



Проф. І.Д. Спіріна, ас. О.М. Гненна

Державний заклад «Дніпропетровська
медична академія МОЗ України»

Кафедра психіатрії

Аналіз рівня депресії та тривожності у ВІЛ інфікованих в залежності від наявності девіантної поведінки

Симптоми тривоги і депресії є поширеними не-психотичними психічними порушеннями у людей, що живуть з вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ) та страждають на синдром набутого імунодефіциту (СНІД). За даними різних авторів їх частота може сягати до 50—70% серед ВІЛ інфікованих [8, 9, 13, 14, 17] та суттєво перевищувати відповідні показники у неінфікованих людей [5, 18].

Патофізіологія тривоги та депресії серед ВІЛ-інфікованих пацієнтів до теперішнього часу остаточно неясна, її пов'язують із низкою клінічних факторів, на кшталт інфікування центральної нервової системи, нейрокогнітивними порушеннями, впливом антиретровірусних препаратів та психосоціальних факторів, зокрема наявністю адиктивної поведінки, незахищеного сексу, низького соціально-економічного статусу пацієнтів, відсутністю у них соціальної підтримки тощо [3, 4, 17, 18].

Особливу увагу приділяє той факт, що тривога і депресія є важливими предикторами девіантної поведінки у зв'язку з ВІЛ, вони асоціюються зі ризикованою сексуальною поведінкою, вживанням психоактивних речовин [6], алкоголю [10], та суїцидальними настроями [11, 18] у даної групи хворих. Особи, що страждають на депресію, можуть бути більш схильними до ризикованої сексуальної й адиктивної поведінки, і тому піддаються ще більшому ризику зараження ВІЛ [12]. І навпаки, діагноз ВІЛ може викликати симптоми тривоги і депресії, що може знову привести до ризикованої поведінки і поширення вірусу [1].

Співіснування депресії і тривожних розладів з ВІЛ / СНІД пов'язано з бар'єрами на шляху лікування та погіршенням медичних результатів, включаючи стійкість до лікування, підвищений ризик самогубства, велику ймовірність рецидиву і збільшення

захворюваності та смертності. Таким чином, оцінка депресії і тривоги у пацієнтів з ВІЛ грає ключову роль для планування довготривалої успішної терапії [18].

Незважаючи на велику кількість досліджень, присвячених коморбідності ВІЛ / СНІД та тривожних і депресивних розладів у країнах з високим рівнем епідемії, в Україні подібних досліджень бракує, а робіт, які б розглядали дану проблему у розрізі специфічної поведінки інфікованих, взагалі не було знайдено, що і обумовило актуальність проведеного дослідження.

Мета дослідження. Оцінка рівня симптомів депресії і тривоги у ВІЛ інфікованих в залежності від наявності девіантної поведінки та визначення ролі цих та інших психопатологічних факторів у її формуванні.

Об'єкт і методи дослідження. Дослідженням було охоплено 114 пацієнтів з хворобами, зумовленими ВІЛ, які знаходилися на лікуванні у Комунальному закладі «Дніпропетровський обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом» протягом 2018—2019 рр. та мали ознаки непсихотичних психічних розладів.

Було проведено комплексне клініко-психодіагностичне обстеження, яке включало клініко-діагностичне інтерв'ю з використанням самостійно розробленої карти дослідження хворого, патопсихологічні та експериментально-психологічні методи дослідження. Для визначення особистісного та реактивного рівнів тривожності використовувалася методика Ч.Д. Спілбергера (STAI — State-Trait Anxiety Inventory) у модифікації Ю.Л. Ханіна [16].

Рівень виразності депресивної симптоматики оцінювали за опитувальником Бека (Beck Depression Inventory — BDI-II) [2], який було визнано адекватним інструментом для обстеження ВІЛ інфікованих [7].

