

*Р. Т. Габрель*

Київський центр профілактики та боротьби зі СНІДом Київської міської клінічної лікарні № 5 (м. Київ)

## ОСОБЛИВОСТІ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ ПАРТНЕРСЬКОЇ ПАРИ, В ЯКІЙ ОДИН З ОСІБ Є ВІЛ-ІНФІКОВАНИМ

На основі обстеження 105 партнерських пар (ПП), в яких один із партнерів є ВІЛ-інфікованим, з яких 70 пар є гетеросексуальними, а 35 — одностатевими чоловічими, досліджено феномен життєдіяльності ПП за умови ВІЛ-інфікування одного з партнерів. Встановлено, що гетеросексуальних ПП, не залежно від того, чоловік або дружина є інфікованими, в генезі розвитку порушення життєдіяльності ПП провідна деструктивна роль належить викривленню партнерських відносин та соматичним наслідкам інфікування ВІЛ. У гомосексуальних ПП генез порушення життєдіяльності ПП є більш складним, їх основу складають внутрішньоособистісний конфлікт, обумовлений стигматизованою сексуальною ідентичністю, амбівалентністю самоідентифікації, посилений трактуванням факту інфікування як наслідку особливостей психосексуальної орієнтації, соціокультурна інконгруентність власних та суспільних уявлень, а також весь спектр соматичних проблем, які виникають за наявності ВІЛ. Крім того, у 44,3 % гетеросексуальних ПП встановлена успішність життєдіяльності ПП, що свідчить про наявність у них внутрішньо-особистісних і міжособистісних ресурсів щодо збереження партнерської взаємодії та підтримки, що є важливим в аспекті використання їх реабілітаційного потенціалу в комплексі лікувально-реабілітаційних програм щодо даного контингенту.

*Ключові слова:* життєдіяльність, партнерська пара, ВІЛ.

Сім'я як феномен, що є основою любого суспільства, все більше привертає до себе увагу різних суспільних інституцій. Посилена увага до інституту сім'ї є не випадковою, адже, становлення кожної особистості — це продукт функціонування сім'ї та її впливу на індивідуума. Процеси, які відбуваються в сім'ї, закладають фундамент особистісних реакцій, вміння спілкуватися, любити, рахуватися з іншими, співпереживати та ін. Тому, очевидно, що сім'я є пріоритетною та базовою цінністю будь-якого суспільства. Відношення держави до проблем функціонування сім'ї, розвитку сімейних цінностей є показником загального стану та перспектив розвитку держави [1, 2].

Проте, в силу складних сучасних цивілізаційних процесів, на сьогоднішній день у всьому світі відбувається криза інституту сім'ї, що зумовлює перегляд та реструктуризацію фундаментальних сімейних цінностей. Тому посилена увага до сім'ї та процесів, які відбуваються в цій площині суспільного життя, є актуальною та виправданою, оскільки гармонійне функціонування сім'ї — це гарантія успішного функціонування суспільства. Успішність функціонування сім'ї складається не тільки з соматичного, психічного та сексуального здоров'я кожного з її членів, але й передбачає також адаптацію на всіх рівнях взаємодії. Згідно з результатами сучасних наукових досліджень, насамперед наукової школи академіка В. В. Кришталю, порушення функціонування сім'ї зумовлюється, перш за все, дезадаптацією подружньої (партнерської) пари (ПП) на різних рівнях взаємодії [3—8].

Таким чином, дослідження закономірностей виникнення та розвитку порушення життєдіяльності ПП за умови ВІЛ-інфікування одного з партнерів, для подальшої розробки комплексних заходів, спрямованих на підтримку життєдіяльності таких ПП, є цілком актуальним на сучасному етапі.

