

УДК 616.89-008.442-084:613.89:613.885

ГАБРЕЛЬ Р.Т., МАРКОВА М.В.

Харківська медична академія післядипломної освіти

Центр профілактики та боротьби зі СНІДом Київської міської клінічної лікарні № 5

## ОСОБЛИВОСТІ ПСИХІЧНОГО СТАНУ ТА СЕКСУАЛЬНОЇ РЕАЛІЗАЦІЇ ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ОСІБ І ЇХ ПАРТНЕРІВ У КОНТЕКСТІ ПСИХОСЕКСУАЛЬНОЇ ОРІЄНТАЦІЇ ТА ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ ПАРТНЕРСЬКОЇ ПАРИ

**Резюме.** На основі обстеження 105 партнерських пар, в яких один із партнерів є ВІЛ-інфікованим, з яких 70 пар є гетеросексуальними, а 35 одностатевими чоловічими, досліджено особливості психічного стану та сексуальної реалізації ВІЛ-інфікованих осіб та їх партнерів, знайдено взаємозв'язок між станом психічного й сексуального здоров'я та успішністю життєдіяльності таких партнерських пар. Отримані дані лягли в основу розробки системи медико-психологічного супроводу партнерської пари, в якій один із партнерів інфікований ВІЛ.

**Ключові слова:** ВІЛ, психічне і сексуальне здоров'я, партнерська пара.

Згідно з офіційною статистикою, за період 1987–2011 рр. в Україні офіційно зареєстровано 202 787 випадків ВІЛ-інфікування серед громадян України, у тому числі 46 300 випадків захворювання на СНІД та 24 626 випадків смерті від СНІДу. 120 тис. ВІЛ-інфікованих пацієнтів перебуває на диспансерному обліку в центрах СНІДу, яких в Україні 42. Масштаби епідемії ВІЛ-інфекції поступово зростають — кількість офіційно зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції щорічно збільшується починаючи з 1999 р. У 2011 р. в Україні зареєстровано 21 177 нових випадків ВІЛ-інфекції (46,2 на 100 тис. населення) — це найвищий показник за весь період спостереження за ВІЛ-інфекцією в Україні [1].

Сьогодні завдяки масивному впровадженню заходів превенції поширення ВІЛ-інфікування серед даного контингенту через програми замісної підтримувальної терапії, спостерігається тенденція до відсутності зростання кількості осіб з парентеральним шляхом інфікування ВІЛ, у той час як серед загальної кількості випадків інфікування ВІЛ збільшується питома вага епізодів, пов'язаних зі статевим шляхом передачі вірусу [2]. За даними, наведеними Н.Ю. Жабенко, у 2008 році структура шляхів інфікування ВІЛ в Україні була такою: статевий (переважно гетеросексуальний) — 41,9 %, парентеральний (переважно при введенні наркотичних речовин ін'єкційним шляхом) — 37,0 %, діти, народжені ВІЛ-інфікованими матерями, —

19,2 %, невстановлений шлях передачі — 1,9 % [3]. Ці дані збігаються з результатами А.К. Сервецького, згідно з якими серед пацієнтів, які перебували на лікуванні та диспансерному обліку в центрі профілактики ВІЛ та лікування СНІДу м. Одеси, у 41 % випадків зараження ВІЛ мав місце гетеросексуальний шлях інфікування, у 27 % — гомосексуальний, у 24 % випадків — внаслідок епізодичного внутрішньовенного введення наркотиків, отриманих з макової соломки, 2 % — внаслідок медичних маніпуляцій; в інших 6 % випадків шлях інфікування не встановлено [4]. Отже, очевидним фактом стає переважання статевого шляху зараження ВІЛ-інфекцією.

