

УДК 616.89–008.442–084:613.89:613.885

*Р.Т. Габрель***ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ОСІБ ТА ЇХ ПАРТНЕРІВ В ГЕНЕЗІ ПОРУШЕННЯ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ ПАРТНЕРСЬКОЇ ПАРИ**

Харківська медична академія післядипломної освіти, Київський центр профілактики та боротьби зі СНІДом Київської міської клінічної лікарні № 5

Ключові слова: ВІЛ, індивідуально-психологічні особливості, партнерська пара

З часу першого опису синдрому набутого імунodefіциту, який було здійснено у США у 1981 році, в світі спостерігається катастрофічне зростання захворюваності з подвоєнням кількості хворих кожні 6 місяців. На теперішній час випадки ВІЛ-інфекції зареєстровані в 140 країнах світу. Загальносвітова статистика показує, що кількість інфікованих ВІЛ становить 33 млн осіб, з них 30,8 млн дорослих та 2,0 млн дітей у віці до 15 років. За даними ВООЗ, у переліку десяти провідних причин смерті, ВІЛ/СНІД займає сьоме місце [1].

Нажаль, така тенденція спостерігається і в Україні, де станом на початок 2012 року зареєстровано 202 787 випадків ВІЛ-інфікування серед громадян України, у тому числі 46300 випадків захворювання на СНІД та 24 626 випадків смерті від СНІДу. У 2011 р. в Україні зареєстровано 21177 нових випадків ВІЛ-інфекції (46,2 на 100 тис. населення) – це найвищий показник за весь період спостереження за ВІЛ-інфекцією в Україні [2].

Аналіз даних літератури демонструє розрізненість досліджень, спрямованих на розв'язання проблеми збільшення тривалості та покращення якості життя осіб, інфікованих ВІЛ. Це обумовлене складністю і полімодальністю вивчаємих феноменів, серед яких провідне місце повинно займати питання психологічних ресурсів ВІЛ-інфікованих, що складаються з джерел індивідуально-особистісних властивостей індивіда та міжособистісної, насамперед, сімейної, взаємодії. Спроба аналізу індивідуально-психологічних особливостей ВІЛ-інфікованих з точки зору їх впливу на можливість пригальмування патологічного процесу була здійснена у 2009 р. в Санкт-Петербурзі [3], однак, її кінцевим результатом не стала розробка стратегії і тактики медико-психологічного супроводу ВІЛ-інфікованої партнерської пари, що до теперішнього часу на знайшло свого вирішення й впро-

вадження в клінічну практику. Таке становище значно знижує ефективність медико-психологічної допомоги даній категорії пацієнтів та членів їх родин.

Між тим, для успішного вирішення даної задачі необхідним є вивчення індивідуально-психологічних особливостей ВІЛ-інфікованих осіб та їх партнерів з виділенням серед них факторів провокації або протекції щодо розвитку порушень життєдіяльності таких партнерських пар (ПП), без чого неможлива подальша розробка комплексних заходів, спрямованих на покращення якості життя ВІЛ-позитивних осіб і членів їх родин.

Отже, для досягнення даної мети протягом 2010 – 2012 рр. на базі Київського центру профілактики та боротьби зі СНІДом Київської міської клінічної лікарні № 5, нами було обстежено 105 ПП, в яких один із партнерів був ВІЛ-інфікованим, а саме: 70 гетеросексуальних партнерських пар, в 35 пар з яких інфікованим був чоловік (група 1), й 35 пар, де інфікованою виявилась жінка (група 2), та 35 гомосексуальних партнерських пар, де був ВІЛ-інфікованим один із партнерів (група 3).

Критеріями включення у дослідження були: 1) підтвержене інфікування у центрі СНІД (м. Київ) одного із партнерів; 2) давність партнерських відносин не менш року (спільне життя із сформованими сімейними ролями); 3) відсутність дітей; 4) відсутність психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання психоактивних речовин.

Комплексне обстеження включало в себе структуроване клініко-анамнестичне інтерв'ю та психодіагностичне дослідження, яке проводили з використанням методики визначення акцентуацій характеру К. Леонгарда – Г. Шмішека та опитувальника Р. Кеттела 16PF (Sixteen Personality Factor Questionnaire, 16PF) [4]. Успішність життєдіяльності ПП та рівень її порушень визначали за допомогою опитувальни-

ка подружньої задоволеності А. Лазаруса [5], за результатами аналізу кількісних і якісних показників якого (сума балів та ступінь їх конгруентності у кожного з партнерів), робили висновок про наявність та рівень вираженості порушення життєдіяльності ПП.

На основі аналізу успішності життєдіяльності ПП (табл. 1), виявлено, що, серед загальної кількості гетеросексуальних ПП, у 48,6% ПП

групи 1 та 40% ПП групи 2, виявлений достатній рівень подружньої задоволеності, що було свідомством успішності їх життєдіяльності як союзу двох особистостей в рамках партнерського (сімейного) функціонування, не дивлячись на наявність такого психо- і сексотравмуючого фактора, як інфікування одного з партнерів ВІЛ. Серед гомосексуальних ПП, пар без порушення життєдіяльності не виявлено.

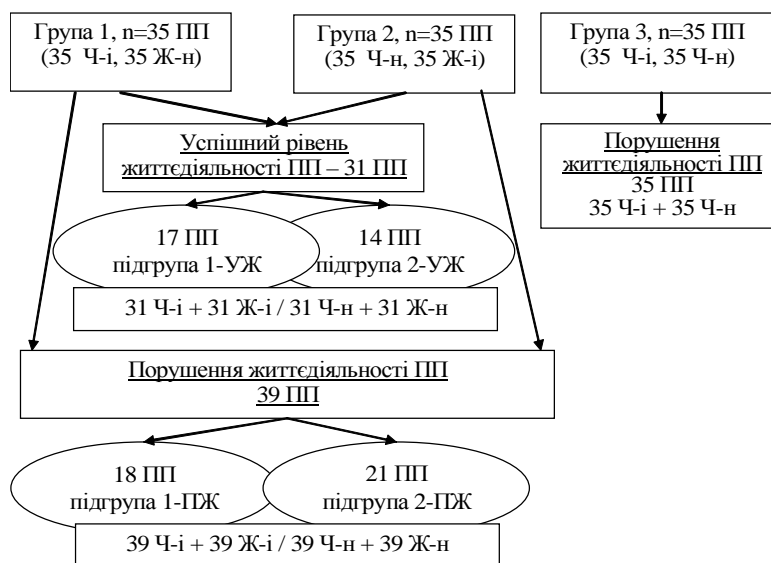
Таблиця 1

Розподіл обстежених ПП за станом їх життєдіяльності

Стан життєдіяльності ПП	Група 1 (n = 70)	Група 2 (n = 70)	Група 3 (n = 70)
Суцільне порушення (повна конгруентна незадоволеність), < 80 балів	14,3±3,5	20,0±4,0	42,9±4,9
Часткове порушення (часткова інконгруентна незадоволеність), 82 – 112 балів	37,1±4,8	40,0±4,9	57,1±4,9
Успішність (подружня задоволеність), 115 – 160 балів	48,6±5,0	40,0±4,9	–

