотно поліпшує прогноз захворювання, однак люди з ВІЛ-інфекцією живуть практично у стані хронічного стресу, що призводить до виникнення дезадаптивних форм поведінки, нозогенних реакцій, формування аутостигматизації та подальшої ізоляції пацієнтів, що збільшує ризик зростання психіатричних та психосоціальних проблем [3, 4].

Варіабельність психічних порушень серед людей, які живуть з ВІЛ, охоплює практично весь спектр психічних порушень — від легких розладів адаптації до глибокої деменції, що суттєво ускладнює проведення ВААРТ, медико-психологічної реабілітації та ресоціалізації цієї групи хворих [3—8]. У ВІЛ-інфікованих пацієнтів клінічні прояви психічних порушень зумовлені як безпосереднім нейродегенеративним процесом, що його спричинив ВІЛ, та вторинними ускладненнями [8], так і функціональними психічними порушеннями, що виникають внаслідок реагування на сам факт інфікування та семантику діагнозу. В структурі таких психічних порушень провідними є тривожні, депресивні, іпохондричні та фобічні розлади, що здебільшого супроводжуються девіантною поведінкою [9—11].

На підґрунті нейрокогнітивних та психічних змін нозогенні реакції так само ускладнюють перебіг ВІЛ, що негативно впливає на поведінкові аспекти та якість життя людей, які живуть з ВІЛ. Як демонструють дослідження особливостей нозогенних реакцій у ВІЛ-інфікованих [12], на сьогоднішній день виокремлюють групу ризику щодо припинення розпочатої схеми ВААРТ, незважаючи на сприятливий початок дотримання терапії. Такі особливості дезадаптивної поведінки автори пояснюють нереалістичним ставленням до лікування та свого захворювання.

Усе вищезазначене набагато підвищує роль психіатра і психотерапевта в системі надання допомоги цьому контингенту хворих.

Отже, на сьогоднішній день особливої ваги набуває визначення факторів ризику виникнення дезадаптивної поведінки серед ВІЛ-інфікованих з неспихо-

тичними психічними розладами, як на початкових етапах призначення ВААРТ, так і на подальших етапах терапевтичного процесу, за допомогою вивчення та аналізу демографічних та соціальних чинників, яким в лікувально-діагностичному процесі досить часто не надають належного значення. Вирішення цього питання може стати неабияким внеском у комплексний підхід під час розроблення заходів медичного та соціального характеру, які будуть спрямовані на профілактику девіантної поведінки пацієнтів цієї групи.

Мета дослідження — вивчити соціально-демографічні та психосоціальні фактори ризику виникнення дезадаптивної поведінки ВІЛ-інфікованих з неспихотичними психічними розладами.

У дослідження було залучено 114 пацієнтів з хворобами, зумовленими ВІЛ, які перебували на лікуванні у Комунальному закладі «Дніпропетровський обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом» протягом 2018—2019 рр. з неспихотичними психічними розладами.

Комплексне клініко-психодіагностичне обстеження передбачало клініко-діагностичне інтерв'ю з використанням самостійно розробленої карти дослідження хворого, патопсихологічний та експериментально-психологічний методи дослідження. Оцінювання психіатричних симптомів проводили з використанням SCL-90-R методики (Symptom Checklist-90-Revised). Під час експериментально-психологічного дослідження був використаний опитувальник Шмішека, розроблений для виявлення акцентуованих рис особистості.

Статистичне оброблення результатів проводили за допомогою програмного продукту Statistica 6.1 (StatSoftInc., серійний № AGAR909E415822FA) з використанням відповідних завдань біостатистичних методів. Для опису вибіркового нормального розподілу кількісних ознак використовували середню арифметичну (M), стандартне відхилення (SD); при асиметричному — медіану (Me), інтерквартильний розмах (25 %; 75 % — 50 % значень ознак вибірки). Методи статистичного аналізу охоплювали перевірку розподілу кількісних ознак на відповідність нормальному закону за критерієм Шапіро — Уїлка; оцінювання вірогідності відмінностей за умов нормального розподілу за t критерієм Стюдента, в іншому разі — за критерієм Манна — Уїтні, якісних ознак — за критерієм Хі-квадрат (χ^2) Пірсона, зокрема й з поправкою Йейтса на безперервність; оцінювання асоціації між категоріальними змінними та кореляцій проводили за допомогою рангового кореляційного аналізу з обчисленням коефіцієнтів кореляції Спірмена (ρ). Критичне значення рівня статистичної значущості для всіх видів аналізу приймали на рівні $p < 0,05$.