Статистичну обробку результатів проводили з використанням методів описової та аналітичної статистики, реалізованих у програмному продукті STATISTICA 6.1 (StatSoftInc., серійний № AGAR909E415822FA).

Перевірка гіпотези нормальності розподілу кількісних ознак проводилася за критеріями Шапіро-Уїлка та Колмогорова-Смірнова, перевірка рівності дисперсій — за критерієм Левена. Для описання вибіркового нормального розподілення кількісних ознак використовували середню арифметичну (M), стандартне відхилення (SD); при асиметричному — медіану (Me), інтерквартильний розмах 25—75%. Оцінка статистичної значущості відмінностей середніх для кількісних ознак у непов'язаних групах з нормальним розподілом проводилася за t критерієм Стюдента, з ненормальним розподілом — за критерієм Манна-Уїтні. Оцінку статистичної значущості відмінностей якісних ознак проводили за критерієм Хі-квадрат (χ^2) Пірсона, в тому числі з поправкою Йейтса на безперервність.

Проводився кореляційний аналіз з розрахунком коефіцієнтів лінійної кореляції Пірсона (r) та рангових коефіцієнтів кореляції Спірмена (r_s); простий логістичний регресійний аналіз з розрахунком показника відношення шансів (ВШ) з 95% довірчим інтервалом (ДІ) та множинний логістичний регресійний аналіз; ROC-аналіз з розрахунком стандартних операційних характеристик та площі під ROC кривою, яку оцінювали відповідно до шкали: 0,9—1,0 — від-

мінні прогностичні характеристики, 0,8—0,9 — дуже добрі, 0,7—0,8 — добрі, 0,6—0,7 — середні, 0,5—0,6 — незадовільні [15]. Критичне значення рівня статистичної значущості для всіх видів аналізу приймалося на рівні $<5\%$ ($p < 0,05$).

Результати та обговорення. Дослідженням було охоплено 56 (49,12%) чоловіків та 58 (50,88%) жінок віком від 21 до 62 років, середній вік яких становив 39,8 (9,17) років — M (SD). Пацієнтів було розподілено на дві групи спостереження: група 1 (основна) — пацієнти, що мали ознаки девіантної поведінки (аутоагресивної, адиктивної, суїцидальної, антисоціальної тощо) (51 пацієнт — 44,7%); група 2 (порівняння) — ВІЛ інфіковані без зазначених ознак (63 пацієнти — 55,3%) (табл. 1).

Більша частка пацієнтів 1 групи порівняно з 2-ю вживає алкоголь, наркотики, менш прихильна до АРТВ, однак без статистично значущих розбіжностей між групами ($p > 0,05$).

Виявлено статистично значущі розбіжності між групами ($p < 0,05$) за часткою пацієнтів, що мають незахищений секс, суїцидальні тенденції та ознаки девіантної поведінки, яка суттєво більша у основній групі спостереження.

Аналіз на співставність груп порівняння показав, що вони однорідні ($p > 0,05$) за основним діагнозом, статтю, віковими характеристиками, освітою, соціальним статусом, що дозволяє їх коректно порівнювати за досліджуваними параметрами депресії та тривожності.

Таблиця 1

Характеристики обстежених ВІЛ-інфікованих за наявністю ознак деструктивної поведінки