Отже, для досягнення даної мети протягом 2010—2013 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 ПП, з яких в 35 парах інфікованим був чоловік (група 1), й 35 пар, де інфікованою виявилась жінка (група 2), та 35 гомосексуальних ПП, де один із партнерів є ВІЛ-інфікованим (група 3). Критеріями включення у дослідження були: 1) підтвержене інфікування у центрі СНІД (м. Київ) одного із партнерів, давність інфікування до 1 року; 2) стаж 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 структуроване клініко-анамнестичне інтерв'ю з аналізом соціально-демографічних характеристик та психодіагностичне дослідження з використанням тест-опитувальника задоволеності шлюбом В. В. Століна, Т. Л. Романової, Г. П. Бутенко [9], опитувальника подружньої задоволеності А. Лазаруса [10] та системно-структурного аналізу життєдіяльності ПП за В. В. Кришталем [4].

Переважну кількість гетеросексуальних ПП склали офіційні шлюбні пари (62,9 % групи 1 та 74,3 % групи 2); гомосексуальні ПП мали цивільні партнерські стосунки та досвід спільного життя із сформованими сімейними ролями (табл. 1).

Таблиця 1

Сімейний статус обстежених, % ± m

Сімейний статус	Група 1 (n = 35)	Група 2 (n = 35)	Група 3 (n = 35)
Офіційний шлюб	62,9 ± 4,8	74,3 ± 4,4	—
Цивільні партнерські стосунки	37,1 ± 4,8	25,7 ± 4,4	100,0

Результати вивчення мотивів вступу до шлюбу та міцності створених шлюбних пар наведені в таблицях 2 та 3.

Аналізуючи табл. 2, можна дійти висновку, що серед встановлених мотивів найбільш розповсюдженим було почуття любові — 48,6 % інфікованих чоловіків і неінфікованих жінок групи 1, 40,0 % неінфікованих

чоловіків і інфікованих жінок групи 2, 31,4 % неінфікованих і 22,9 % інфікованих чоловіків групи 3.

Другим за частотою зустрічаємості був мотив розуміння гарних людських якостей партнера — 37,1 % інфікованих жінок та 34,3 % неінфікованих чоловіків групи 2, 28,6 % інфікованих чоловіків і 22,9 % неінфікованих жінок групи 1, 25,7 % неінфікованих і 17,1 % інфікованих чоловіків групи 3.

Крім того, мотивами створення ПП були: прагнення поліпшити своє матеріальне становище — 25,7 % інфікованих чоловіків групи 3, 20,0 % неінфікованих жінок групи 1, 17,1 % інфікованих жінок групи 2, по 14,3 % неінфікованих чоловіків груп 2 і 3, 5,7 % інфікованих чоловіків групи 1; а також прагнення позбутися від самотності — 43,3 % інфікованих чоловіків групи 3, 28,6 % неінфікованих чоловіків групи 3, 17,1 % інфікованих чоловіків групи 1, 11,4 % неінфікованих чоловіків групи 2, 8,6 % неінфікованих жінок групи 1 і 5,7 % інфікованих жінок групи 2.

Щодо аналізу міцності партнерських стосунків (табл. 3), треба відмітити, що значна кількість осіб в гетеросексуальних парах не допускали й думки про можливість розлучення з партнером, навіть, за умови інфікування одного з партнерів на ВІЛ (серед неінфікованих: 48,6 % жінок групи 1 і 40,0 % чоловіків групи 2; серед інфікованих: 34,3 % чоловіків групи 1 і 40,0 % жінок групи 2). В гомосексуальних союзах таких осіб виявилось 22,9 % серед неінфікованих, і жодного — серед їх інфікованих партнерів. Факт інфікування на ВІЛ став приводом для появу думок про розлучення у питомій вазі інфікованих осіб (57,1 % чоловіків групи 1, 60,0 % жінок групи 2, 82,9 % чоловіків групи 3), а також їх партнерів (51,4 % жінок групи 1, 42,9 % чоловіків групи 2, 68,6 % чоловіків групи 3). Особами, які на час обстеження робили спроби припинити стосунки, виявились виключно чоловіки (11,4 % групи 1, 17,1 % групи 2, 17,1 % інфікованих і 8,6 % неінфікованих чоловіків групи 3).