Вибірку становили 56 (49,12 %) чоловіків та 58 (50,88 %) жінок, переважно з гетерогенною орієнтацією ($n = 102$; 89,47 %), віком від 21 до 62 років, середній вік яких становив 39,77 (9,17) років — M (SD). Пацієнтів було поділено на дві групи спостереження: група 1 (основна) — пацієнти, що мали ознаки девіантної поведінки (аутоагресивної, аддиктивної, суїцидальної, антисоціальної тощо) (51 пацієнт — 44,7 %); група 2 (порівняння) — ВІЛ-інфіковані без ознак девіантної поведінки (63 пацієнти — 55,3 %). Тривалість ВІЛ-інфекції, з того часу як пацієнти дізнались про свій позитивний ВІЛ-статус, була у межах від місяця до 24 років та становила в середньому 5,0 (0,3; 8,0) років — Me (25 %; 75 %). Провідний шлях інфікування —

сексуальний, як для групи порівняння ($n = 48; 76,19\%$), так і для основної групи ($n = 40; 78,43\%$), що свідчить про нехтування засобами контрацепції, довірливим ставленням до партнерів, низьким рівнем поінформованості про епідеміологічні особливості ВІЛ/СНІД в країні. Серед груп не виявлено розбіжностей залежно від інфікування парентеральним шляхом, що зумовлене наявністю у групі порівняння ВІЛ-інфікованих з наркотичним анамнезом ($n = 14; 22,22\%$), які на момент дослідження перебували в довготривалій ремісії. ВІЛ-інфіковані з наркотичним анамнезом та проявами девіантної поведінки ($n = 11; 21,57\%$) активно вживали наркотичні засоби або алкоголь, коїли протиправні дії. Між групами дослідження за зазначеними загальними

характеристиками значущих розбіжностей не виявлено ($p > 0,05$), що вказує на їх однорідність та можливість порівняльного аналізу (табл. 1).

Майже половина усіх ВІЛ-інфікованих приймають ВААРТ ($n = 55; 48,25\%$) та більш ніж чверть пацієнтів ($n = 36; 31,58\%$) ігнорують або приймають лікування нерегулярно, що є ознакою дезадаптивної поведінки і негативно впливає на психічний та фізичний стан пацієнтів цієї групи. 20,18% ($n = 23$) ВІЛ-інфікованих не приймають ВААРТ, що здебільшого пов'язано з особливостями лікувально-діагностичного маршруту, відсутністю віри в позитивний результат лікування або з нехтуванням медичних призначень (див. табл. 1).

Таблиця 1. Загальні анамнестичні характеристики обстежених ВІЛ-інфікованих

Характеристики	Усі обстежені		Основна група		Група порівняння		p
	абс., n	відносна, %	абс., n	відносна, %	абс., n	відносна, %	
Кількість, n (%)	114	100	51	44,7	63	55,3	—
Стать, n (%)							
жінки	58	50,88	28	54,9	30	47,62	0,439
чоловіки	56	49,12	23	45,1	33	52,38	
Вік, (M ± SD), роки	39,77 ± 9,17		40,06 ± 9,32		39,54 ± 9,11		0,765
Сексуальна орієнтація, n (%)							
Гетеросексуалізм	102	89,47	45	88,24	57	90,48	0,741
Гомосексуалізм	3	2,63	1	1,96	2	3,17	
Бісексуалізм	9	7,89	5	9,80	4	6,35	
Ймовірний шлях зараження, n (%)							
Сексуальний	88	77,19	40	78,43	48	76,19	0,659
Парентеральний	25	21,93	11	21,57	14	22,22	
Вертикальний	1	0,88	—	—	1	1,56	
Тривалість ВІЛ, Me (25 %; 75 %), міс.	61,64 (49,25; 74,03)		49,67 (33,64; 65,7)		71,33 (53,01; 89,65)		0,084
Прихильність до високоактивної антиретровірусної терапії (БААРТ), n (%)							
Регулярна БААРТ	55	48,25	23	45,10	32	50,79	0,703
Нерегулярна БААРТ	36	31,58	16	31,37	20	31,75	
Не приймають антиретровірусну терапію	23	20,18	12	23,53	11	17,46	

Також нами були досліджені особливості освіти та соціального статусу хворих на ВІЛ (табл. 2).