Характеристики	Усі обстежені	Група 1 (основна)	Група 2 (порівняння)	p
Кількість, n (%)	114 (100%)	51 (44,7%)	63 (55,3%)	-
<i>Вживання алкоголю, n (%)</i>				
вживає	72 (63,2%)	35 (68,6%)	37 (58,7%)	0,276
не вживає	42 (36,8%)	16 (31,4%)	26 (41,3%)	
<i>Вживання наркотиків, n (%)</i>				
вживає	44 (38,6%)	20 (39,2%)	24 (38,1%)	0,903
не вживає	70 (61,4%)	31 (60,8%)	39 (61,9%)	
<i>Незахищений секс, n (%)</i>				
практикує	67 (58,8%)	38 (74,5%)	29 (46,0%)	0,002
не практикує	47 (41,2%)	13 (25,5%)	34 (54,0%)	
<i>Девіантна поведінка, n (%)</i>				
наявна	65 (57,0%)	16 (31,4%)	33 (52,4%)	0,024
відсутня	49 (43,0%)	16 (31,4%)	33 (52,4%)	
<i>Наявність суїцидальних тенденцій, n (%)</i>				
наявні	41 (36,0%)	30 (58,8%)	11 (17,5%)	<0,001
відсутні	73 (64,0%)	21 (41,2%)	52 (82,5%)	
<i>Прихильність до антиретровірусної терапії, n (%)</i>				
регулярна АРТВ	55 (48,3%)	23 (45,1%)	32 (50,8%)	0,703
не регулярна АРТВ	36 (31,6%)	16 (31,4%)	20 (31,8%)	
не приймає АРТВ	23 (20,2%)	12 (23,5%)	11 (17,4%)	

Примітка. p — розбіжності між групами за критерієм χ^2 Пірсона.

Загальна частота неспихотичних психічних розладів з ознаками тривожних і депресивних порушень (депресивний, астено-депресивний, тривожно-депресивний, депресивний з надцінними ідеями, депресивно-іпохондричний, депресивно-фобічний та тривожно-астенічний синдроми) склала 43,9% з 95% ДІ (34,8—53,0%). Більшою мірою були представлені астено-депресивний — 12,3% (95% ДІ 6,3—18,3%); тривожно-депресивний — 9,6% (95% ДІ 4,2—15,1%) та депресивно-іпохондричний синдроми — 8,8% (95% ДІ 3,6—14,0%).

Оцінка рівня тривожності у всіх ВІЛ інфікованих показала (табл. 2), що більше ніж у третини пацієнтів (37,8%) рівень особистісної тривожності був високим (більше 45 балів) і в середньому складав 42,9 (8,40) бали та був статистично значуще вищим і більш виразним у 1 групі дослідження порівняно з 2 групою ($p < 0,001$).

Показники реактивної тривожності у половині всіх випадків були високими (53,5%) і в середньому склали 44,9 (9,71) бали. При цьому слід зазначити, що виразність ситуативної тривоги була достовірно вище особистісної серед усіх обстежених ($p = 0,018$), але без суттєвих відмінностей у групах дослідження ($p > 0,05$).

ВІЛ інфіковані без ознак девіантної поведінки мали менший рівень ситуативної тривожності порівняно з пацієнтами основної групи ($p < 0,001$).

Виразність реактивної тривожності у хворих з деструктивною поведінкою суттєво відрізнялася від групи порівняння — у 1 групі перевищував високий рівень тривоги (72,5%), тоді як у 2 групі — середній ($p = 0,001$).

Зв'язок тривожності у ВІЛ інфікованих з наявністю девіантної поведінки підтверджується і результатами рангового кореляційного аналізу — коефіцієнт кореляції Спірмена $r_s = 0,37$; $p < 0,001$ для особистісної та $r_s = 0,42$; $p < 0,001$ для реактивної тривожності. Також виявлено кореляційні зв'язки тривожності з наявним суїцидальними тенденціями ($r_s = 0,22$; $p = 0,019$ та $r_s = 0,36$; $p < 0,001$ відповідно для реактивної і особистісної тривожності) і реактивної тривожності з практикою незахищеного сексу ($r_s = 0,20$; $p = 0,031$).

Між різними видами тривожності у ВІЛ інфікованих виявлено статистично значущий середній кореляційний зв'язок (коефіцієнт кореляції Пірсона $r_s = 0,54$; $p < 0,001$), отже чим вищий фоновий рівень особистісної тривожності інфікованого, тим більшу реактивну тривожну відповідь на стресову ситуацію маємо очікувати.