Таблиця 2

Мотиви створення подружніх (партнерських) пар, % ± m

Мотиви створення ПП	Група 1 (n = 35 ПП)		Група 2 (n = 35 ПП)		Група 3 (n = 35 ПП)	
	Ч-і, n = 35	Ж-н, n = 35	Ч-н, n = 35	Ж-і, n = 35	Ч-і, n = 35	Ч-н, n = 35
Кохання	48,6 ± 5,0	48,6 ± 5,0	40,0 ± 4,9	40,0 ± 4,9	22,9 ± 4,2	31,4 ± 4,6
Розуміння гарних людських якостей партнера	28,6 ± 4,5	22,9 ± 4,2	34,3 ± 4,7	37,1 ± 4,8	17,1 ± 3,8	25,7 ± 4,4
Прагнення поліпшити своє матеріальне становище	5,7 ± 2,3	20,0 ± 4,0	14,3 ± 3,5	17,1 ± 3,8	25,7 ± 4,4	14,3 ± 3,5
Прагнення позбутися від самотності	17,1 ± 3,8	8,6 ± 2,8	11,4 ± 3,2	5,7 ± 2,3	34,3 ± 4,7	28,6 ± 4,5

Примітка. Ч-і — ВІЛ-інфіковані чоловіки, Ч-н — неінфіковані чоловіки, Ж-і — ВІЛ-інфіковані жінки, Ж-н — неінфіковані жінки

Таблиця 3

Міцність обстежених подружніх (партнерських) пар, % ± m

Параметри міцності ПП	Група 1 (n = 35 ПП)		Група 2 (n = 35 ПП)		Група 3 (n = 35 ПП)	
	Ч-і, n = 35	Ж-н, n = 35	Ч-н, n = 35	Ж-і, n = 35	Ч-і, n = 35	Ч-н, n = 35
Думали про розлучення	57,1 ± 4,9	51,4 ± 5,0	42,9 ± 4,9	60,0 ± 4,9	82,9 ± 3,8	68,6 ± 4,6
Робили спроби до розлучення	11,4 ± 3,2	—	17,1 ± 3,8	—	17,1 ± 3,8	8,6 ± 2,8
Не допускали думки про розлучення	34,3 ± 4,7	48,6 ± 5,0	40,0 ± 4,9	40,0 ± 4,9	—	22,9 ± 4,2

Наступним кроком дослідження було визначення суб'єктивної задоволеності подружжя, як одного з важливих показників успішності партнерських стосунків, а також індикатора потреб сімейної системи.

Переживання незадоволеності шлюбом — наслідок різкої розбіжності між реальним життям ПП та очікуваннями індивіда, а також результат надмірно завищених очікувань щодо відносин і партнера. Наслідком виникнення незадоволеності шлюбом є усвідомлений або неусвідомлюваний стан фрустрації, причому вираженість психотравмуючого впливу незадоволеності значною мірою залежить від рівня усвідомленості даного стану.

У разі усвідомленої незадоволеності спостерігається відкрите визнання індивідом того, що подружні (партнерські) відносини його не задовольняють, наявність бажання щось змінити в стосунках, укладі, розподілі ролей, переживанні почуття непотрібності, образи, несправедливості. Незадоволеність при цьому

має глобальний характер і зазвичай супроводжується міжособистісними конфліктами.

Неусвідомлена, так звана «тілюча» незадоволеність, виявляється при відносній задоволеності життям родини в цілому, проте, окремої незадоволеності усіма сторонами життя. Така форма незадоволеності призводить до виникнення переживань страхів, тривоги, невпевненості, фрустрації.

Суб'єктивна задоволеність може бути повною, коли подружжя повністю задоволені сімейним життям, і частковою, коли є спрямованість на зміну будь-яких аспектів сімейної ситуації. Задоволеність шлюбом являє собою стійке емоційне явище — почуття, яке може проявлятися як безпосередньо в емоціях, які виникають у різних ситуаціях, так і в різноманітних думках, оцінках, порівняннях.

