

В. М. Подолян

ПЕРСОНОЛОГІЧНІ І ПОВЕДІНКОВІ ПАТТЕРНИ В ОСІБ, ЩО ПЕРЕБУВАЮТЬ В ШЛЮБІ З ВІЛ-ІНФІКОВАНИМ СПОЖИВАЧЕМ ІН'ЄКЦІЙНИХ НАРКОТИКІВ

В. Н. Подолян

Персоналогические и поведенческие паттерны у лиц, находящихся в браке с ВИЧ-инфицированным потребителем инъекционных наркотиков

V. M. Podolian

Personological and behavioral patterns in persons who have married with HIV infected consumers of injection drugs

Мета роботи — вивчення персонологічних і поведінкових паттернів у осіб, що перебувають в шлюбі з ВІЛ-інфікованим споживачем ін'єкційних наркотиків (СІН), для розуміння можливих мішеней подальшої медико-психологічної роботи з даним контингентом.

В період з 2010 року по 2017 рік на базі Вінницького обласного наркологічного диспансеру «Соціотерапія» проведено клініко-психопатологічне й психодіагностичне обстеження 113 ВІЛ-інфікованих споживачів ін'єкційних наркотичних речовин та членів їхніх родин.

В результаті встановлено, що наявність психічних та поведінкових розладів, а також викривлень у персонологічній і поведінковій сферах у шлюбних партнерів ВІЛ-інфікованих СІН демонструє прояви співзалежності цих осіб. Спектр психічних розладів (депресивні та особистісні) вказує на переважно психогенний та особистісний рівень симптоматики. Низькі показники стресостійкості, негармонійні поєднання акцентуованих рис та індивідуально-психологічних властивостей, а також додаткові психотравмуючі чинники (наявність ВІЛ-інфекції в подружжі, відмова хворого від замісної терапії) сприяють виникненню не тільки психічних та поведінкових розладів у шлюбних партнерів ВІЛ-інфікованих СІН, а й провокують розвиток у них психосоціальної й сімейної дезадаптації.

Ключові слова: психологічні особливості, члени родини, ВІЛ-інфіковані споживачі ін'єкційних наркотиків

Цель работы — изучение персонологических и поведенческих паттернов у лиц, находящихся в браке с ВИЧ-инфицированным потребителем инъекционных наркотиков (ПИН), для понимания возможных мишеней дальнейшей медико-психологической работы с данным контингентом.

В период 2010—2017 гг. на базе Винницкого областного наркологического диспансера «Социотерапия» проведено клинико-психопатологическое и психодиагностическое обследование 113 ВИЧ-инфицированных потребителей инъекционных наркотических веществ и членов их семей.

В результате установлено, что наличие психических и поведенческих расстройств, а также деформаций в персонологической и поведенческой сферах у брачных партнеров ВИЧ-инфицированных ПИН демонстрирует проявления созависимости этих лиц. Спектр психических расстройств (депрессивные и личностные) указывает на преимущественно психогенный и личностный уровень симптоматики. Низкие показатели стрессоустойчивости, негармоничные сочетания акцентуированных черт и индивидуально-психологических свойств, а также дополнительные психотравмирующие факторы (наличие ВИЧ-инфекции в браке, отказ больного от заместительной терапии) способствуют возникновению не только психических и поведенческих расстройств у брачных партнеров ВИЧ-инфицированных ПИН, но и провоцируют развитие у них психосоциальной и семейной дезадаптации.

Ключевые слова: психологические особенности, члены семьи, ВИЧ-инфицированные потребители инъекционных наркотиков

The aim — to study personological and behavioral patterns in persons who have married with HIV infected consumer of injection drugs (CID) in order to understand possible targets of further medical and psychological work with this contingent.

Clinical and psychopathological and psychodiagnostic examination of 113 HIV-infected CID was conducted on the basis of the Vinnytsia Regional Drug Treatment Center "Sociotherapy" in the period from 2010 to 2017.

The presence of mental and behavioral disorders as well as distortions in the personality and behavioral spheres of the marital partners of HIV-infected CID demonstrated the co-dependence of these individuals in the result of the study.

The spectrum of mental disorders (depressive and personality disorders) indicates to a predominantly psychogenic and personality level of symptoms. Low indicators of stress resistance, non-harmonic combination of accentuated features of character and individual and psychological properties, as well as additional psychotraumatic factors (the presence of HIV infection in spouses, patient refusal from substitution therapy) contribute to not only mental and behavioral disorders in the marital partners of HIV-infected CIDs, but also provoke the development of psychosocial and family disadaptation.

Key words: psychological peculiarities, family members, HIV infected consumer of injection drugs

За час, що минув з моменту появи інформації про перший клінічно підтверджений випадок синдрому набутого імунodefіциту (СНІД), вірус імунodefіциту людини (ВІЛ) та СНІД розповсюдилися в усі куточки світу. Ця епідемія сьогодні, як і раніше, поширюється швидкими темпами, призводить до регресу досягнень у сфері розвитку, забирає життя мільйонів людей і підриває соціально-економічну безпеку. Практично не залишилося жодної країни в світі, де б не було хворих із невиліковним синдромом набутого імунodefіциту [1—4].

Епідемія ВІЛ-інфекції в Україні залишається сконцентрованою в групі найвищого ризику — споживачів ін'єкційних наркотичних речовин [2].

Поширеність розладів психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних речовин станом на 01.01.2012 ста-

новила 77 105 осіб. Із загальної кількості зареєстрованих 70 464 осіб вживали наркотичні речовини ін'єкційним способом [1]. Загальновідомим є той факт, що офіційні дані не відображають повною мірою масштаб епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні, зокрема дійсну кількість осіб, інфікованих ВІЛ [2].