Отже, результати, отримані в ході дослідження, співставлялися як між інфікованими та неінфікованими особами ПП усіх груп, так і між

подружжями за ознакою успішності / неуспішності життєдіяльності їх ПП. Розподіл обстежених на підгрупи представлено на рис. 1.



Примітка. Ч-і – інфіковані чоловіки, Ч-н – неінфіковані чоловіки, Ж-і – інфіковані жінки, Ж-н – неінфіковані жінки. УЖ – успішність життєдіяльності, ПЖ – порушення життєдіяльності.

Рис. 1. Розподіл обстежених на підгрупи дослідження в залежності від ВІЛ-інфікування та стану життєдіяльності ПП

У переважній більшості інфікованих чоловіків підгрупи 1-ПЖ (94,3%) і жінок підгрупи 2-ПЖ (88,6%), відзначався поєднаний тип акцентуації з домінуванням тривожної (відповідно 62,9% і 65,7%), дистимічної (74,3% і 54,3%), емотивної (по 57,1% відповідно) і застрягаючої (54,3% і 51,4%) акцентуаціями в різних комбінаціях. Наявність тривожного типу акцентуації

свідчила про боязкість, невпевненість в собі, постійне очікування небезпеки і відчуття пригніченості і втрати сенсу іноді аж до апатії, що характеризувало особистісну дезадаптацію. Брак або втрата ресурсу, песимістична налаштованість і ставлення до життєвих проблем, характерне для дистимії, посилювалися при високому рівні тривожності, що призводило до страху

з приводу втрати контролю над життєвими подіями і виражалося у відчутті безпорадності перед труднощами. Переважання емотивного типу акцентуації було свідомством переважання жалісливості, м'якосердності, нездатності до стресопору з відчуженням гострої пригніченості під впливом психотравмуючої ситуацій. Проблеми, пов'язані з міжособистісними відносинами, у таких осіб мали для них першочергове значення, що в поєднанні з дистимічними і тривожними рисами призводило до занепокоєння і страху за себе, своїх близьких і почуттю провини перед ними. Найявністю застрягаючої акцентуації обумовлювало образливість, вразливість та підозрілість обстежених. Поєднання дистимічного і застрягаючого типів акцентуацій призводило до дезадаптивної поведінки, яка супроводжувалась страхом не впоратися з вимогами, що пред'являє факт інфікування ВІЛ. Сполучення застрягання та емотивної акцентуації обумовлювало поглиненість людини власними переживаннями, ідеалізацію і залежність від партнера, при

цьому агресія і вина за порушені подружні відносини покладалась як на себе, так і на супутника, який виявився негідним тих почуттів, які по відношенню до нього відчували, оскільки йому закидалося відсутність здатності або бажання надати інфікованому достатню емоційну підтримку. Ригідність, стереотипність поведінки, реалізація деструктивного сценарію були характерні для осіб з застрягаючим типом акцентуації, поєднаним з високою тривожністю.

Усереднений профіль акцентуацій гетеросексуальних інфікованих чоловіків і жінок з порушення життєдіяльності ПП (рис. 2), свідчив про поєднання високих значень тривожної, дистимічної, емотивної і застрягаючої акцентуацій. Таким чином, у даних осіб відзначалася особистісна дезадаптація, яка виявлялася в постійному очікуванні небезпеки, втрати ресурсу, відчутті безпорадності, страху з приводу втрати контролю над подіями, боязкості, невпевненості в собі, песимістичній налаштованості і відчутті пригніченості.

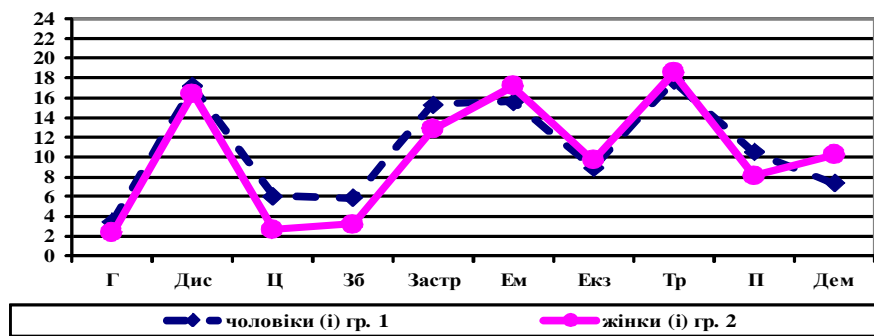


Рис. 2. Усереднений профіль акцентуацій у інфікованих гетеросексуальних чоловіків і жінок з порушенням життєдіяльності ПП.

У неінфікованих подружжів підгруп 1-ПЖ і 2-ПЖ спостерігався значно інший варіант усередненого профілю акцентуацій (рис. 3). У 71,4% чоловіків і 68,6% жінок профіль носив поєднаний характер з високими значеннями застрягаючого (57,1% чоловіків і 54,3% жінок) і збудливого (відповідно, 60% і 51,4%) типів на

тлі низьких значень емотивного (відповідно 42,9% і 37,1%), демонстративного (відповідно 28,6% і 34,3%) і екзальтованого (відповідно 37,1% і 37,1%) типів акцентуацій. У решті відзначалися ізольовані акцентуації, а саме, збудлива у 17,1% чоловіків і 14,3% жінок, застрягаюча у 14,3% чоловіків і 20% жінок.