Таблиця 2

Показники тривожності та депресії у обстежених ВІЛ інфікованих

Показники	Усі обстежені (n=114)	Група 1 (n=51)	Група 2 (n=63)	p
Особистісна тривожність за STAI				
Середній бал M (SD)	42,9 (8,40)	46,6 (8,65)	40,0 (6,93)	$p < 0,001$
<i>Розподіл за виразністю тривожності, n (%)</i>				
Низький рівень	7 (6,1%)	2 (3,9%)	5 (7,9%)	$p^* = 0,001$
Середній рівень	64 (56,1%)	20 (39,2%)	44 (69,9%)	
Високий рівень	43 (37,8%)	29 (56,9%)	14 (22,2%)	
Реактивна тривожність за STAI				
Середній бал M (SD)	44,9 (9,71)	49,4 (9,80)	41,3 (8,07)	$p < 0,001$
<i>Розподіл за виразністю тривожності, n (%)</i>				
Низький	8 (7,0%)	3 (5,9%)	5 (7,9%)	$p^* = 0,001$
Середній	45 (39,5%)	11 (21,6%)	34 (54,0%)	
Високий	61 (53,5%)	37 (72,5%)	24 (38,1%)	
Депресивна симптоматика за BDI-II				
Середній бал M (SD)	16,1 (8,19)	20,1 (6,99)	12,8 (7,66)	$p < 0,001$
<i>Розподіл за виразністю депресії, n (%)</i>				
Без депресії	27 (23,7%)	4 (7,9%)	23 (36,5%)	$p^* = 0,001$
Субдепресія	24 (21,1%)	7 (13,7%)	17 (26,9%)	$p^* = 0,084$
Помірна депресія	23 (20,2%)	12 (23,5%)	11 (17,5%)	$p^* = 0,422$
Виражена депресія	35 (30,7%)	24 (47,1%)	11 (17,5%)	$p^* = 0,001$
Важка депресія	5 (4,4%)	4 (7,8%)	1 (1,6%)	$p^* = 0,350$

Примітки. p — розбіжності між групами за t критерієм Ст'юдента;

p* — розбіжності між групами за χ^2 Пірсона,

в тому числі з поправкою Йейтса.

Виявлено статистично значущі ($p < 0,05$) кореляційні зв'язки у діапазоні 0,20 — 0,33 як реактивної, так і особистісної тривожності з низкою психологічних характеристик, визначених при об'єктивному обстеженні — з неухважністю, відчуттям безпомічності, ідеями самозвинувачення, іпохондричністю та порушенням сну.

Середній рівень депресії за шкалою BDI-II складав 20,1 (6,99) бали у основній групі ВІЛ інфікованих з ознаками девіантної поведінки та 12,8 (7,66) бали у групі порівняння без зазначених ознак ($p < 0,001$). Середній рівень депресії серед усіх досліджених відповідає помірній депресії, у 2 групі — субдепресії, у 1 групі — депресії середньої тяжкості.

Загалом наявність депресивних симптомів від легкої до важкої депресії зафіксовано у 92,1% хворих 1 групи, що статистично суттєво більше ($p < 0,001$) порівняно з пацієнтами 2 групи — 63,5% (рис. 1).

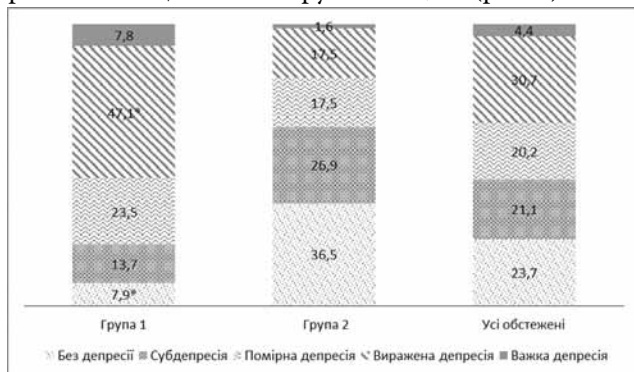


Рис. 1. Розподіл за виразністю депресивної симптоматики (оцінка за BDI-II) у групах дослідження ВІЛ інфікованих, n (%)

Примітка. * — $p = 0,001$ порівняно з 2-ю групою за критерієм χ^2 .