Соціальна ізоляція, маргіналізація і дискримінація, які є наслідком стигматизації щодо ВІЛ-інфікованих пацієнтів, можуть чинити істотний вплив також і на людей, які проживають з ними. Останнім часом спостерігається підвищення інтересу до вивчення сім'ї ВІЛ-інфікованого пацієнта [5, 6]. ВІЛ/СНІД є значним психологічним тягарем як для хворого, так і для близьких йому людей [6].

Крім того, дослідженням В. В. Ярого [7, 8] було переконливо доведено, що спільне проживання із залежним членом сім'ї впливає на фізичний і психічний стан родичів, змінюючи їх психологію поведінки, емоційні реакції,

сприйняття навколишнього світу і місце в соціальному житті, а вимушене залучення в «хворобливе коло» хворого, через стан хронічного дистресу, становить небезпеку для членів родини щодо розвитку в них захворювань психічної сфери як психіатричного (насамперед, невротичного), так і наркологічного спектра.

Зрозуміло, що в патогенезі виникнення будь-яких дезадаптивних станів, що формуються у членів родини «проблемного» пацієнта, провідну роль відіграють особистісні властивості цих осіб, які задають напрямки як негативного (провокаційного), так і позитивного (протективного) впливу наявної психотравматизуючої ситуації.

Мета роботи — вивчення персоніологічних і поведінкових паттернів у осіб, що перебувають в шлюбі з ВІЛ-інфікованим споживачем ін'єкційних наркотиків (СІН), для розуміння можливих мішеней подальшої медико-психологічної роботи з цим контингентом.

В період з 2010 року по 2017 рік на базі Вінницького обласного наркологічного диспансеру «Соціотерапія» за принципом інформованої згоди нами було проведено обстеження ВІЛ-інфікованих споживачів ін'єкційних наркотичних речовин (пробандів), які перебували на диспансерному обліку в цієї установі, проходили планове обстеження та лікування, та членів їхніх родин.

Спочатку було досліджено 113 осіб — ВІЛ-інфікованих СІН, з них 98 чоловіків (86,7 %) і 15 жінок (13,8 %). Середній вік обстежуваних становив $32,4 \pm 2,1$ роки. Співвідношення досліджуваних пробандів-чоловіків (98 осіб) і пробандів-жінок (15 осіб) становить 6,5:1, що відповідає популяційному поширенню ВІЛ-інфекції, де співвідношення становить 7:1.

Середня тривалість вживання ін'єкційних наркотичних речовин становила $6,5 \pm 0,5$ років. Із 113 пробандів 77,9 % осіб отримували замісну терапію метадонном і 22,1 % пробандів відмовились від неї. Цікаво, що чоловіки були більш схильними до замісної терапії, ніж жінки (80,6 % чоловіків проти 60,0 % жінок).

Дані про тривалість шлюбу обстежуваних пробандів наведені в таблиці 1.

Таблиця 1. Характеристика тривалості шлюбу пробандів

Пробанди	Тривалість шлюбу (в роках)					
	3—3,5 роки		3,5—5 років		більше 5-ти років	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Чоловіки (n = 98)	42	42,8	45	46,0	11	11,2
Жінки (n = 15)	8	53,3	7	46,7	—	—
Всього (n = 113)	50	44,3	52	46,0	11	9,7

Середня тривалість шлюбу становила $4,9 \pm 1,9$ років. Наведені дані свідчать, що загалом у 90,3 % пробандів (102 особи) тривалість шлюбу становила від 3 до 5 років.

На другому етапі було сформовано основну групу (ОГ) дослідження, яку за умовою підписання інформованої згоди склали чоловіки і жінки, що перебували не менше 3 років у шлюбі з пробандом — ВІЛ-інфікованим СІН. Нами було обстежено 113 таких осіб, з них 98 жінок (86,7 %) і 15 чоловіків (13,3 %).

З розподілу цих осіб за віком та статтю (табл. 2) видно, що усі без винятку особи (100 %), які перебувають у шлюбі з ВІЛ-інфікованим СІН, належать до вікової групи 26—35 років. Середній вік становив $32,1 \pm 2,3$ роки і практично не відрізнявся від середнього віку пробандів.

Таблиця 2. Розподіл за віком та статтю осіб, що перебувають у шлюбі з ВІЛ-інфікованим СІН

Стать	Вікові групи, років					
	26—30		31—35		36—40	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Жінки (n = 98)	73	74,5	25	25,5	—	—
Чоловіки (n = 15)	10	66,7	5	33,3	—	—
Усього (n = 113)	83	73,5	30	26,5	—	—

Характеристика освітнього рівня у чоловіків і жінок, що перебувають у шлюбі з ВІЛ-інфікованим СІН (табл. 3), свідчить, що подружжя ВІЛ-інфікованих СІН в 94,7 % мали середню і середню спеціальну освіту, що свідчить про однаковий освітній рівень у шлюбних партнерів.

Таблиця 3. Характеристика освітнього рівня у чоловіків і жінок, що перебували у шлюбі з ВІЛ-інфікованим СІН

Стать	Середня освіта		Середня спеціальна освіта		Вища і незакінчена вища освіта	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
	Жінки (n = 98)	43	43,9	53	54,1	2
Чоловіки (n = 15)	6	40,0	5	33,3	4	26,7
Усього (n = 113)	49	43,4	58	51,3	6	5,3

Для верифікації психологічних особливостей членів родин ВІЛ-інфікованих СІН нами було сформовано й обстежено групу порівняння (ГП).