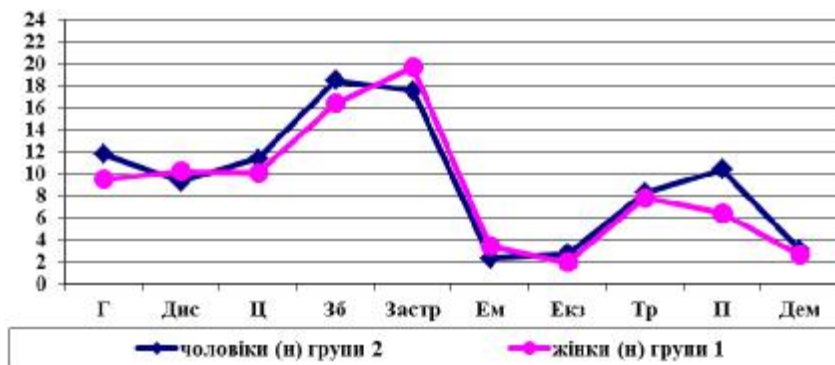


Рис. 3. Усереднений профіль акцентуацій у партнерів інфікованих гетеросексуальних чоловіків і жінок з порушенням життєдіяльності ПП.

Поєднання збудливості і застрягання в профілі акцентуацій свідчило про ригідність рольової позиції, ослаблення контролю, внутрішню напругу та стан гострого занепокоєння, обумовленого тим, що людина відчуває свою нездатність впоратися з ситуацією в значущій для неї сфері. Поєднання в профілі високої збудливості і низької емотивності підкреслювало зовнішню активність на тлі зниження рефлексії, порушення контакту з власними переживаннями. На ослаблення навичок саморегуляції і здібності до коригування власної поведінки на підставі реакції оточуючих вказувало поєднання високої збудливості і низької демонстративності. У взаєминах з іншими людьми проявлялося небажання дбати про оточуючих, зневага до їхніх потреб і роздратування. При поєднанні застрягання з низькою емотивністю спостерігалася слабка здатність до рефлексії в області ригідних установок, агресивне заперечення наявних проблем у сфері міжособистісних відносин. Поєднання застрягання і низькою демонстративністю свідчило про те, що людину не цікавить думка про неї інших людей. При низьких значеннях емотивності і екзальтованості в поведінці відбивалася дистанційованість, відчуженість, відсутність навичок адекватного соціально-

прийнятного вираження негативних переживань, схильність до маніпуляції, нещирість у стосунках.

Таким чином, для подружжів гетеросексуальних інфікованих чоловіків і жінок з порушенням життєдіяльності ПП виявилось характерними ригідність рольової поведінки, дистанційованість, холодність у взаєминах, недостатній контроль над своєю поведінкою, ігнорування очікувань оточуючих, відсутність навичок адекватного соціально-прийнятного вираження негативних переживань і високий ступінь витіснення проблем у міжособистісних стосунках.

Побудова усередненого профілю акцентуацій у гомосексуальних партнерів інфікованих чоловіків групи 3 показала схожість його конфігурації з варіантом профілю подружжів підгруп 1-ПЖ і 2-ПЖ, за винятком високих показників циклотимії (достовірність відмінностей $p < 0,01$) (рис. 4). Так, у 57,1% чоловіків було виявлено поєднання циклотимної і збудливої акцентуації на тлі низьких значень емотивності і демонстративності, у 34,4% чоловіків циклотимія поєднувалася з застряганням при низьких показниках екзальтованості і емотивності, у 11,4% чоловіків був виявлений застрягаючий тип акцентуації.

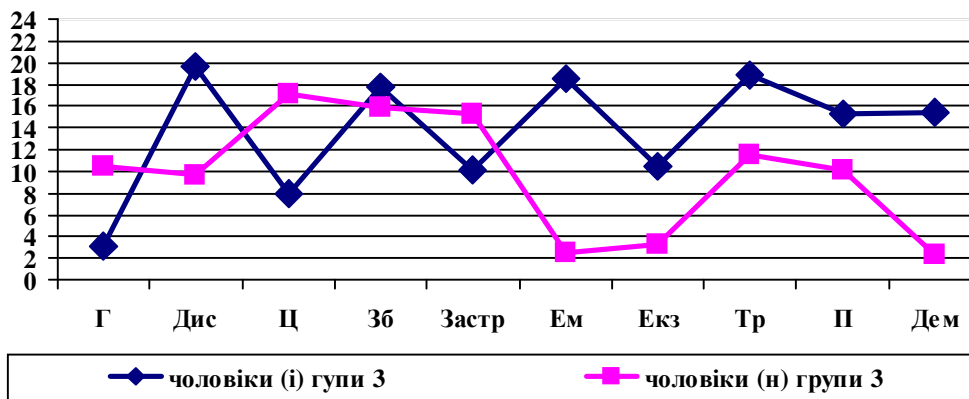


Рис. 4. Усереднений профілі акцентуацій у гомосексуальних чоловіків.

Даний тип профілю відрізняють високі показники циклотимності, якій притаманна зміна гіпертимічних і дистимічних станів: радісні події супроводжувалися у них загальною картиною підвищеного настрою, сумні – викликали пригніченість і сповільненість реакцій. На поведінковому рівні ця акцентуація проявлялася нестійкістю і рухливістю поведінкових патернів, а на емоційному рівні відзначалася висока залежність від зовнішніх подій, чутливість і вразливість в емоційній сфері. Домінування даної акцентуації у обстежених вказувало на наявність кризової ситуації або на постійні мікрокризи, що

супроводжували їхнє життя або були провоковані ними же. Поєднання циклотимності і застрягання призводило до ригідної рольової поведінки, яка проявлялася у зовнішній активності, метушливості. Висока циклотимність при зниженні емотивності характеризувала стан деякої дезорієнтації, витіснення травматичних переживань, коли людина легко піддавалася впливу і переконанню, не прагнула відстоювати свою точку зору, з іншого боку, у взаєминах з іншими людьми проявляла дистанційованість, холодність, відчуженість і зневажливе ставлення. Поєднання циклотимності і низьких значень

екзальтованості вказувало на наявність у поведінці недостатності контролю, навіженої примхливості, різкості. Висока циклотимність при низькій демонстративності виражалася в порушенні різних зобов'язань у взаєминах з іншими людьми, ігноруванні очікувань, які пов'язують із ними оточуючі.