Дані розподілу хворих за рівнем освіти та соціальним статусом демонструють, що серед ВІЛ-інфікованих домінують особи із середньою і середньою спеціальною освітою ($n = 83$) (див. табл. 2). 55,75% ($n = 63$) пацієнтів працюють, що свідчить про рівномірний розподіл осіб, які мають власний заробіток. Однак більше ніж чверть пацієнтів становили безробітні ($n = 28; 24,78\%$) та пенсіонери ($n = 15; 13,27\%$), що перебувають на утриманні та/або під опікою близького оточення. На відміну від пацієнтів з ознаками девіантної поведінки, більша кількість пенсіонерів/інвалідів групи порівняння працюють, що може свідчити про наявну соматизацію та вираженість астеничного компонента у пацієнтів основної групи.

Переважаючий вид діяльності серед людей, які живуть з ВІЛ, — фізична праця ($n = 77, 67,54\%$), що здебільшого несприятливо відбивається на загальному соматичному стані пацієнтів цієї групи, підсилює фізичне виснаження та астеничні прояви захворювання. Для більшості частини пацієнтів вибір фізичної праці зумовлений необхідністю забезпечувати себе та/або свою родину за відсутності інших варіантів. Загалом самі ВІЛ-інфіковані оцінюють свій соціальний стан як задовільний ($n = 81, 71,05\%$), однак чверть пацієнтів не задоволені своїм соціальним станом ($n = 25, 21,93\%$), байдужі ($n = 2, 1,75\%$) та мають завищену оцінку свого соціального стану ($n = 6, 5,26\%$).

Були також проаналізовані особливості сімейного статусу та ставлення до особистого життя (табл. 3), що є важливими психосоціальними показниками.

Таблиця 2. Розподіл хворих за рівнем освіти та соціальним статусом

Показники		Усі обстежені		Група 1 (основна)		Група 2 (порівняння)		p
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Освіта	середня	29	25,44	16	31,37	13	20,63	0,377
	середня спеціальна	57	50	22	43,14	35	55,56	
	незакінчена вища освіта	9	7,89	3	5,88	6	9,52	
	вища	19	16,67	10	19,61	9	14,29	
Соціальний статус	працюють	63	55,75	29	56,86	34	54,84	0,371
	пенсіонери	15	13,27	8	15,69	7	11,29	
	зокрема пенсіонери, що працюють	7	6,19	1	1,96	6	9,68	
	безробітні	28	24,78	13	25,49	15	13,27	
Характер праці	фізична	77	67,54	33	64,71	44	69,84	0,560
	розумова	37	32,46	18	35,29	19	30,16	
Суб'єктивне ставлення до свого соціального стану	підвищене	6	5,26	2	3,92	4	6,35	0,369
	нормальне	81	71,05	35	68,63	46	73,02	
	занижене	25	21,93	12	23,53	13	20,63	
	байдуже	2	1,75	2	3,92	—	—	

Таблиця 3. Розподіл пацієнтів за сімейним станом та ставленням до особистого життя

Показники		Усі обстежені		Група 1 (основна)		Група 2 (порівняння)		p
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Сімейний стан	не одружений / не заміжня	35	30,7	15	29,41	20	31,75	0,025
	одружений/заміжня	35	30,7	10	19,61	25	39,68	
	вдівці/розлучені	44	38,6	26	50,98	18	28,57	
Перебувають у близьких стосунках	мають стосунки	35	30,7	10	19,61	25	39,68	0,021
	самотні	79	69,3	41	80,39	38	60,32	
Ставлення до особистого життя	задоволені	64	56,14	24	47,06	40	63,49	0,175
	незадоволені	37	32,46	19	37,25	18	28,57	
	байдужі	13	11,0	8	15,69	5	7,94	