Критеріями включення осіб до ГП були вік 25 років і старші; підписання інформованої згоди на участь у дослідженні; не перебували на обліку у психіатра з приводу будь-яких розладів психіки та поведінки; не перебували на обліку у нарколога з приводу будь-яких розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин; перебували у шлюбі не менше ніж три роки; тип шлюбу: здоровий — здоровий; відсутність ВІЛ/СНІДу у будь-кого з членів родини.

Всього досліджено 91 особу ГП, з них 79 чоловіків (86,8 %) і 12 жінок (13,2 %). За даними щодо статеві-вікового розподілу осіб ГП (табл. 4) видно, що 87 осіб (94,6 %) ГП були в віці від 26 до 35 років.

Співвідношення чоловіків і жінок в ГП складало 6,6:1, що відповідало такому ж співвідношенню як в основній групі (6,5:1) та співвідношенню в популяції (7:1).

Таблиця 4. Розподіл за віком і статтю осіб групи порівняння

Стать	Вікові групи, років					
	26—30		31—35		36—40	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Чоловіки (n = 79)	54	68,3	21	26,6	4	5,1
Жінки (n = 12)	8	66,7	3	25,0	1	8,3
Усього (n = 91)	63	68,2	24	26,4	5	5,4

Наведені дані освітнього рівня чоловіків і жінок ГП (табл. 5) свідчать, що здебільшого це особи з середньою і середньою спеціальною освітою (97,8 %), що відповідало освітньому рівню осіб, що перебували у шлюбі з пробандом, ВІЛ-інфікованим СІН.

Таблиця 5. Характеристика рівня освіти осіб групи порівняння

Стать	Середня освіта		Середня спеціальна освіта		Вища і незакінчена вища освіта	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Чоловіки (n = 79)	42	53,2	35	44,3	2	2,5
Жінки (n = 12)	7	58,3	5	41,7	—	—
Усього (n = 91)	49	53,8	40	43,0	2	2,2

Інформація щодо тривалості шлюбу осіб ГП (табл. 6) свідчить, що практично 89,0 % осіб з ГП перебували у шлюбі від 3 до 5 років. Розподіл за тривалістю шлюбу у ГП практично не відрізнявся від основної групи.

Таблиця 6. Тривалість шлюбу в осіб групи порівняння

Дослідження	Тривалість шлюбу (в роках)					
	3—3,5 роки		3,5—5 років		більше ніж 5 років	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Чоловіки (n = 79)	34	43,0	35	44,3	10	12,7
Жінки (n = 12)	7	58,3	5	41,7	—	—
Усього (n = 91)	41	45,0	40	44,0	10	11,0

Отже, наведені дані статево-вікових характеристик, освітнього рівня, тривалості шлюбу обстежуваних основної групи (особи, що перебували у шлюбі з ВІЛ-інфікованим СІН) і ГП свідчать, що вони статистично рівнозначні.

Таблиця 7. Частота і структура розладів психіки та поведінки у осіб, що перебувають у шлюбі з ВІЛ-інфікованим СІН

Розлади психіки та поведінки	Жінки (n = 98)		Чоловіки (n = 15)		Усього (n = 113)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
F10.2 Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю	9	9,2	2	13,3	11	9,7
F11.2 Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання опіоїдів	12	12,2	5	33,3	17	15,0
F32.0 Депресивний епізод	16	16,3	—	—	16	14,1
F33.0 Рекурентний депресивний розлад	32	32,6	7	46,7	39	34,5
F45.0 Соматоформний розлад	15	15,3	—	—	15	13,3
F60.4 Істеричний розлад особистості	33	33,7	4	26,7	37	32,7
Без психічних розладів	—	—	—	—	—	—

Аналіз результатів дослідження розладів психіки та поведінки у осіб, що перебувають у шлюбі з ВІЛ-інфікованим СІН (табл. 7), свідчить, що психічні та поведінкові розлади спостерігались в усіх обстежуваних осіб. У 98 жінок — шлюбних партнерів ВІЛ-інфікованих СІН переважали психічні розлади (97,9%), а наркологічні захворювання спостерігались лише у 21,4% осіб. Як видно з таблиці, загальна кількість випадків захворювань перевищує загальну кількість хворих, тобто у одного хворого спостерігались декілька захворювань одночасно, що свідчить про коморбідність патології. Аналогічна закономірність спостерігалась у чоловіків — шлюбних партнерів ВІЛ-інфікованих СІН: у 73,3% осіб

спостерігались психічні розлади і у 46,6% — наркологічні проблеми, які часто співіснували один з одним.

Аналіз вище наведених даних свідчить, що в осіб, які перебувають у шлюбі з ВІЛ-інфікованим СІН, спостерігається чотири категорії розладів в порядку ранжування: депресивні розлади (47,8%); розлади зрілої особистості (32,7%); розлади психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин (24,7%) і невротичні розлади, що пов'язані зі стресом, і соматоформні розлади (13,3%).

У наступній таблиці 8 наведено дані про поширеність психічних та поведінкових розладів у шлюбних партнерів ВІЛ-інфікованих СІН за провідним діагнозом.