Таким чином, при інтерпретації усередненого профілю акцентуацій неінфікованих партнерів гомосексуальних чоловіків групи 3 на перший план виступили такі риси, як ригідна рольова поведінка, відчуженість, примхливість, агресивність, наявність у поведінці недостатності контролю.

Результати дослідження профілю акцентуацій інфікованих гомосексуальних чоловіків групи 3 показали, що у 54,3% з них були виявлені сполучені тип акцентуацій з превалюванням дистимічного і збудливого типів, що свідчило про переживання гострого емоційного неблагополуччя, гострої чутливості до образам і несправедливому до себе відношенню. У 42,9% чоловіків зазначалося поєднання високих значень демонстративного, дистимічного і педантичного типів на тлі низьких значень гіпертимного типу акцентуації, що вказувало на наявність деструктивної рольової поведінки з підкресленням неблагополуччя свого стану. У 2,8% чоловіків було виявлено домінування педантичного і демонстративного типу акцентуації при низьких значеннях емотивної акцентуації. У усередненому графіку інфікованих чоловіків групи 3 (рис. 4) на перший план виступали висока виразність дистимічної, збудливої, демонстративної і педантичної акцентуацій, а в зону мінімальних значень потрапили гіпертимна акцентуація.

Таким чином, інфіковані ВІЛ гомосексуальні чоловіки характеризувалися зниженим фоном настрою, фіксацією на похмурих, сумних сторонах життя, що відзначалося при дистимічній акцентуації. Вони відчували стан виснаженості, брак ресурсу, щоб впоратися з ситуацією самотійно. Характерною для них була зовні виражена і сильна реакція на події, які відбувалися в їх житті, що властиво при підвищенні збудливості. У міжособистісних відносинах вони поводитися імпульсивно, не проявляли терпимості і не шукали можливості примирення. При поєднанні дистимної акцентуації із збудливістю, проявлялися ранимість, уразливість, зайва дратівливість і примхливість, гостра чутливість до негативних стимулів, при цьому переживання внутрішнього неблагополуччя супроводжувалося відчуттям травматичності зовнішніх впливів.

Поєднання дистимної з педантичною акцентуаціями вказувало на наявність суб'єктивно-неблагополучної ситуації, прагнення проконтролювати проблему, пов'язану з взаємовідносинами, в яких присутня відповідальність за іншу людину. Одночасно високі значення збудливою і педантичної акцентуацій свідчили про уразливість, чутливості людини до негативних подій або впливів, які виступають в ролі постійного стресора, йому непідвласного. Характерна для пацієнтів демонстративність виявлялася в підвищеній здатності до витіснення, виразністю маніпулятивної поведінки, що в поєднанні з дистимією вказувало на наявність деструктивного рольової поведінки і підкреслення неблагополуччя свого стану за типом «подивіться, як мені погано». Тобто, людина суб'єктивно відчувала неблагополуччя, була здатна рефлексувати його причини, але не мала ресурсів на зміну ситуації. Поєднання високих показників збудливості, педантичності і демонстративності характеризувало прагнення справити на оточуючих сприятливе враження, підкресливши власну значущість, відповідальність. В той час, низькі значення гіпертимності відповідали паттерну поведінки, в якому демонструвалася вичерпаність власних ресурсів і потреба в ресурсах оточуючих, що вказувало на маніпулятивність рольової поведінки. При цьому тло настрою було знижений до стану гострої жалості до себе, відчуття власного безсилля перед ситуацією, що склалася, і власної знедоленості, непотрібності. Обстежені представляли себе жертвою обставин або відносин, на поведінковому рівні могли проявлятися агресивність і роздратування, спрямовані на близьких людей.

Отже, інфіковані ВІЛ гомосексуальні чоловіки характеризувалися ранимістю, вразливістю, зайвою дратівливістю, імпульсивністю, переживанням травматичності зовнішніх впливів і відчуттям власного безсилля перед ситуацією, що склалася, деструктивною рольовою поведінкою на тлі зниженого настрою і стану виснаженості.

У 48,6% інфікованих чоловіків і 51,4% жінок підгруп 1-УЖ і 2-УЖ (осіб, які мали успішні подружні стосунки), було виявлено поєднання високих показників емотивного типу акцентуації і низьких значень збудливості і застрягання. У 28,6% чоловіків і 34,3% жінок цих підгруп домінували екзальтованість, емотивність на тлі низьких показників застрягання і тривожності, у 8,6% чоловіків було виявлено гіпертимний тип акцентуації. Явних акцентуацій не виявлено у

17,1% чоловіків і 14,3% жінок.

Висока емотивність, притаманна більшості обстежених цих підгруп, вказувала на м'якість, емпатичність до іншої людини, глибокий інтерес і прихильність, орієнтацію більшою мірою на взаємодію, ніж на досягнення успіху, їх система цінностей і пріоритетів відрізнялася значною стійкістю, постійністю. У міжособистісних відносинах вони виявляли прагнення до встановлення довірчих відносин. При поєднанні низьких значень застрягання з високою емотивністю відзначалася лабільність сфери почуттів, адекватність форм вираження власних бажань, намірів. Таке поєднання свідчило про наявність у обстежених інтересу та можливостей до побудови довірчих, теплих міжособистісних подружніх відносин. Поєднання екзальтованого типу акцентуації і низьких показників застрягання

вказувало на щирість і безпосередність людини, її «розчинення» у світі, відкритість новому досвіду. Високі показники емотивності і екзальтованості посилювали позитивні аспекти один одного, що виражалося у щирості відчуттів, зацікавленості в іншій людині. Висока емотивність при низькій тривожності вказували на сприйняття людиною ситуації такою, як вона є.

Усереднений профіль акцентуацій гетеросексуальних чоловіків і жінок з успішними подружніми відносинами (рис. 5) свідчив про домінування емотивного і екзальтованого типів акцентуацій на тлі низьких показників збудливої, застрягаючої і тривожної акцентуацій. Таким чином, їх основними рисами виявилися здатність до емпатії, прагнення до встановлення довірчих відносин, адекватність форм вираження власних бажань і намірів.