Отже, за результатами вивчення суб'єктивної задоволеності партнерськими відносинами, обстежені ПП розподілилися таким чином (табл. 4).

Таблиця 4

**Розподіл обстежених подружніх (партнерських) пар за результатами суб'єктивної задоволеності, % ± *m***

Ступінь суб'єктивної задоволеності	Група 1 (n = 35 ПП)	Група 2 (n = 35 ПП)	Група 3 (n = 35 ПП)
Абсолютна незадоволеність	5,7 ± 2,3	8,6 ± 2,8	22,9 ± 4,2
Незадоволеність	8,6 ± 2,8	11,4 ± 3,2	20,0 ± 4,0
Часткова незадоволеність	14,3 ± 3,5	22,9 ± 4,2	25,7 ± 4,4
Перехідний	22,9 ± 4,2	17,1 ± 3,8	25,7 ± 4,4
Часткова задоволеність	17,1 ± 3,8	14,3 ± 3,5	5,7 ± 2,3
Задоволеність	31,4 ± 4,6	25,7 ± 4,4	—
Абсолютна задоволеність	—	—	—

Абсолютно задоволеними власними стосунками не виявився ніхто з обстежених. Серед гетеросексуальних ПП задоволеними і частково задоволеними (діапазон показників задоволеності) виявились 48,6 % пар групи 1, 40,0 % пар групи 2 і 5,7 % пар групи 3. Частково незадоволеними та перехідними (стан неусвідомленої незадоволеності) були 37,1 % пар групи 1, 40,0 % пар групи 2, 51,4 % пар групи 3; повністю (усвідомлено) незадоволеними — 14,3 % пар групи 1, 20,0 % пар групи 2 і 42,9 % пар групи 3.

Дослідженням життєдіяльності ПП (табл. 5) виявлено, що серед загальної кількості гетеросексуальних ПП у 48,6 % ПП групи 1 та 40 % ПП групи 2 мала місце успішність їх життєдіяльності як союзу двох особистостей в рамках партнерського (сімейного) функціонування, не дивлячись на наявність такого психосоціального чинника як інфікування одного

з партнерів ВІЛ. Серед гомосексуальних ПП пар без порушення життєдіяльності не виявлено. Таким чином, результати аналізу стану життєдіяльності ПП послідовно підтвердили дані щодо суб'єктивної задоволеності обстежених своїми партнерськими стосунками.

Таблиця 5

**Розподіл обстежених подружніх (партнерських) пар за станом їх життєдіяльності, % ± *m***

Стан життєдіяльності ПП	Група 1 (n = 70)	Група 2 (n = 70)	Група 3 (n = 70)
Суцільне порушення (повна конгруентна неуспішність)	14,3 ± 3,5	20,0 ± 4,0	42,9 ± 4,9
Часткове порушення (часткова інконгруентна неуспішність)	37,1 ± 4,8	40,0 ± 4,9	57,1 ± 4,9
Успішність	48,6 ± 5,0	40,0 ± 4,9	—

Подальшим кроком роботи було визначення ступеня ураження та взаємовпливу різних чинників, які брали участь у розвитку порушення життєдіяльності ПП. Так, під час здійснення системно-структурного аналізу даного феномена нами було отримано такі результати (табл. 6).

Отже, серед гетеросексуальних пар з порушенням життєдіяльності ПП стрижневими в його розвитку виявились ураження соціально-психологічного (у неінфікованих членів пари) та біологічного його компонентів у ВІЛ-інфікованих осіб. Серед гомосексуальних ПП стрижневими були ураження психологічного, соціального та біологічного компонентів життєдіяльності ПП.