Таблиця 8. Характеристика провідних діагнозів у шлюбних партнерів ВІЛ-інфікованих СІН

Психічні і поведінкові розлади	Жінки (n = 98)		Чоловіки (n = 15)		Усього (n = 113)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
F10.2 Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю	4	4,1	2	13,3	6	5,4
F11.2 Розлади психіки та поведінки вживання опіоїдів	10	10,2	4	26,7	14	12,4
F32 Депресивний епізод	16	16,3	—	—	16	14,1
F33 Рекурентний депресивний розлад	27	27,6	7	46,7	34	30,1
F45.0 Соматоформний розлад	15	15,3	—	—	15	13,3
F60.4 Істеричний розлад особистості	26	26,5	2	13,3	28	24,7
Без психічних розладів	—	—	—	—	—	—

Із наведених вище таблиць видно, що тільки у жінок, які перебувають в шлюбі з ВІЛ-інфікованим СІН, спостерігаються у вигляді монодіагнозу депресивний епізод (16,3%) та соматоформний розлад (15,3%). Рекурентний депресивний розлад як провідний діагноз виявлено у 27,6% жінок і у 46,7% чоловіків, причому у останніх — у вигляді монодіагнозу. Виходячи з даних анамнезу, більш ніж у половини (57,5%) шлюбних партнерів ВІЛ-інфікованих СІН можна констатувати

психогенне походження цих розладів. Істеричний розлад особистості спостерігався у 24,7% обстежуваних осіб. Психічні і поведінкові розлади внаслідок вживання ПАР виявлялися у 17,8% шлюбних партнерів ВІЛ-інфікованих СІН. Отже, вище наведені в таблицях дані свідчать, що у шлюбних партнерів (без розподілу за статтю) ВІЛ-інфікованих СІН, найбільш частими розладами психіки та поведінки були психогенні та особистісні психічні розлади.

Щодо випадків з подвійним діагнозом (табл. 9), наведені дані свідчать, що незалежно від статі шлюбного

партнера, майже у п'ятої частини (19,4 %) осіб співіснували психічні і наркологічні захворювання.

Таблиця 9. Характеристика коморбідності патології в осіб, що перебувають у шлюбі з ВІЛ-інфікованим СІН

Психічні і поведінкові розлади	Жінки (n = 98)		Чоловіки (n = 15)		Усього (n = 113)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
F10.2 Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю	5	5,1	—	—	5	4,4
F11.2 Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання опіоїдів	2	2,0	1	6,7	3	2,6
F32 Депресивний епізод	—	—	—	—	—	—
F33 Рекурентний депресивний епізод	5	5,1	—	—	5	4,4
F45.0 Соматоформний розлад	—	—	—	—	—	—
F60.4 Істеричний розлад особистості	7	7,1	2	13,3	9	8,0
Без психічних розладів	—	—	—	—	—	—

У жінок — шлюбних партнерів ВІЛ-інфікованих СІН це обтяження здійснювалось переважно через наявність істеричного розладу особистості, рекурентного депресивного епізоду і розладів психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю й опіоїдів, а у чоловіків — шлюбних партнерів — тільки істеричного розладу особистості і зловживання опіоїдами. Треба зауважити, що коморбідність патології рівною мірою спостерігалась серед жінок (19,3 %) і чоловіків (20,0 %).

Методичну базу дослідження склали такі інструменти [9]. Характерологічні особливості визначали за допомогою методики К. Леонгарда — Г. Шмішека, особистісні властивості — за Фрайбурзьким особистісним опитувальником, стилі стрес-долаючої поведінки — за методикою «Способи копінгу» в адаптації Т. А. Крюкової, стресостійкість — за методикою С. Койхена, Г. Вілліансона.

В результаті вивчення акцентуацій характеру обстежуваних виявлено таке (рис. 1). Із 113 шлюбних партнерів пробандів у 22 обстежуваних (19,5 %) спостерігався демонстративний тип акцентуацій (характеризувався підвищеною здатністю до витіснення травмуючих переживань); у 21 обстежуваного (18,6 %) — циклотимічний тип (характерна зміна гіпертимічних і дистимічних фаз); ще у 21 обстежуваного (18,6 %) — тривожно-боязкий тип (характерна схильність до страхів, невпевненість у собі, нерішучість); у 15 обстежуваних (13,3 %) — гіпертимічний тип (характерним є підвищений фон настрою в поєднанні з оптимізмом і високою активністю). Рівною мірою відповідно у 9 обстежуваних (8,0 %) спостерігались педантичний (характерна підвищена ригідність, інертність психічних процесів, нездатність до витіснення травмуючих переживань) та афективно-екзальтований (легкість переходу від стану захоплення до смутку) типи, у 7 обстежуваних (6,2 %) — дистимічний тип (характерними є понижений фон настрою, загальмованість, песимізм, фіксація на негативних сторонах життя), у 4 обстежуваних (3,5 %) — збудливий тип (характерна експлозивність, вибуховість емоційного реагування); у 3 обстежуваних (2,7 %) — емотивний тип (особи цього типу відрізнялись особливою вразливістю і чутливістю); і у 2 осіб (1,8 %) — застрягаючий тип (характерна надмірна стійкість афекту).

Наведені дані свідчать, що найпоширенішими були демонстративний, циклотимічний, тривожно-боязкий та гіпертимічний типи акцентуацій, однак у шлюбних партнерів пробандів демонстративний, циклотимічний та тривожно-боязкий типи спостерігались вірогідно частіше, ніж в ГП. В ГП найпоширенішим був гіпертимічний тип, а збудливий тип спостерігався вірогідно частіше, ніж в ОГ.