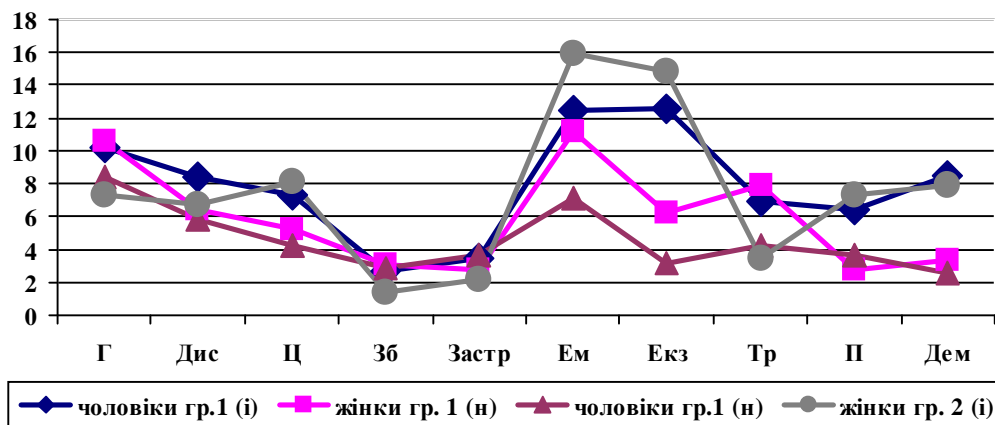


Рис. 5. Усереднений профіль акцентуацій у гетеросексуальних чоловіків і жінок без порушень життєдіяльності ІІІ.

Результати дослідження особистісних особливостей ВІІ-інфікованих чоловіків і жінок підгруп 1-ПЖ та 2-ПЖ відображали достовірне ($p < 0,05$) підвищення показників за факторами I, L, Q, Q4 і достовірне ($p < 0,05$) зниження показників за факторами A, F, G, і Q1. Пацієнти відрізнялися замкнутістю (A-), обережністю (F-), низькою нормативністю поведінки (G-), м'якосердя (I+), підозрілістю (L+), схильністю до почуття провини (O+), консерватизмом (Q1-), внутрішньою напруженістю (Q4+).

Цим особам були властиві замкнутість, скептичність, негнучкість у відносинах з людьми, схильність до усамітнення, концентрованість на власних думках і почуттях, відособленість від оточуючих (фактор A-). Вони жили в постійному неспокої про своє майбутнє, були схильні до песимізму, постійно очікували виникнення якихось негараздів, по-

стійно прислухались до себе та прагнули тримати все під своїм контролем.

По відношенню до оточуючих, особливо близьких, проявляли м'якість, але і від них чекали уваги, допомоги і співчуття. Часто вони діяли інтуїтивно і імпульсивно, тому на них не можна було покластися, до того ж, їм властива стурбованість станом свого здоров'я (I+). Високі значення фактора L свідчили про підозрілість, задрісність. Вони були високої думки про себе, проявляли зацікавленість виключно на своїх інтересах, а від близьких вимагали нести відповідальність за допущені помилки. Їх турбувало почуття провини, вони були сповнені страху, тривоги і поганих передчуттів, демонстрували емоційну лабільність, легку стомлюваність, підвищену чутливість до реакцій оточуючих (O+). Вони підозріло ставилися до того, що не відповідало їх поглядам на якісь речі, з сумні-

вом ставилися до всього нового (Q1-). Стан фрустрації, в якому вони знаходилися, був результатом активного незадоволення прагнень та характеризувався напруженістю, збудженістю, розд-

ратуванням і занепокоєнням (Q4+).

Усереднені профілі обстежених інфікованих чоловіків і жінок підгруп 1-ПЖ та 2-ПЖ представлені на рис. 6.

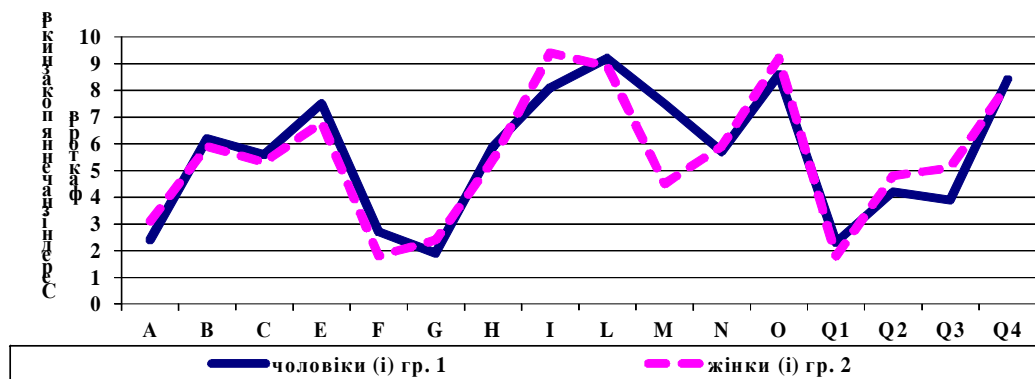


Рис. 6. Усереднені особистісні профілі ВІЛ-інфікованих гетеросексуальних чоловіків і жінок з порушенням життєдіяльності ПП.

Таким чином, найбільш характерними особистісними особливостями ВІЛ-інфікованих чоловіків і жінок з порушенням життєдіяльності ПП виявилися замкнутість, негнучкість у відносинах з людьми (фактор А-), обережність, поглиблення в себе, постійне очікування виникнення якихось нещастя (фактор F-), незгода із загальноприйнятими моральними нормами і стандартами поведінки, (фактор G-), очікування від оточуючих уваги, допомоги і співчуття (фактор I+), підозрливості (фактор L+), пригніченість, чутливість до реакцій оточуючих (O+), консерватизм, схильність до моралізації (Q1-), напруженість, збудженість, дратівливість (фактор Q4+).

Характеристика особистісного профілю неінфікованих чоловіків і жінок з порушенням життєдіяльності ПП, відображала достовірне ($p < 0,05$) підвищення показників факторів L і Q4 і достовірне ($p < 0,05$) зниження показників факторів C, G, I, O і Q3. Характерними особистісними особливостями партнерів інфікованих осіб підгруп 1-ПЖ (Ж-н) і 2-ПЖ (Ч-н) були схильність до лабільності настрою (C-), безпринципність (G-), твердість (I-), підозрливості (L+), самовпевненість (O-), нестача самоконтролю (Q3-), внутрішня напруженість (Q4+).