Загалом для усіх ВІЛ-інфікованих є характерним низький рівень соціальної підтримки: 79 (69,3 %) пацієнтів — самотні, 44 (38,6 %) пацієнтів — розлучені або пережили смерть чоловіка/дружини (див. табл. 3). Виявлено статистично значущі розбіжності між групами ($p < 0,05$) за часткою пацієнтів, що не мають близьких стосунків та соціальної підтримки. Половина ВІЛ-інфікованих з ознаками девіантної поведінки ($n = 26$; 50,98 %) — вдівці/розлучені, що зумовлено особливостями характеру, гіпертимністю, легкістю розриву минулих стосунків та легкістю встановлення нових соціальних контактів для ВІЛ-інфікованих внаслідок парентерального інфікування. Зазначений фактор більш виражений в групі людей, які живуть з ВІЛ, із ознаками девіантної поведінки: 80,39 % ($n = 41$) пацієнтів не мають близьких взаємин, що може свідчити про відсутність регулярних статевих стосунків з одним партнером, почуття невизначеності, самотності; 15,69 % ($n = 8$) пацієнтів байдуже ставляться до свого сімейного стану, що здебільшого зумовлено ауто-

тигматизацією та проявляється у вигляді соціальної ізоляції.

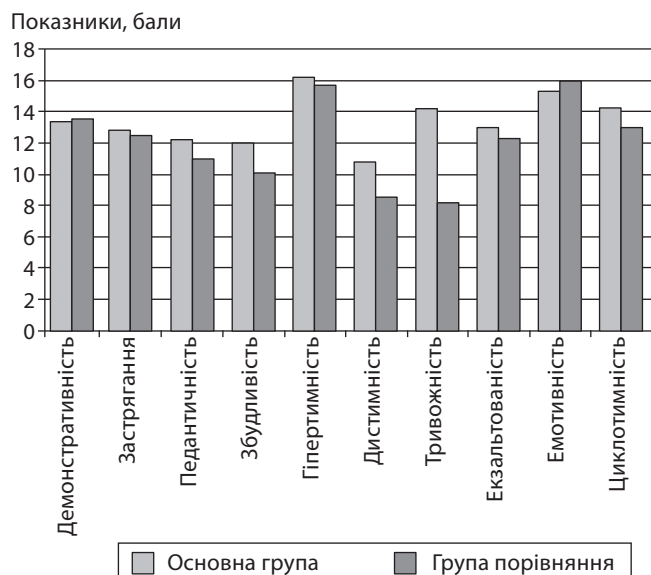
За допомогою самостійно розробленої карти дослідження хворого були вивчені певні особливості поведінки хворих на ВІЛ у колективі (табл. 4).

За результатами оцінки особливостей взаємодії ВІЛ-інфікованих з іншими людьми (див. табл. 4) найбільш поширені такі види поведінки людей, які живуть з ВІЛ, у колективі: конфліктність, замкнутість, егоїстичність, вразливість та безкорисливість. В основній групі переважає частка пацієнтів з більш вираженою відповідною симптоматикою, але без статистично значущих розбіжностей ($p > 0,05$). Замкнутість та безкорисливість реалізуються в бажанні усамітнитися, такі пацієнти ізолюють себе від соціуму, менше часу проводять в компанії друзів, соромляться свого діагнозу та не наважуються на близькі стосунки або не повідомляють своїм партнерам про свій ВІЛ-позитивний статус. Висока частота виявлення конфліктності ($n = 88$; 77,19 %) проявляється в імпульсивних вчинках, що може пояснити ризиковану поведінку.