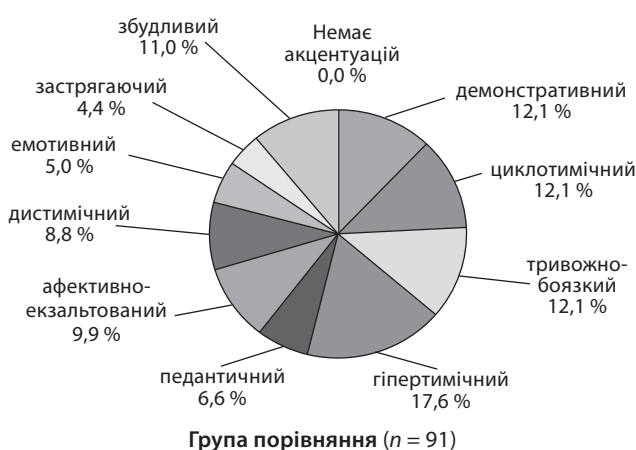
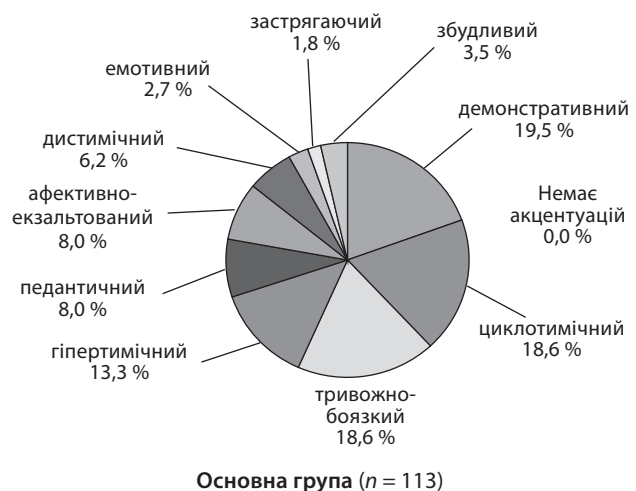


Рис. 1. Частота зустрічальності типів акцентуацій в осіб основної групи і групи порівняння

Примітка: демонстративний, циклотимічний, тривожно-боязкий, гіпертимічний, збудливий — вірогідність різниць при $p < 0,05$

Нами були проведений аналіз кореляцій між розладами психіки та поведінки в осіб ОГ і типами їх акцентуацій.

Зокрема, в осіб з розладами психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю спостерігались демонстративний ($r < 0,05$) та гіпертимічний ($r < 0,05$) типи акцентуацій; у осіб з розладами психіки та поведінки внаслідок вживання опіоїдів — афективно-екзальтований ($r < 0,05$)

та циклотимічний типи акцентуацій ($r < 0,05$); у осіб з депресивним епізодом і з рекурентним депресивним розладом — циклотимічний ($r < 0,05$ в обох випадках) та тривожно-боязкий ($r < 0,05$ в обох випадках) типи акцентуацій; у осіб з соматоформним розладом — тривожно-боязкий ($r < 0,05$) та дистимічний ($r < 0,05$) типи акцентуацій; у осіб з істеричним розладом особистості — демонстративний ($r < 0,05$) та збудливий ($r < 0,05$) типи акцентуацій.

Треба зауважити, що між педантичним, емотивним, та застрягаючим типами акцентуацій у обстежуваних та розладами психіки та поведінки, що у них спостерігались, вірогідних кореляцій не встановлено ($r > 0,05$).

Аналіз вищенаведених даних свідчить, що вагомий внесок в формування розладів психіки та поведінки у шлюбних партнерів пробандів зробили демонстративний, циклотимічний, тривожно-боязкий, гіпертимічний, афективно-екзальтований, збудливий, дистимічний типи акцентуацій ($r < 0,05$).

Такий розподіл не є несподіваним, тому що виявлені у процесі дослідження анамнестичні дані щодо життєдіяльності шлюбних партнерів пробандів підтверджують результати психодіагностичного дослідження. За результатами дослідження вдалося виокремити такі характеристики шлюбних партнерів пробандів, які впливають на психосоціальну сімейну дезадаптацію а саме:

1. «Підвищена схвильованість» із елементами демонстративності або агресивності (неспецифічний тип соціального реагування (поведінки)).

2. Підвищена тривожність.

Розподіл досліджуваних шлюбних партнерів пробандів за сполученням характерологічних рис за методикою Г. Шмішека (рис. 2) свідчить, що за результатами досліджень виявлено три варіанти сполучення типів акцентуацій у шлюбних партнерів пробандів за сполученням акцентуованих рис. Виокремлені три варіанти структури проявів мали так звану «стрижневу» акцентуацію. У разі поєднання (змішані) акцентуацій «стрижнева» акцентуація обов'язково спиралася на «опорні» типи акцентуацій. Отже, у дослідженні чітко виявлялися, окрім рис, які властиві «стрижневій» акцентуації, риси «опорних» акцентуацій. До «опорних» віднесені акцентуації, прояв яких чинив постійний та значний вплив на емоційно-поведінкову сферу шлюбних партнерів пробандів.

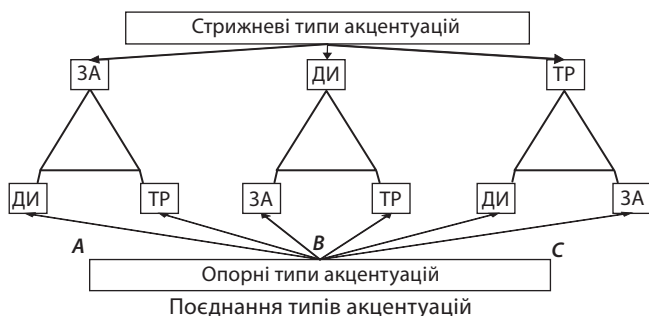


Рис. 2. Сполучення типів особистісних рис у досліджуваних шлюбних партнерів пробандів (методика К. Леонгарда — Г. Шмішека
ЗА — застрягання; ДИ — дистимічність, ТР — тривожність

А — афективний варіант. Стрижневою рисою є застрягання, базовою — дистимічність та тривожність. Провідною є схильність до застрягання афекту. Шлюбні партнери пробандів загалом були педантичні, злопам'ятні, довго пам'ятають образи, ображаються. Нерідко на цьому ґрунті з'являлися нав'язливі ідеї. Шлюб-

ні партнери пробандів були дуже спрямовані («упертий у одне»). В них проявляються спалахи афекту та агресії. Опорною рисою було діагностовано дистимічність, яка проявляється схильністю до зниженого настрою, песимізму, похмурим поглядом на речі, стомлюваністю. Шлюбні партнери пробандів швидко виснажувалися у контактах і віддавали перевагу бути на самоті. Другою опорною рисою діагностовано тривожність, яка загалом була конституційною та супроводжувалася невпевненістю у собі.