Аналіз досліджених показників виявив, що для обстежених були характерні часта зміна настрою, емоційна нестійкість, імпульсивність, низька толерантність по відношенню до фрустрації. Вони перебували під впливом почуттів, легко засмучувались, були запальними, дратівливими, прагнули ухилятися від вирішення не-

приємних питань, не хотіли брати на себе відповідальність за вирішення проблематичних ситуацій (C-). Характерними для них були неорганізованість, безпринципність, безвідповідальність, імпульсивність, потурливість тільки своїм бажанням, схильність до впливу випадку та обставин, ігнорування обов'язків. У оточуючих вони викликали недовіру, оскільки не докладали зусиль з виконання подружніх норм, жорсткими, суворими, проявляли черствість по відношенню до своїх близьких (G-).

Ці особи виявились несентиментальними і самовпевненими (I-). Вони були високої думки про себе, егоїстичні, заздрісні, проявляли настороженість і недовірливість по відношенню до людей, їх інтереси були звернені тільки на самих себе. До того ж, вони прагнули покласти відповідальність за власні помилки на оточуючих. Обачні у діях, вони мало піклувалися про інших людей, були уперті і незалежні в соціальній поведінці (L+). Низькі значення чинника O свідчили про безпечність, самовпевненість, відсутності каяття і почуття провини, впертість, нечутливість до думки оточуючих. Їм були притаманні недостатній самоконтроль, внутрішня конфліктність, недисциплінованість, спонтанність у поведінці, підпорядкованість своїм пристрастям (фактор Q3-). Напруженість і фрустрованість проявлялися при високих значеннях фактора Q4, при цьому було характерно стан активного незадоволення прагнень, напруженість, неспокій, дратівливість.

Таким чином, при дослідженні особистісних особливостей партнерів ВІЛ-інфікованих чо-

ловіків і жінок з порушенням життєдіяльності ПП, на перший план виступали емоційна нестійкість, імпульсивність (фактор С-), неорганізованість, безвідповідальність, незгода із загальноприйнятими моральними правилами і стандартами поведінки (фактор G-), жорсткість, черствість по відношенню до своїх близьких (фактор I-), настороженість і недовірливість по

відношенню до людей (фактор L+), самовпевненість, холоднокровність, нечутливість до думки оточуючих (фактор O-), внутрішня конфліктність, недостатній самоконтроль (фактор Q3-), напруженість (фактор Q4+). Усереднені особистісні профілі неінфікованих гетеросексуальних чоловіків і жінок з порушенням життєдіяльності ПП представлені на рис. 7.

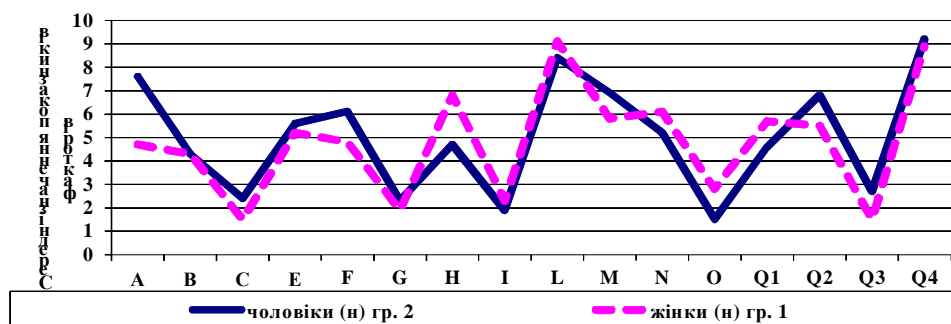


Рис. 7. Усереднені особистісні профілі неінфікованих гетеросексуальних чоловіків і жінок з порушенням життєдіяльності ПП.

Порівняльний аналіз особистісних особливостей чоловіків і дружин ВІЛ-інфікованих осіб підгруп 1-ПЖ і 2-ПЖ показав їх достовірну подібність ($p < 0,05$) за такими факторами як безвідповідальність, імпульсивність, відсутність згоди з загальноприйнятими моральними правилами і стандартами поведінки (фактор G-), підозрілість, недовірливість по відношенню до людей (фактор L+), фрустрованість (фактор Q4+), а також достовірне розходження за факторами чуттєвість, сентиментальність – суворість, жорсткість (фактор I), схильність до почуття провини – самовпевненість, нечутливість до думки оточуючих (фактор O). Найвність виявлених особистісних особливостей, а також внутрішньої конфліктності (фактор Q3-) хоча б у одного з подружжя, на нашу думку, сприяло порушенню життєдіяльності ПП. Виразність в особистісному профілі інфікованих чоловіків і жінок таких особливостей як замкнутість (фактор A-), песимізм, заглибленість у себе, прагнення тримати все під своїм контролем (фактор F-), зайва сентиментальність, очікування від оточуючих уваги, допомоги і співчуття (фактор I+), тривожність, схильність до почуття провини (фактор O+), консерватизм, заперечення необхідності змін (фактор Q1-), приводила до неадекватного реагування на наявну психотравмуючу ситуації та сприяла порушенню життєдіяльності ПП.

Аналіз особистісних характеристик неінфікованих чоловіків групи 3 (рис. 8) виявив статис-

тично достовірне ($p < 0,05$) підвищення у них показників за факторами E, L і Q4 і достовірне ($p < 0,05$) зниження показників за факторами C, G, I і Q3. Характерними особистісними особливостями обстежених були емоційна нестійкість (C-), домінантність (E+), низька нормативність поведінки (G-), жорсткість (I-), підозрілість (L+), недисциплінованість (Q3-), фрустрованість (Q4+).

Їм була характерна емоційна нестійкість, яка проявлялася у непевності, нетерплячості, дратівливості, тривожності. Вони легко втрачали самовладання, ухилялися від відповідальності, прагнули уникати проблемних ситуацій (фактор C-). Для них були характерні домінування і владність, самовпевненість і напористість у відстоюванні своєї думки. Вони були вперті до агресивності, незалежні в судженнях і поведінці, свою думку вважали єдино правильною. У конфліктних ситуаціях звинувачували інших, допускали грубість і ворожість по відношенню до оточуючих (фактор E+). Характерною їх особливістю була незгода з загальноприйнятими нормами та стандартами поведінки. Навколишні ставилися до них з недовірою, оскільки вони були ненадійні, непостійні, часто ігнорували свої обов'язки, рахуючись тільки зі своїми бажаннями, мали схильність пред'являти претензії оточуючим (фактор G-). По відношенню до оточуючих демонстрували суворість та жорсткість, по відношенню до своїх близьких проявляли черствість. Обстежені виявились самовпевнени-

ми, зайво раціональними (фактор I-). Високі значення фактора L свідчили про їх підозрілість, заздрісність, ревнивість, зайву вимогливість до оточуючих. Вони були погано контрольовані, слідували тільки своїм спонуканням, проявляючи при цьому недбалість, невміння рахуватися з суспільними нормами. Їм була властива внутрішня конфліктність уявлень про себе (фактор Q3-). Незадоволення прагнень і бажань призводило до стану фрустрації, що знаходило відображення

в напруженості, збудженості, дратівливості (Q4+).