Таблиця 4. Розподіл хворих на ВІЛ залежно від особливостей поведінки у колективі

Вид поведінки у колективі	Усі обстежені		Група 1 (основна)		Група 2 (порівняння)		p
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Товариськість	35	30,7	13	25,49	22	34,92	0,277
Безкорисливість	81	71,05	39	76,47	42	66,67	0,251
Вразливість	70	61,4	30	58,82	40	63,49	0,616
Егоїстичність	73	64,04	28	54,9	45	71,43	0,068
Замкнутість	89	78,07	42	82,35	47	74,6	0,320
Запальність	62	54,39	26	50,98	36	57,14	0,511
Конфліктність	88	77,19	37	72,55	51	80,95	0,288

Під час експериментально-психологічного дослідження було виявлено, що серед людей обох груп, які живуть з ВІЛ, найбільш поширені такі особливості характеру: гіпертимність, емотивність, тривожність, циклотимність, екзальтованість та демонстративність (рисунк).



Порівняльний аналіз результатів за тестом Шмішека в основній групі та групі порівняння (середні величини)

Для ВІЛ-інфікованих притаманні певні психологічні властивості, як-от підвищений настрій, гіперактивність, оптимізм, легкість у встановленні нових контактів, підвищена екзальтованість, вразливість, підвищена здатність до витіснення проблем. Такі характерологічні особливості можуть пояснити складності у дотриманні ВААРТ, створенні довготривалих стосунків, випадки анозогнозії, ігнорування захворювання, та є підґрунтям для ризикової поведінки. Середній показник тривожної акцентуації склав $14,26 \pm 16,21$ балів у основній групі ВІЛ-інфікованих з ознаками девіантної поведінки та $8,24 \pm 4,88$ балів — у групі порівняння ($p = 0,006$). Це свідчить, що у ВІЛ-інфікованих основної групи більш виражені тенденції до тривожних розладів, почуття розгубленості перед новою ситуацією, боязливості, невпевненості в собі та своїх діях, розвитку фобій. Тривожна акцентуація корелює із розвитком депресивних та тривожних розладів. Середній рівень дистимії

в основній групі становив $10,82 \pm 5,5$ балів та відповідно $8,23 \pm 4,88$ балів — в групі порівняння ($p = 0,02$). Отже, для ВІЛ-інфікованих з девіантною поведінкою більш характерні пригнічення настрою з дисфоричним відтінком, почуття провини, низька волева активність, песимістичність, зосередженість на негативних боках життя, знецінення ВААРТ та соціальна ізоляція.

Отже, в результаті дослідження були виявлені такі соціально-демографічні чинники, що сприяють розвитку дезадаптивної поведінки: 1) низький рівень освіти; 2) переважання фізичного виду трудової діяльності, що негативно впливає на соматичний стан ВІЛ-інфікованих та підсилює астеничні прояви захворювання; 3) низький рівень соціальної підтримки (80,39 % ВІЛ-інфікованих з девіантною поведінкою є самотніми, не мають близьких стосунків та самоізолюються від соціального життя); 4) складний лікувально-діагностичний процес (31,58 % хворих на ВІЛ приймали ВААРТ нерегулярно, 20,18 % — не приймали ВААРТ), що здебільшого пов'язано з особливостями лікувально-діагностичного маршруту, відсутністю віри в позитивний результат лікування або нехтуванням медичними призначеннями. Під час вивчення психосоціальних чинників виявлено, що для ВІЛ-інфікованих з ознаками девіантної поведінки великою мірою притаманні тривожність та дистимічність, що є підґрунтям для розвитку тривожних та депресивних розладів. Також виокремлені особливості хворих на ВІЛ у колективі: конфліктність, замкнутість, егоїстичність, вразливість та безкорисливість. Вищезазначені соціально-демографічні та психосоціальні фактори набагато ускладнюють психопатологічну симптоматику, перебіг захворювання та сприяють розвитку дезадаптивної поведінки. Розуміння та використання цих чинників сприяє формуванню своєчасного, комплексного та етапного підходу під час надання медичної допомоги цієї групи пацієнтів.

Список літератури

1. Ковальчук А. Ю. Характеристика соціально-демографічної ситуації та соціально значущих захворювань в Україні // Український медичний часопис. 2014. № 1 (99). С. 29—33.
2. Гур'єв С. О., Соловійов О. С. Статеві-вікові характеристики ВІЛ-інфікованих постраждалих з політравмою // Вісник морфології. 2016. № 1 (22). С. 98—100.
3. HIV/AIDS-related stigma, immediate families, and proactive coping processes among a clinical sample of people living with HIV/AIDS in Philadelphia, Pennsylvania / Steven Meanley, Balign R. Yehia, Janet Hines [et al.] // Journal of community

psychology. 2019. No. 47 (7). P. 1787—1798. DOI: <https://doi.org/10.1002/jcop.22227>.