Найбільшу частку у структурі розподілу ступеню депресії у обстежених хворих 1 групи займають хворі з депресією середньої тяжкості (47,1%), тоді як відповідний показник у 2 групі складає 17,5% ($p = 0,001$). У групі порівняння найбільша частка обстежених припадає на пацієнтів без депресії — 36,5%, тоді як в основній групі таких ВІЛ інфікованих лише 7,9% ($p = 0,001$). Спостерігаються також відмінності між групами за часткою хворих з важкою депресією, яка більшою мірою представлена у хворих з девіантною поведінкою, але без статистично значущих розбіжностей ($p > 0,05$).

За даними кореляційного аналізу, поява та виразність депресивної симптоматики пов'язана з наявністю девіантної поведінки у ВІЛ інфікованих ($r_s = 0,34$; $p < 0,001$ та $r_s = 0,48$; $p < 0,001$ відповідно), наявністю суїцидальних тенденцій ($r_s = 0,29$; $p = 0,002$ та $r_s = 0,37$; $p < 0,001$ відповідно).

Характерологічні риси особистості за даними об'єктивного психіатричного обстеження, зокрема слабкість, неухважність, невдоволення, зниження маси тіла, відчуття провини, песимізм, апатія та виразність депресивної симптоматики — відповідні коефіцієнти рангової кореляції знаходяться у діапазоні 0,19 — 0,43 ($p < 0,05$).

Розвитку депресивних розладів у хворих з ВІЛ статусом підвищуються при високому рівні реактивної тривожності (≥ 45 балів) — ВШ=4,67 (95% ДІ 1,78 — 12,25), $p = 0,002$; особистісної тривожності (≥ 45 балів) — ВШ=3,41 (95% ДІ 1,18 — 9,83), $p = 0,023$; наявності суїцидальних тенденцій — ВШ=6,20 (95% ДІ 1,74 — 22,15), $p = 0,005$.

Поява девіантної поведінки у ВІЛ інфікованих з непсихотичними психічними розладами підвищуються при високому рівні реактивної тривожності (≥ 45 балів) — ВШ=4,29 (95% ДІ 1,93 — 9,54), $p < 0,001$; особистісної тривожності (≥ 45 балів) — ВШ=4,61 (95% ДІ 2,05 — 10,40), $p < 0,001$; наявності депресивної симптоматики — ВШ=6,76 (95% ДІ 2,16 — 21,18), $p = 0,001$ та тяжких симптомах дистресу (GSI>1) — ВШ=20,0 (95% ДІ 5,63 — 71,07), $p < 0,001$.

Висновки. Як і в інших країнах, частота та виразність депресії і тривожності у ВІЛ інфікованих є суттєвою і перевищує в 3,4—4 рази відповідні показники здорової української популяції.

Депресивні розлади є найбільш поширеними серед непсихотичних психічних розладів, що зустрічаються у хворих з ВІЛ / СНІД. Частота тривожних і депресивних порушень за даними проведеного об'єктивного дослідження складає 43,9% (95% ДІ 34,8% - 53,0%), за даними BDI-II обстеження — 76,4%. Збільшення їх частоти до 92,1% спостерігається при наявності девіантних форм поведінки ($p < 0,001$).

Отримані дані свідчать про те, що девіантна поведінка може погіршити ступінь психічного розладу у ВІЛ-інфікованих пацієнтів. Лікування цих пацієнтів може бути більш успішним, якщо задовольняються потреби даної групи пацієнтів як в відповідній високоактивній антиретровірусній терапії, так і у своєчасній діагностиці психічних порушень та психіатричній допомозі.