Таким чином, характерними особистісними особливостями неінфікованих чоловіків групи 3 виявилися емоційна нестійкість (C-), владність, непоступливість (E+), безвідповідальність, ненадійність (G-), жорсткість, черствість по відношенню до інших (I-), підозрілість, висока зарозумілість (L+), низький самоконтроль, недисциплінованість (Q3-), напруженість, дратівливість (Q4+).

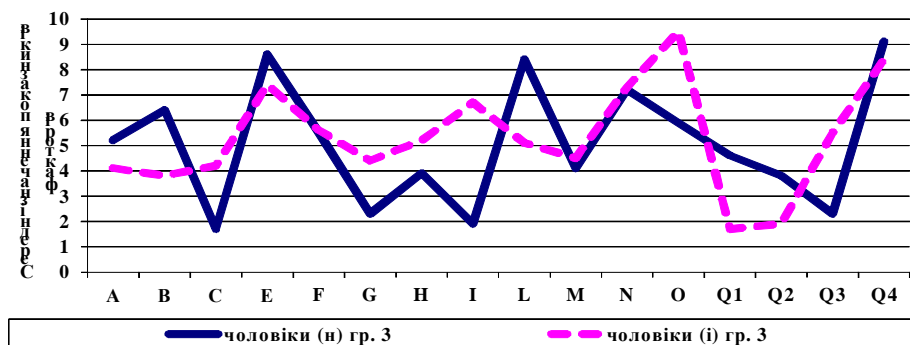


Рис. 8. Усереднені особистісні профілі чоловіків групи 3.

Результати дослідження особистісних властивостей ВІЛ-інфікованих гомосексуальних чоловіків (рис. 8) показали достовірно ($p < 0,05$) високі показники факторів O, Q4 і низькі значення факторів Q1 і Q2 (достовірність $p < 0,05$). Виявлені в процесі дослідження особистісні фактори вказували на схильність до почуття провини (O+), консерватизм (Q1-), залежність (Q2-) і внутрішню фрустрованість (Q4+).

Обстежені чоловіки відрізнялися невпевненістю, тривожністю, стурбованістю, боязкістю, депресивністю. Вони були надто турботливі, легко впадали у розгубленість, були сповнені страхів та схильні до зміни настрою (фактор O+). Явно виражений консерватизм (фактор Q1-) проявлявся у прагненні до підтримки встановлених поглядів і норм, запереченні необхідності змін, підозрілому ставленні до того, що не відповідало їхнім поглядам на які б то не було речі. Вони були зайво залежні від чужої думки, несамоостійні, потребували підтримки і схвалення, могли приймати рішення тільки заручившись підтримкою оточуючих, при цьому були безініціативні, про що свідчили низькі значення чинника Q2. Високі показники фактора (Q4+) свідчили про те, що обстежених відрізняла напруженість, незадоволеність спонукань, фрустрованість, емоційна нестійкість, дратівливість і нетерплячість, що мала місце при високій егонапруженості.

Таким чином, найбільш характерними осо-

бистісними особливостями ВІЛ-інфікованих гомосексуальних обстежених чоловіків були невпевненість, тривожність, схильність до почуття провини (фактор O+), консерватизм, заперечення необхідності змін (фактор Q1-), несамоостійність, потреба в підтримці оточуючих, безініціативність (фактор Q2-), фрустрованість і напруженість (фактор Q4+). Сполучення перелічених особистісних властивостей з характерними для їх партнерів емоційною нестійкістю (C-), домінантністю (E+), низькою нормативністю поведінки (G-), жорсткістю (I-), підозрілістю (L+), недисциплінованістю (Q3-), фрустрованістю (Q4+), ставало дисгармоніюючим фактором в їх взаєминах і сприяло виникненню і розвитку порушення життєдіяльності цих ПП.

Відмінними рисами чоловіків і жінок, які мали успішні подружні стосунки, незалежно від факту інфікування, були висока нормативність поведінки (G+), довірливість, поступливість (L-), дисциплінованість, високий самоконтроль (Q3+), а також товариськість (A+) і практичність (I-) у чоловіків і вразливість (I+) у жінок (рис. 9). Істотною різницею між інфікованими та неінфікованими особами ставали показники емоційної врівноваженості (C+), які були вищими у неінфікованих обстежених.

Особи підгруп 1-УЖ і 2-УЖ характеризувались тверезим поглядом на дійсність, реальною оцінкою ситуації (фактор C+). Їх високе супер-Его проявлялося в сумлінності, відповідальності,

емоційної врівноваженості. Вони виявляли на-полегливість і завзятість у досягненні цілей, дисциплінованість, обов'язковість, рішучість (фактор G+), довірливість по відношенню до людей, відкритість, поблажливість, відсутність заздрості (фактор L-); по відношенню до оточуючих були уважні й делікатні (фактор Q3+).

Чоловіків даних підгруп відрізняли відкритість, товариськість, уважність до людей, природність і невимушеність у спілкуванні. Вони легко встановлювали міжособистісні контакти, виявляли готовність до співпраці і активність в усуненні міжособистісних конфліктів (фактор A+). Їм властива була твердість, практичність, самостійність та впевненість у вирішенні проблем, вміння брати на себе відповідальність. Вони не проявляли сентиментальності, проте, виявляли розсудливість і реалізм (низькі значення фактора I). Жінки навпаки, були поблажливі, терпимі, здатні до емпатії, співпереживання, але схильні до боязкості та неспо-

кою (високі значення чинника фактор I).

Таким чином, при дослідженні особистісних особливостей подружжів підгруп 1-УЖ і 2-УЖ на перший план виступали врівноваженість (фактор C+), відповідальність (фактор G+), довірливість, відкритість (фактор L-), точне виконання соціальних вимог і контроль емоцій (фактор Q3+).