Разом із тим 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 феноменів, що вивчаються,

**Адреса для листування з авторами:**

Маркова Маріанна Владиславівна  
Харківська медична академія післядипломної освіти  
Україна, м. Харків, вул. Корчагинців, 58  
mariannochka1@ukr.net

© Габрель Р.Т., Маркова М.В., 2013

© «Міжнародний неврологічний журнал», 2013

© Заславський О.Ю., 2013

серед яких провідне місце повинно займати питання психоемоційного стану та психологічних ресурсів ВІЛ-інфікованих, що складаються з джерел індивідуально-особистісних властивостей індивіда та міжособистісної, насамперед партнерської, підтримки і взаємодії. Розробка стратегії і тактики медико-психологічного супроводу ВІЛ-інфікованої партнерської пари дотепер не знайшла свого вирішення та впровадження в клінічну практику, що значно знижує ефективність медико-психологічної допомоги даній категорії пацієнтів та членам їх родин. Між тим для успішного вирішення цього завдання необхідне вивчення особливостей психічного стану та сексуальної реалізації ВІЛ-інфікованих осіб та їх партнерів, без чого неможлива розробка комплексних заходів, спрямованих на покращення якості життя ВІЛ-інфікованих осіб та членів їх родин.

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 партнерських пар (ПП), в яких один із партнерів був ВІЛ-інфікованим, а саме: 70 гетеросексуальних ПП, в 35 парах з яких інфікованим був чоловік (група 1), та 35 пар, де інфікованою виявилась жінка (група 2), і 35 гомосексуальних ПП, де один із партнерів є ВІЛ-інфікованим (група 3). Критеріями включення у дослідження були: 1) підтвержене у центрі СНІДУ (м. Київ) інфікування одного з партнерів, давність інфікування до 1 року; 2) стаж партнерських відносин не менше року (спільне життя зі 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 з аналізом соціально-демографічних характеристик та психодіагностичне дослідження. Вивчення депресивних і тривожних реакцій ВІЛ-інфікованих хворих проводилося із застосуванням госпітальної шкали тривоги і депресії HADS [5] та клінічного опитувальника для виявлення та оцінки невротичних станів К.К. Яхіна, Д.М. Менделевича [5]. Оцінку стану сексуальної реалізації проводили із застосуванням критеріїв системно-структурного аналізу стану сексуального здоров'я та проявів сексуальності, розроблених В.В. Кришталею [6]. Успішність життєдіяльності ПП та рівень її порушень визначали за допомогою опитувальника подружньої задоволеності А. Лазаруса [7], 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.

Дослідження психічного стану обстежених дозволило встановити у більшості з них наявність клінічно виражених тривожних та депресивних розладів, які зустрічалися в інфікованих осіб у всіх групах, а також партнерів пацієнтів із гомосексуальною орієнтацією. За аналізом результатів самооцінки психічного стану обстежених із використанням шкали HADS встановлено, що в усіх ін-

фікованих осіб, незалежно від статі або психосексуальних уподобань, мали місце розлади психічної сфери клінічного рівня вираженості. Так, середній рівень тривоги в інфікованих гетеросексуальних чоловіків становив 13,04 бала, депресії — 12,48 бала; в інфікованих жінок — 15,22 та 14,22 бала відповідно; у інфікованих гомосексуальних чоловіків — 18,09 та 16,37 бала відповідно.

Внутрішньогруповий аналіз наявної симптоматики, зроблений окремо в кожній групі обстежених, встановив, що загальною тенденцією, характерною для інфікованих ВІЛ осіб, можна визначити наявність клінічно вираженої тривожної і депресивної симптоматики з переважанням вираженості тривожних симптомів порівняно з депресивними,  $p < 0,05$ .

Іншою закономірністю, характерною для психічного стану інфікованих обстежених, стала більша вираженість середніх показників практично всіх симптомів тривожних проявів у жінок порівняно з гетеросексуальними чоловіками, яка, між тим, була меншою, ніж у гомосексуальних чоловіків, в яких встановлено найбільший ступінь вираженості патологічної тривоги за усіма симптомами ( $p < 0,05$ ). При аналізі середніх показників рівня депресії встановлено вірогідне ( $p < 0,01$ ) переважання її вираженості у гомосексуальних чоловіків порівняно з жінками і гетеросексуальними чоловіками, між якими вірогідної різниці не виявлено. Менша вираженість єдиного симптому депресії, а саме припинення слідкування за своєю зовнішністю (симптом 5) у чоловіків групи 3 порівняно з жінками можна пояснити специфічністю сексуальної ідентичності обстежених даної групи. Таким чином, як за загальним показником середньої оцінки вираженості тривожних і депресивних проявів, так і за аналізом симптоматичної структури зазначених психопатологічних феноменів, серед усіх обстежених, інфікованих ВІЛ, переважали чоловіки гомосексуальної групи ( $p < 0,05$ ).