Цей висновок наголошує на необхідності проведення спеціальних заходів, відповідної психокорекції щодо розв'язання проблем психічного здоров'я ВІЛ-інфікованих, пов'язаних з девіантною поведінкою при непсихотичних психічних розладах.

Перспективи подальших досліджень полягають у проведенні повторного обстеження ВІЛ інфікованих для визначення ефективності проведеної психокорекції.

Список використаної літератури

1. Asch SM, Kilbourne AM, Gifford AL, et al. Underdiagnosis of depression in HIV: who are we missing?. *J Gen Intern Med.* 2003;18(6):450—460. doi:10.1046/j.1525-1497.2003.20938.x
2. Beck JS, Beck AT, Jolly JB, Steer RA. *The Beck Youth Inventories*, 2nd Edn. San Antonio, TX: Psychological Corporation, 2005.
3. Familiar I, Murray S, Ruisenor-Escudero H, et al. Socio-demographic correlates of depression and anxiety among female caregivers living with HIV in rural Uganda. *AIDS Care.* 2016;28(12):1541—1545. doi:10.1080/09540121.2016.1191609
4. Heaton RK, Franklin DR Jr, Deutsch R, et al. Neurocognitive change in the era of HIV combination antiretroviral therapy: the longitudinal CHARTER study. *Clin Infect Dis.* 2015;60(3):473—480. doi:10.1093/cid/ciu862
5. Hedayati-Moghaddam MR, Eftekhazadeh Mashhadi I, Zibae R, Hosseinpour AM, Fathi-Moghaddam F, Bidkhorji H. Assessment of Psychiatric Symptoms Using SCL-90-R among HIV/AIDS Individuals in Razavi Khorasan Province, Iran. *Iran Red Crescent Med J.* 2011;13(1):58—59.
6. Hill LM, Gottfredson NC, Kajula LJ, et al. Changes in Anxiety and Depression Symptoms Predict Sexual Risk Behaviors Among Young Men Living in Dar es Salaam, Tanzania. *AIDS Behav.* 2018;22(5):1435—1445. doi:10.1007/s10461—017-1991-3
7. Hobkirk AL, Starosta AJ, De Leo JA, et al. Psychometric validation of the BDI-II among HIV-positive CHARTER study participants. *Psychol Assess.* 2015;27(2):457—466. doi:10.1037/pas0000040.
8. Huang X, Li H, Meyers K, et al. Burden of sleep disturbances and associated risk factors: A cross-sectional survey among HIV-infected persons on antiretroviral therapy across China. *Sci Rep.* 2017;7(1):3657. Published 2017 Jun 16. doi:10.1038/s41598—017—03968-3
9. Huang X, Meyers K, Liu X, et al. The Double Burdens of Mental Health Among AIDS Patients With Fully Successful Immune Restoration: A Cross-Sectional Study of Anxiety and Depression in China. *Front Psychiatry.* 2018;9:384. Published 2018 Aug 24. doi:10.3389/fpsy.2018.00384
10. Hutton H, Lesko CR, Chander G, Lau B, Wand GS, McCaul ME. Differential effects of perceived stress on alcohol consumption in moderate versus heavy drinking HIV-infected women. *Drug Alcohol Depend.* 2017;178:380—385. doi:10.1016/j.drugalcdep.2017.05.021
11. Liu Y, Niu L, Wang M, Chen X, Xiao S, Luo D. Suicidal behaviors among newly diagnosed people living with HIV in Changsha, China. *AIDS Care.* 2017 Nov;29(11):1359-1363. doi: 10.1080/09540121.2017.1338653. Epub 2017 Jun 8.
12. Meade CS, Sikkema KJ. HIV risk behavior among adults with severe mental illness: a systematic review. *Clin Psychol Rev.* 2005 Jun;25(4):433-57. Epub 2005 Apr 12.
13. Nedelcovych MT, Manning AA, Semenova S, Gamaldo C, Haughey NJ, Slusher BS. The Psychiatric Impact of HIV. *ACS Chem Neurosci.* 2017;8(7):1432—1434. doi:10.1021/acchemneuro.7b00169
14. Pappin M, Wouters E, Booysen FL. Anxiety and depression amongst patients enrolled in a public sector antiretroviral treatment programme in South Africa: a cross-sectional study. *BMC Public Health.* 2012;12:244. Published 2012 Mar 27. doi:10.1186/1471-2458-12-244.
15. Šimundić AM. Measures of Diagnostic Accuracy: Basic Definitions. *EJIFCC.* 2009 Jan 20;19(4):203-11. eCollection 2009 Jan.
16. Spielberger C.D. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (STAI)*. CA: Palo Alto, Consulting Psychologists Press, 1983. 224 p.
17. Sun W, Wu M, Qu P, Lu C, Wang L. Psychological well-being of people living with HIV/AIDS under the new epidemic characteristics in China and the risk factors: a population-based study. *Int J Infect Dis.* 2014 Nov;28:147-52. doi: 10.1016/j.ijid.2014.07.010. Epub 2014 Oct 2.
18. Tesfaw G, Ayano G, Awoke T, et al. Prevalence and correlates of depression and anxiety among patients with HIV on-follow up at Alert Hospital, Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Psychiatry.* 2016;16(1):368. Published 2016 Nov 2. doi:10.1186/s12888—016-1037-9