В — песимістичний варіант. Стрижнева риса — дистимічність, опорні риси — застрягання та тривожність. Стрижневою виявлена схильність до розладів настрою. Частіше у шлюбних партнерів пробандів настрої був знижений, з песимістичним поглядом на речі. Шлюбні партнери пробандів швидко втомлювалися у бесіді, намагаються бути більш на самоті. Особливу властивість має комбінація опорних рис — застрягання і тривожності. Почасти у шлюбних партнерів пробандів тривожність пов'язана з приниженням людської гідності, в конфліктній ситуації вони були слабкі, безпорадні. Застрягаючі риси призводять до того, що шлюбні партнери пробандів не можуть винести таке становище, вони всіляко прагнуть витіснити «неприємності».

С — невпевнений варіант. Стрижнева риса — тривожність, опорні риси — дистимічна та застрягання. Шлюбні партнери пробандів із стрижневою тривожністю — переважно меланхолійного (або холеричного) складу. Загалом шлюбні партнери пробандів у житті не упевнені в собі, не вірять у власні здібності, недооцінюють, лякаються відповідальності, побоюються всіляких неприємностей для себе і рідних, не можуть стримувати власні страхи і тривогу, «притягуючи» до себе і близьких реалізацію страхів та побоювань. Опорні риси дистимічність та застрягання проявляються коливанням настрою. Загалом шлюбні партнери пробандів невдоволені оточуючим, усе оцінюють у негативному, песимістичному світі, швидко виснажуються. Так само риси застрягання постійно «нагадували» родичам образи, вони ставали злопам'ятними. Часто шлюбні партнери пробандів були одержимі єдиною ідеєю допомоги ВІЛ-інфікованому родичу, проте емоційно залишалися ригідними.

Застосування Фрайбурзького особистісного опитувальника (FPI) надало змогу дослідити стан і властивості особистості, які мають першочергове значення для процесу соціальної адаптації та регуляції поведінки. З розподілу індивідуально-психологічних особливостей шлюбних партнерів ВІЛ-інфікованих СІН (табл. 10) видно, що у досліджуваних ОГ були вищі показники (бали) за базовими шкалами ніж у ГП, а саме: невротичності ($6,10 \pm 0,80$ проти $5,53 \pm 0,43$, відповідно), спонтанної агресивності ($5,65 \pm 0,71$ проти $4,21 \pm 0,32$, відповідно), депресивності ($5,90 \pm 0,76$ проти $4,22 \pm 0,33$ відповідно), дратівливості ($6,20 \pm 0,90$ — $5,54 \pm 0,46$ відповідно), сором'язливості ($8,40 \pm 0,93$ — $6,55 \pm 0,45$ відповідно), емоційної лабільності ($8,58 \pm 0,76$ — $7,00 \pm 0,68$, відповідно). Отримані результати у шлюбних партнерів ОГ указували на наявність у них хитливого емоційного стану зі схильністю до афективного реагування, схильності до стресового реагування на звичайні життєві ситуації, тривожності, скутості, непевності, утруднення побудови соціальних і міжособистісних контактів. Крім того, низький показник за шкалою комунікабельності ($4,20 \pm 0,49$ бали) відображав досвід та сором'язливість шлюбних партнерів внаслідок життя з ВІЛ-інфікованим СІН, що свідчить про недостатній потенційні можливості щодо реалізації проявів соціальної активності, порушень потреби в спілкуванні.

Таблиця 10. Індивідуально-психологічні особливості шлюбних партнерів ВІЛ-інфікованих СІН (у %)

Шкали	ОГ, n = 113	ГП, n = 91
Невротичності	6,10 ± 0,80	5,53 ± 0,43
Спонтанної агресивності	5,65 ± 0,71	4,21 ± 0,32
Депресивності	5,90 ± 0,76	4,22 ± 0,33
Дратівливості	6,20 ± 0,90	5,54 ± 0,46
Комунікабельності	4,20 ± 0,49	6,96 ± 0,72
Врівноваженості	4,30 ± 0,51	6,93 ± 0,71
Реактивної агресивності	5,23 ± 0,88	5,65 ± 0,55
Сором'язливості	8,40 ± 0,93	6,55 ± 0,45
Відкритості	6,40 ± 0,54	7,27 ± 0,58
Екстраверсії-інтроверсії	3,64 ± 0,27	7,45 ± 0,64
Емоційної лабільності	8,58 ± 0,76	7,00 ± 0,68
Маскулінності-фемінізму	2,74 ± 0,27	4,65 ± 0,47

Результати дослідження осіб, що належать до порівняльної групи, виявили наявність високої захищеності до впливу стрес-факторів, що базувалась на впевненості в собі, оптимістичності й активності (оцінка за шкалою врівноваженості — 6,93 ± 0,71), прагнення до довірчо-відвертої взаємодії з оточуючими, високий рівень самокритичності (оцінка за шкалою відкритості — 7,27 ± 0,58). Виявлено, що досліджувані ГП виявились менш сором'язливими, емоційно лабільними та більш врівноваженими, ніж досліджувані ОГ ($p \leq 0,01$).

З опорою на зміст та розподіл високих значень за шкалами FPI у кожній групі створено їх психологічний портрет у просторі означених шкал.