Таблиця 6

**Системно-структурний аналіз за складовими і компонентами розвитку порушення життєдіяльності подружніх (партнерських) пар у обстежених, % ± *m***

Компоненти та складові життєдіяльності ПП	Групи обстежених			Аналіз		
	1 група, n = 35 ПП	2 група, n = 35 ПП	3 група, n = 35 ПП	SD	F	p
<b>Соціальний (складові):</b>						
— інформаційно-оцінювальна	51,4 ± 5,0	60,0 ± 4,9	100,0	19,72	2,358461	0,267946
— соціокультурна	51,4 ± 5,0	60,0 ± 4,9	100,0	34,01	1,889471	0,396001
<b>Психологічний</b>	51,4 ± 5,0	60,0 ± 4,9	100,0	42,63	2,035825	0,370136
<b>Соціально-психологічний</b>	51,4 ± 5,0	60,0 ± 4,9	84,3 ± 3,6	49,01	2,170428	0,3518035
<b>Біологічний (складові):</b>						
— нейрогуморальна	100,0	100,0	50,0 ± 5,0	76,67	4,645246	0,17714
— психічна	100,0	100,0	100	112,82	2,559428	0,280944
— генітальна	68,6 ± 4,6	77,1 ± 4,2	62,9 ± 4,8	14,67	4,402255	0,185108
$\chi$			13,3654		F критичне	4,759126
Критичне значення $\chi$			12,07642		df	2

Примітки: SD — стандартна похибка; F — критерій Фішера; F критичне — критичне значення розподілу Фішера; df — число ступенів свободи у дисперсійному аналізі; p — ймовірність помилки першого роду, рівень статистичної значимості;  $\chi^2$  — розрахункове значення критеріального розподілу хі-квадрат

Таким чином, в результаті системно-структурного аналізу феномена порушення життєдіяльності ПП, в якій один з партнерів інфікований ВІЛ, диференційовані механізми його розвитку у гетеро- та гомосексуальних пар. У гетеросексуальних ПП, незалежно від того, чоловік або дружина є інфікованими, в генезі

розвитку порушення життєдіяльності ПП провідна деструктивна роль належить викривленню партнерських відносин та соматичним наслідкам інфікування ВІЛ. У гомосексуальних ПП генез порушення життєдіяльності ПП є більш складним, його основу складають внутрішньоособистісний конфлікт, обумовлений

стигматизованою сексуальною ідентичністю, амбівалентністю самоідентифікації, посиленій трактуванням факту інфікування як наслідку особливостей психосексуальної орієнтації, соціокультурна інконгруентність власних та суспільних уявлень, а також весь спектр соматичних проблем, які виникають за наявності ВІЛ.

Крім того, у 44,3 % гетеросексуальних ПП, в яких один з партнерів інфікований ВІЛ, встановлена успішність життєдіяльності ПП, що свідчить про наявність у них внутрішньособистісних і міжособистісних ресурсів щодо збереження партнерської взаємодії та підтримки, що є дуже важливим в аспекті використання їх реабілітаційного потенціалу в комплексі лікувально-реабілітаційних програм щодо даного контингенту. Отримані дані покладені в основу під час розроблення системи медико-психологічного супроводу ПП, в яких один з партнерів інфікований ВІЛ.

#### Список літератури

1. Маркова М. В. Загальний погляд на проблему формування та функціонування сім'ї / М. В. Маркова, Т. Г. Ветріла // Український вісник психоневрології. — 2009. — Т. 17, вип. 1 (58). — С. 89—92.
2. Маркова М. В. До проблеми трансформації інституту сім'ї / М. В. Маркова // Міжнародний психіатричний, психотерапевтичний та психоаналітичний журнал. — 2007. — № 1. — С. 91—94.

3. Кришталь В. В. Сексологія: навчальний посібник: в 4-х ч. / В. В. Кришталь, Є. В. Кришталь, Т. В. Кришталь — Х.: Фоліо, 2008. — 990 с.

4. Агарков С. Т. Супружеская дезадаптация / С. Т. Агарков. — М.: Эдиториал УРСС, 2004. — 256 с.

5. Каденко О. А. Супружеская дезадаптация и внебрачные сексуальные связи: монография / О. А. Каденко. — Хмельницький: ХНУ, 2006. — 239 с.