4. Factors Affecting Psychological Distress among People Living with HIV/AIDS at Selected Hospitals of North Shewa Zone, Amhara Region, Ethiopia / E. A. Basha, B. T. Derseh, YGE. Haile, and G. Tafere // AIDS Research and Treatment. 2019. Vol. 2019. P. 8. DOI: 10.1155/2019/8329483.

5. Хритинин Д. Ф., Новиков В. В. Систематика и особенности развития психических расстройств у больных ВИЧ-инфекцией // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2016. № 116 (5). С. 19—22. DOI:10.17116/jnevro2016116519-22.

6. Беляков Н. А., Левина О. С., Рыбников В. Ю. Формирование приверженности к лечению у больных с ВИЧ-инфекцией // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. 2013. № 5 (1). С. 7—33.

7. Mental health disorders and substance use among people living with HIV in Nepal: their influence on non-adherence to anti-retroviral therapy / K. N. Pokhrel, K. G. Pokhrel, Sharma V. D. [et al.] // AIDS Care. 2019. No. 31 (8). P. 923—931. DOI: 10.1080/09540121.2019.1587365.

8. Mental, neurological, and substance use disorders in people living with HIV/AIDS in low- and middle-income countries / [D. Chibanda, L. Benjamin, H. A. Weiss, M. Abas] // J Acquir Immune Defic Syndr. 2014. No. 1 (67). P. 54—67. DOI: 10.1097/QAI.0000000000000258.

9. Anxiety among people newly diagnosed with human immunodeficiency virus infection in Turkey / N. Yildiz, O. F. Demirel, H. Saglam [et al.] // Southeast Asian journal of Tropical medicine and public health. 2019. No. 50 (4). P. 770—774.

10. Depression and Anxiety are Common in Acute HIV Infection and Associate with Plasma Immune Activation / J. Hellmuth, D. Colby, V. Valcour [et al.] // AIDS Behav. 2017. No. 21 (11). P. 3238—3246. DOI: 10.1007/s10461-017-1788-4.

11. Mental health and HIV/AIDS: the need for an integrated response / Robert H. Remiena, Michael J. Stirrattb, Nadia Nguyena [et al.] // AIDS. 2019. Jul 15. No. 33 (9). P. 1411—1420. DOI: 10.1097/QAD.0000000000002227.

12. Ясникова Е. Е., Рыбалко В. О. Нозогенные реакции при ВИЧ-инфекции // Актуальные вопросы ВИЧ-инфекции, женщины и ВИЧ : материалы междунар. науч.-практ. конф., Санкт-Петербург, 05—06 июня 2017 г. СПб. : Изд-во «Человек и его здоровье», 2017. С. 222—228. eLIBRARY ID: 35414759.

Надійшла до редакції 15.10.2019 р.

ОГОРЕНКО Вікторія Вікторівна, доктор медичних наук, професор кафедри психіатрії, наркології і медичної психології Державного закладу «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України» (ДЗ «ДМА МОЗ України»), м. Дніпро, Україна; e-mail: ogorenkov@gmail.com

ГНЕННА Ольга Миколаївна, асистент кафедри психіатрії, наркології і медичної психології ДЗ «ДМА МОЗ України», м. Дніпро, Україна; e-mail: Gnennayolga@gmail.com

OHORENKO Viktoriia, Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of psychiatry, narcology and medical psychology of State Establishment "Dnipropetrovsk medical Academy of the Ministry of Health of Ukraine", Dnipro, Ukraine; e-mail: ogorenkov@gmail.com

HNENNA Olha, Assistant of the Department of psychiatry, narcology and medical psychology of State Establishment "Dnipropetrovsk medical Academy of the Ministry of Health of Ukraine", Dnipro, Ukraine; e-mail: Gnennayolga@gmail.com