Профіль досліджуваних ОГ. Життя з ВІЛ-інфікованим СІН сформувало у шлюбних партнерів властивість уникати ризикованих ситуацій, несподівані події очікують із занепокоєнням, вони від будь-яких змін чекали тільки гіршого. У досліджуваних спостерігались наявність тривожності, скутості, труднощі у соціальних контактах, нерішучість і невпевненість в собі. У спілкуванні шлюбні парт-

нери прагнули не вирізнятися і інколи ні в що не втручатися, уникати компаній, спілкування, вони віддавали перевагу вузькому кругу старих, перевірених друзів. Такі особи виявляли тривожність, збудливість у поєднанні із швидким виснаженням і стомлюваністю. Провідною особливістю є зниження порогів збудливості, підвищена чутливість. Досліджувані ОГ характеризуються нестійкістю емоційного стану, що проявляється в частих коливаннях настрою, підвищеної збудливості, дратівливості, недостатньої саморегуляції. Досліджувані шлюбні партнери із високими оцінками мали погану саморегуляцію психічних станів, нестійкий емоційний стан, часом були не здатні до роботи, що вимагала певного напруження, високого рівня контролю за діями, волевих зусиль, концентрації, зібраності. Ситуації із високою мірою невизначеності вони переносили погано, легко впадали у відчай. Гостро переживаючи свій неуспіх, могли разом із реакціями самозвинувачення демонструвати ворожість щодо оточуючих осіб.

Профіль досліджуваних ГП. Досліджуваним ГП було властиво прагнення до довірливої та відвертої взаємодії з оточуючими людьми при високому рівні самокритичності (відкритість). Добра захищеність до дії стрес-факторів звичайних життєвих ситуацій, що базується на впевненості в собі, оптимістичності й активності, відсутність внутрішньої напруженості, свобода від конфліктів. У них відзначалася задоволеність собою й успіхами (врівноваженість). Провідною рисою було наявність вираженої потреби в спілкуванні і постійної готовності до задоволення цієї потреби. Вони виявляли яскравість емоційних проявів, природність і невимущеність поведінки, готовність до співпраці, чуйне, уважне ставлення до людей, мали широке коло друзів, знайомих. Досліджуваним ГП була властива екстравертованість, що виявляється у активності, лідерстві. Такі особи не соромляться, коли на них звертають увагу, не відчувають утруднень у спілкуванні. Вони легко встановлювали контакти, охоче брали на себе головні ролі у взаєминах з оточенням.

Наступним етапом у дослідженні стало вивчення стилів стрес-долаючої поведінки. Результати дослідження розподілу показників копінг-стратегій у досліджених групах шлюбних партнерів відображено у табл. 11.

Таблиця 11. Розподіл показників копінг-стратегій у досліджених групах шлюбних партнерів ВІЛ-інфікованих СІН ($M \pm SD$)

Тип копінг-стратегії	Групи						Вірогідність різниць
	ОГ (n = 113)			ГП (n = 91)			
	абс.	%	$\pm m$	абс.	%	$\pm m$	
Конфронтація	22	19,5	4,0	—	—	—	НВ
Дистанціювання	24	21,2	4,1	—	—	—	НВ
Самоконтроль	8	7,1	2,6	18	19,8	4,0	$p \leq 0,05$
Пошук соціальної підтримки	7	6,2	2,4	19	20,9	4,1	$p \leq 0,05$
Прийняття відповідальності	9	8,0	2,7	18	19,8	4,0	$p \leq 0,05$
Втеча-уникнення	21	18,6	3,9	—	—	—	НВ
Планування розв'язання проблеми	11	9,7	3,0	19	20,9	4,1	$P \leq 0,05$
Позитивна переоцінка	11	9,7	3,0	17	18,7	3,9	$p \leq 0,05$

Примітка: НВ — різниці невірогідні ($p \geq 0,05$). Серед осіб у групі порівняння ці типи копінг-стратегій не спостерігались ($p \leq 0,001$)

З даних табл. 11 видно, що в осіб ОГ переважали неконструктивні форми поведінки (агресивні зусилля щодо зміни ситуації, ворожість, готовність до конфронтації — 22 (19,5 ± 4,0 %), когнітивні зусилля відокремитися

від ситуації і зменшити її значущість у вигляді дистанціювання — 24 (21,2 ± 4,1 %), наявне прагнення і поведінкові зусилля, спрямовані до втечі або уникнення від проблеми — 21 (18,6 ± 3,9 %).

У респондентів ГП неконструктивних форм поведінки не виявлено $p \leq 0,05$. На протипагу ОГ, особам ГП були притаманні конструктивні форми поведінки у конфлікті, а саме: самоконтроль 18 (19,8 ± 4,0 %), пошук соціальної підтримки 19 (20,9 ± 4,1 %), прийняття відповідальності 18 (19,8 ± 4,0 %), планування розв'язання проблем 19 (20,9 ± 4,1 %).

Здатність опанування стресу та стиль поведінки в конфлікті міцно корелюють зі стресостійкістю особистості, результати вивчення якої (табл. 12) свідчать, що стресостійкість, яку оцінювали показниками «відмінно» та «добре», спостерігалась лише в ГП, відповідно у 92,3 % та 7,7 % осіб. Показники стресостійкості на рівні «задовільно», «погано» та «дуже погано» спостерігались лише в осіб, що перебували у шлюбі з ВІЛ-інфікованим СІН, і становили відповідно — 75,2 %, 20,4 % та 4,4 %.

У зв'язку з тим, що низькі показники стресостійкості спостерігались лише у шлюбних партнерів пробандів,

ми провели аналіз кореляційних взаємозв'язків між показниками стресостійкості та фактом прийому замісної терапії пробандом (табл. 13).