Інша клінічна картина спостерігалась при вивченні психічного стану партнерів інфікованих осіб. Так, загальні середні показники тривоги і депресії у дружин групи 1 (5,1/4,08) та чоловіків групи 2 (7,06/5,33) були практично в рамках норми, що свідчило про відсутність вірогідно виражених клінічних симптомів тривоги та депресії у даного контингенту.

Проте детальний аналіз вираженості окремих симптомів дозволив виділити серед обстежених даних груп по дві підгрупи осіб із різним станом психічної сфери. У 48,6 % жінок інфікованих чоловіків групи 1 та 40 % чоловіків інфікованих жінок групи 2 встановлена відсутність будь-яких, навіть субклінічних, тривожно-депресивних симптомів. Але в останніх (51,4 % жінок групи 1 та 60 % чоловіків групи 2) діагностовано тривожні та депресивні прояви, які, однак, мали менший ступінь вираженості, ніж у їх інфікованих партнерів ( $p < 0,01$ ).

Міжгруповий аналіз дозволив встановити гендерні розбіжності психічного стану партнерів інфікованих осіб, протилежні виявленому у пацієнтів із ВІЛ: вираженість тривожних і депресивних проявів була вищою у

чоловіків інфікованих жінок, ніж у дружин інфікованих чоловіків ( $p < 0,01$ ).

На відміну від гетеросексуальних партнерів інфікованих осіб у гомосексуальних неінфікованих чоловіків діагностовано клінічно окреслені тривожні та депресивні прояви: загальний середній показник вираженості тривоги в них становив 17,78 бала, а депресії — 14,02 бала. До того ж встановлено, що середня вираженість окремих симптомів тривоги в них була вищою, ніж у їх інфікованих партнерів ( $p < 0,01$ ).

Таким чином, можна стверджувати, що при давності інфікування до 1 року як у інфікованих ВІЛ осіб, так і в їх партнерів має місце наявність клінічно вираженої тривожної і депресивної симптоматики з переважанням вираженості тривожних симптомів порівняно з депресивними. Серед інфікованих гетеросексуальних осіб більша вираженість психопатологічної симптоматики спостерігається у жінок, а серед їх неінфікованих партнерів — у чоловіків. Найбільша вираженість тривожних і депресивних проявів є характерною для гомосексуальних осіб, як інфікованих, так і їх неінфікованих партнерів.

Треба зазначити, що у частини інфікованих осіб (8,6 % чоловіків групи 1, 11,4 % жінок групи 2 та 22,9 % чоловіків групи 3) встановлені суїцидальні думки, які близько в половині випадків виникали декілька разів на тиждень, у третини — рідше одного разу на тиждень, інші (чоловіки групи 3) виявляли майже щоденну присутність суїцидальних думок. Домінуючою мотивацією для роздумів щодо скоєння суїциду були побоювання соціальної стигматизації, невтішність прогнозу захворювання, небажання створювати проблеми близьким. Однак близько половини інфікованих осіб груп 1 (48,6 %) і 2 (40 %) відзначали абсолютну неможливість скоєння суїциду через наявність в їх житті сімейної підтримки, яку вважали вагомим стримуючим фактором для продовження життя.

Подальший поглиблений аналіз психічного стану та клінічного наповнення психопатологічних проявів,

діагностованих у обстежених, результати якого наведені в табл. 1, дозволив класифікувати наявну симптоматику та виділити два провідних клініко-патогенетичних симптомокомплекси, кожен з яких був представлений основними психопатологічними синдромами — нозогенним та астеничним соматогенним. Так, нозогенний симптомокомплекс включав тривожно-депресивний та тривожно-фобічний синдроми; астеничний соматогенний симптомокомплекс — астенодепресивний, астеноіпохондричний та астеноневротичний синдроми.