6. Маркова М. В. Психопрофілактика порушення функціонування студентської сім'ї (медико-психологічні аспекти): автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук: спец.: 19.00.04 «Медична психологія» / М. В. Маркова. — Х., 2007. — 32 с.

7. Білобровка Р. І. Порушення сексуального здоров'я та функціонування сім'ї при афективних розладах у чоловіків (медико-психологічні аспекти): автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук: спец.: 19.00.04 «Медична психологія» / Р. І. Білобровка. — Х., 2011. — 31 с.

8. Курило В. О. Сімейна дезадаптація: причини, механізми розвитку, клінічні прояви, діагностика, система психотерапії і психопрофілактики: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук: спец.: 19.00.04 «Медична психологія» / В. О. Курило. — Х., 2012. — 34 с.

9. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учебное пособие / под ред. Д. Я. Райгородского. — Самара: «Бахрах-М», 2001. — 672 с.

10. Доморацкий В. А. Медицинская сексология и психотерапия сексуальных расстройств / В. А. Доморацкий. — М.: Академический Проект; Культура, 2009. — 470 с.

Надійшла до редакції 19.04.2013 р.

**Р. Т. Габрель**

*Киевский центр профилактики и борьбы со СПИДом  
Киевской городской клинической больницы № 5 (г. Киев)*

#### **Особенности жизнедеятельности партнерской пары, в которой один из партнеров является ВИЧ-инфицированным**

На основе обследования 105 партнерских пар (ПП) с ВИЧ-инфицированным партнером, из которых гетеросексуальных 70 пар и 35 — однополых мужских, исследован феномен жизнедеятельности ПП при ВИЧ-инфицировании одного из партнеров. Установлено, что у гетеросексуальных ПП, независимо от того, муж или жена инфицированы, в генезе развития нарушения жизнедеятельности ведущая деструктивная роль принадлежит искажению партнерских отношений и соматическим последствиям инфицирования ВИЧ. У гомосексуальных ПП генез нарушения жизнедеятельности более сложен, их основу составляют внутриличностный конфликт, обусловленный стигматизированной сексуальной идентичностью, амбивалентностью самоидентификации, отягощенный трактовкой факта инфицирования как следствия особенностей психосексуальной ориентации; социокультурная инконгруэнтность собственных и общественных представлений, а также весь спектр соматических проблем, возникающих при наличии ВИЧ.

Кроме того, у 44,3 % гетеросексуальных ПП установлено отсутствие нарушений сексуальной реализации, что свидетельствует о наличии у них внутриличностных и межличностных ресурсов сохранения партнерского взаимодействия и поддержки, что важно в аспекте использования их реабилитационного потенциала в комплексе лечебно-реабилитационных программ для данного контингента.

*Ключевые слова:* жизнедеятельность, партнерская пара, ВИЧ.

**R. T. Gabrel**

*Kyiv AIDS Prevention and Control Center  
of Kyiv municipal clinical hospital № 5 (Kyiv)*

#### **Features of life partner pairs in which one partner is HIV-positive**

Based on survey of 105 partner pairs (PP), in which one partner is HIV-positive, of which 70 are heterosexual couples and 35 — same-sex male, investigated the phenomenon of deformation life partner pairs if HIV infection of one partner. Found that heterosexual PP, regardless of whether husband or wife is infected in the genesis of violation of life partner pairs leading role belongs to the distortion of partnerships and somatic consequences of HIV infection. In PP genesis of homosexual sexual problems is more complex, their basis is intrapersonal conflict due stigmatized sexual identity ambivalence of identity, enhanced interpretation of the fact of infection as a consequence of features psychosexual orientation, socio-cultural and society incongruent own ideas, as well as a full range of somatic problems arising the presence of HIV.

In addition, 44.3 % of heterosexual PP, in which one partner is infected with HIV, the lack of established violations of sexual, indicating the presence of personal and interpersonal resources for the conservation of partnership and support, which is very important in terms of their use rehabilitation potential in the complex treatment and rehabilitation programs for this contingent.

*Keywords:* life partner pairs, HIV.