Таблиця 12. Характеристика показників стресостійкості у шлюбних партнерів ВІЛ-інфікованих СІН та у осіб ГП

Показник стресостійкості	ОГ (n = 113)			ГП (n = 91)		
	M ± m	абс.	%	M ± m	абс.	%
Відмінно	—	—	—	1,1 ± 0,07	84	92,3
Добре	—	—	—	6,4 ± 0,36	7	7,7
Задовільно	13,7 ± 0,71	85	75,2	—	—	—
Погано	23,7 ± 1,29	23	20,4	—	—	—
Дуже погано	33,1 ± 1,75	5	4,4	—	—	—

Таблиця 13. Кореляційні зв'язки між показниками стресостійкості у шлюбних партнерів ВІЛ-інфікованих СІН та замісною терапією у пробандів

Рівень стресостійкості	Усього (n = 113)		Отримують метадон (n = 88)		Не отримують метадон (n = 25)		Коефіцієнт кореляції
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Задовільно (14,2—13,0)	85	75,2	85	96,5	—	—	$r_1 < 0,001$
Погано (24,2—23,3)	23	20,4	3	3,5	20	84,0	$r_1 > 0,05; r_2 < 0,001$
Дуже погано (34,32—33,0)	5	4,4	—	—	5	20,0	$r_1 > 0,05; r_2 < 0,001$

Примітки: r_1 — кореляція між показниками стресостійкості у шлюбних партнерів і фактом отримання замісної терапії; r_2 — кореляція між показниками стресостійкості у шлюбних партнерів і фактом відмови від замісної терапії

З отриманих даних видно, що показник стресостійкості, оцінюваний як «задовільно», у шлюбних партнерів ВІЛ-інфікованих споживачів ін'єкційних наркотичних речовин корелював ($r_1 < 0,001$) з показником отримання замісної терапії пробандом, тоді як показники стресостійкості «погано» і «дуже погано» корелювали з показником відмови пробандом від замісної терапії ($r_2 < 0,001$ для обох показників).

Аналіз показників рівня стресостійкості у шлюбних партнерів ВІЛ-інфікованих СІН свідчить про те, що в них спостерігаються лише низькі показники, які зумовлені відмовою пробанда від замісної терапії. Такий рівень стресостійкості сприяє легкому виникненню психогенних розладів.

Отже, наявність психічних та поведінкових розладів, а також викривлень у персонілогічній і поведінковій сферах у шлюбних партнерів ВІЛ-інфікованих СІН демонструє прояви співзалежності цих осіб. Спектр психічних розладів (депресивні та особистісні) вказує на переважно психогенний та особистісний рівень симптоматики. Низькі показники стресостійкості, негармонійні поєднання акцентуованих рис та індивідуально-психологічних властивостей, а також додаткові психотравмуючі чинники (наявність ВІЛ-інфекції в подружжі, відмова хворого від замісної терапії) сприяють виникненню не тільки психічних та поведінкових розладів у шлюбних партнерів ВІЛ-інфікованих СІН, а й провокують розвиток у них психосоціальної й сімейної дезадаптації.

Отримані дані мають бути враховані під час планування заходів медико-психологічної підтримки цього контингенту.

Список літератури

1. ВІЛ-інфекція в Україні : Інформ. бюлетень № 37. К., 2012. 82 с.
2. Концепція Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014—2018 роки [Електронний ресурс]. URL : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20140730_c.html.
3. Пріб Г. А., Дворяк С. В. Комплексна профілактика ВІЛ-інфекції серед наркозалежних та економічна ефективність підтримуючої терапії агоністами опіоїдів // Журнал психіатрії та медичної психології. 2013. № 1 (32). С. 43—47.
4. Пріб Г. А., Дворяк С. В. ВІЛ-інфіковані наркозалежні пацієнти як група з особливими потребами в умовах епідемії ВІЛ/СНІД в Україні // Архів психіатрії. 2013. Т. 19, № 4 (75). С. 242.
5. Маркова М. В., Габрель Р. Т. Особливості психічного стану та сексуальної реалізації ВІЛ-інфікованих осіб і їх партнерів в контексті їх психосексуальної орієнтації та життєдіяльності партнерської пари // Міжнар. неврологічний журнал. 2013. № 6 (60). С. 147—151.
6. Габрель Р. Т. Стан психічного здоров'я ВІЛ-інфікованих осіб та їх партнерів в залежності від рівня порушення життєдіяльності партнерської пари // Архів психіатрії. 2013. № 2. С. 116—128.
7. Маркова М. В., Ярий В. В. Напруженість аддиктивного статусу і порушення психоемоційного стану в генезі дезадаптації дружин чоловіків, хворих на алкогольну залежність // Український вісник психоневрології. 2016. Т. 24, вип. 2 (87). С. 107—112.
8. Маркова М. В., Ярий В. В. Родинна дезадаптивна співзалежність у дружин чоловіків, хворих на алкогольну залежність: аналіз складових, типів і взаємозв'язків // Science of Europe (Prague, Czech Republic). 2016. Vol. 2, No 5 (5). P. 28—40.
9. Практическая психодиагностика. Методики и тесты : уч. пособие / под ред. Д. Я. Райгородского. Самара : «Бахрах-М», 2001. 672 с.

Надійшла до редакції 26.10.2017 р.

ПОДОЛАН Володимир Миколайович, старший викладач кафедри медицини катастроф та військової медицини Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова, м. Вінниця, Україна; e-mail: v.podolyanvin@ukr.net

PODOLIAN Volodymyr, Senior Lecturer of the Department of Disaster Medicine and Military Medicine of the Vinnytsia National Pirogov Memorial medical University, Vinnytsia, Ukraine; e-mail: v.podolyanvin@ukr.net