Порівняльний аналіз особистісних особливостей подружжів підгруп 1-УЖ і 2-УЖ (рис. 9) показав достовірну подібність ($p < 0,05$) за факторами висока нормативність поведінки (G+), довірливість (L-), високий самоконтроль (Q3+) і гендерні відмінності за фактором I: чоловікам була властива практичність, а жінкам - сентиментальність. Виявлені особистісні чинники ми розцінили як сприятливі для міжособистісного спілкування і психологічної сумісності подружжя, як сприяють успішній життєдіяльності ПП, навіть, за умови такої психотравмуючої ситуації, як ВІЛ-інфікування одного з партнерів.

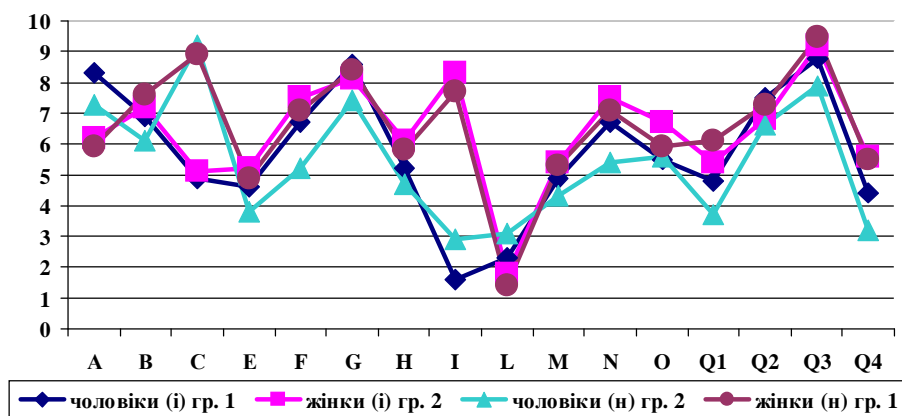


Рис. 9. Усереднені особистісні профілі гетеросексуальних чоловіків і жінок без порушень життєдіяльності ПП.

Таким чином, патохарактерологічними про-вокативними факторами порушення життєдіяльності ПП в умовах інфікування одного з партнерів на ВІЛ, виявилися поєднання в одного з партнерів застрягаючого і збудливого, або циклотимічного, збудливого і застрягаючого типів акцентуації, низькі значення емотивності, екзальтованості і демонстративності. Чинниками ризику розвитку порушення життєдіяльності ПП також встановлені високий рівень тривожності, дистимії, застрягання і емотивності у одного з поружжя. Патопластичними факторами, що обтяжують вираженість порушення життєдіяльності ПП, виявлені висока вираженість дистимічної, збудливої, демонстративної і педантичної акцентуацій. Факторами протекції, що сприяють успішній життєдіяльності ПП, виявилось по-

єднання високих значень емотивності і екзальтованості у обох подружжя за відсутності збудливості, застрягання і тривожності.

Особистісними факторами провокації розвитку порушення життєдіяльності ПП визначені: емоційна нестійкість (C-), низька нормативність поведінки (G-), консерватизм (Q1-), низький самоконтроль (Q3-), фрустрованість (Q4+), невпевненість, схильність до почуття провини (фактор O+), консерватизм (Q1-) і несамостійність, безініціативність (фактор Q2-), замкнутість (фактор A-), песимізм, заглибленість у себе (фактор F-), підвищене очікування від оточуючих уваги, допомоги і співчуття (фактор I+). Протективними психологічними особливостями, що обумовлюють успішні подружні відносини, визначені емоційна врівноваженість (C+), висока норма-

тивність поведінки (G+), довірливість, поступливість (L-), дисциплінованість, високий самоконтроль (Q3+), а також товариськість (A).

Отримані дані лягли в основу при розробці системи медико-психологічного супроводу ПП, в яких один з партнерів інфікований ВІЛ.

Р. Т. Габрель

ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЛИЦ И ИХ ПАРТНЕРОВ В ГЕНЕЗЕ НАРУШЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПАРТНЕРСКОЙ ПАРЫ

Харьковская медицинская академия последипломного образования

На основе психодиагностического исследования 105 партнерских пар (ПП) с ВИЧ-инфицированным партнером, из которых гетеросексуальных 70 пар и 35 - однополых мужских, исследованы индивидуально-психологические особенности и их сочетания в партнерской паре, на основе чего выделены характерологические и личностные черты и их сочетания, являющиеся факторами провокации/протекции развития нарушения жизнедеятельности этих партнерских пар. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2013. — № 1 (32). — С. 24-34).

R. T. Gabrel

INDIVIDUAL PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF HIV-INFECTED PERSONS AND THEIR PARTNERS IN THE GENESIS VIOLATION OF LIFE AFFILIATE STEAM

Kharciv medical academy postgraduate education

Based on survey of 105 partner pairs, in which one partner is HIV-positive, of which 70 are heterosexual couples and 35 - same-sex male, investigated the peculiarities of individual psychological characteristics and their communication in the partnership bet on what basis and allocated personality traits and their combination together that are factors of provocation / protection of these violations life partner pairs. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2013. — № 1 (32). — P. 24-34).

Література

1. Психические и поведенческие расстройства при ВИЧ-инфекции и СПИДе: учебное пособие / О. Г. Сыропятов, Н. А. Дзеружинская, В. А. Солдаткин, В. И. Крылов, А. Я. Перехов. — Киев, Ростов-на-Дону, Санкт-Петербург: ГБОУ ВПО РОСТГМУ Минздравсоцразвития России. — 2013. — 109 с.
2. ВІЛ-інфекція в Україні / Інформаційний бюлетень, № 37. — Київ, 2012. — 82 с.
3. Зинченко А. И. Влияние психологического ресурса ВИЧ-инфицированных на способность организма противостоять

- заболеванию : автореф. дисс. на соискание науч. степени канд. психол. н. : спец. 19.00.04 «медицинская психология» / А. И. Зинченко. — СПб : РГПУ им. А.И. Герцена, 2009. — 24 с.
4. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие / Под ред. Д. Я. Райгородского. — Самара: «Бахрах-М», 2001. — 672 с.
5. Доморацкий В. А. Медицинская сексология и психотерапия сексуальных расстройств / В. А. Доморацкий. — М.: Академический Проект; Культура, 2009. — 470 с.

Поступила в редакцию 16.03.2013