Анализ уровня депрессии и тревожности у ВИЧ инфицированных в зависимости от наличия девиантного поведения

Проф. Спирина И.Д., Гненная О.Н.

Государственное учреждение «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»,
Украина, г. Днепр

В статье приведены результаты комплексного клинико-психодиагностического обследования 114 ВИЧ инфицированных пациентов. По результатам исследования установлено, что депрессивные расстройства являются наиболее частыми непсихотического психическими расстройствами, встречаются у больных с ВИЧ / СПИД. Частота тревожных и депрессивных нарушений составляет 43,9% (95% ДИ 34,8% — 53,0%), по данным BDI-II обследования — 76,4%. Увеличение их частоты в 92,1% наблюдается при наличии девиантных форм поведения ($p < 0,001$). Полученные данные свидетельствуют о том, что девиантное поведение может ухудшить степень психического расстройства у ВИЧ-инфицированных пациентов.

Ключевые слова: ВИЧ инфицированные, непсихотические психические расстройства, девиантное поведение, депрессия, тревога, психопатологическая симптоматика.

Analysis of depression level among hiv infected in dependence on the presence of deviant behavior

Prof. Spirina I.D., ass. Hnenna O.M.

State institution «Dnipropetrovsk Medical Academy of the Ministry of Health of Ukraine», Ukraine, Dnipro

According to a survey of 114 HIV infected patients, depressive disorders were found to be the most frequent nonpsychotic mental disorder that occurs in people with HIV / AIDS. The frequency of anxiety and depressive disorders is 43.9% (95% CI 34.8% - 53.0%), according to the BDI-II survey - 76.4%. An increase in their frequency to 92.1% is observed in the presence of deviant forms of behavior ($p < 0.001$). The findings suggest that deviant behavior may worsen the degree of mental disorder in HIV-infected patients.

Key Words: HIV infected, nonpsychotic mental disorders, deviant behavior, depression, anxiety, psychopathological symptomatology.

Контактна інформація: Спіріна Ірина Дмитрівна —
професор, доктор медичних наук, завідувач кафедри психіатрії,
загальної та медичної психології, Державний заклад «Дніпропетровська медична
академія МОЗ України»,
Україна, м. Дніпро, вул. Вернадського 9, Тел.: 0671044369, e-mail: 417@dsma.dp.ua

Стаття надійшла до редакції 17.09.2019 р.