Під дефініцією «нозогенний симптомокомплекс» ми розуміли психогенні реактивні стани, обумовлені констеляцією психотравмуючих чинників, пов'язаних з інфікуванням ВІЛ. Тривожно-депресивний синдром проявлявся пригніченістю, песимізмом стосовно до власного стану і перспектив, дисомнією, внутрішнім неспокоєм, невротичною напруженістю, тривожним очікуванням соціальної стигматизації, прагненням прискорити смерть через невиліковну хворобу, що обумовлено шоковою реакцією на встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції. До тривожно-фобічної симптоматики належали нозо-, соціо- та танатофобії, які супроводжувалися численними соматовегетативними розладами: тахікардією, підвищенням артеріального тиску, гіпергідрозом, стійким червоним дермографізмом, перистальтикою і антиперистальтикою, проносами, блювотою та ін. Так само до цього синдрому зараховували переживання нав'язливого страху заразити ВІЛ-інфекцією близьких людей або членів сім'ї побутовим шляхом, страх болісної смерті.

Астеничний соматогенний симптомокомплекс був обумовлений декомпенсацією основних сфер психічної діяльності та виявлявся загальноневротичною симптоматикою (астенія, невротична депресія, іпохондрія). Астенодепресивний синдром був представлений симптомами підвищеної стомлюваності, дратівливості, нестійкості, болісно загостреної сенситивності, гіперестезії, ослаблення здатності до тривалого фізичного і розумового навантаження. Астено-

**Таблиця 1. Розподіл встановлених клінічних варіантів наявної психопатологічної симптоматики у обстежених (%  $\pm$  m)\***

Симптомокомплекс/ синдром		Група 1 (n = 70)		Група 2 (n = 70)		Група 3 (n = 70)	
		Ч (n = 35)	Д (n = 35)	Ч (n = 35)	Д (n = 35)	Чі (n = 35)	Чн (n = 35)
Нозогенний	Тривожно-депресивний	45,7 $\pm$ 5,0	14,3 $\pm$ 3,5	31,4 $\pm$ 4,6	54,3 $\pm$ 5,0	42,9 $\pm$ 4,9	57,1 $\pm$ 4,9
	Тривожно-фобічний	25,7 $\pm$ 4,4	34,3 $\pm$ 4,7	20,0 $\pm$ 4,0	28,6 $\pm$ 4,5	60,0 $\pm$ 4,9	68,6 $\pm$ 4,6
Астеничний соматогенний	Астенодепресивний	48,6 $\pm$ 5,0	—	—	54,3 $\pm$ 5,0	51,4 $\pm$ 5,0	—
	Астеноіпохондричний	31,4 $\pm$ 4,6	—	8,6 $\pm$ 2,8	34,3 $\pm$ 4,7	37,1 $\pm$ 4,8	14,3 $\pm$ 3,5
	Астеноневротичний	17,1 $\pm$ 3,8	2,9 $\pm$ 1,7	—	28,6 $\pm$ 4,5	45,7 $\pm$ 5,0	17,1 $\pm$ 3,8
Психічні розлади відсутні		—	48,6 $\pm$ 5,0	40,0 $\pm$ 4,9	—	—	—

**Примітки:** \* — у інфікованих пацієнтів груп 1, 2 та усіх осіб групи 3 процентна сума синдромів перевищує 100 % у зв'язку з тим, що в одного пацієнта спостерігався більше ніж один синдром; Ч — чоловік; Д — дружина; Чі — чоловік інфікований; Чн — чоловік неінфікований.

іпохондричний синдром включав фіксованість на власному самопочутті та стані, пильну увагу до найменших порушень здоров'я, багатогодинні дослідження свого тіла в пошуках специфічних висипань або підозрілих плям, підсилену інтерпретацію тілесних відчуттів, переконаність у наявності соматичних «підтверджень і доказів» ВІЛ-інфекції, редукцію інших інтересів і мотивів. Астеноневротичні клінічні прояви розвивалися поступово на тлі тривалої психотравмуючої ситуації, конфліктних взаємин у сім'ї. Найбільш типовими симптомами були відчуття нездужання, стомлюваності, млявості, загальної слабкості; інтрасомнічні розлади, головний біль, зниження концентрації уваги. Відчуваючи невдоволення зниженням продуктивності, деякі пацієнти намагалися надолужити згаяне, збільшувати навантаження, однак це не давало позитивного результату та ще більше погіршувало самопочуття і настрої. Наростало внутрішнє напруження, почуття незадоволеності результатами своєї праці, відповідальність за яку вони поклали на оточуючих. Клінічна картина також рясніла вегетативними проявами: шум у вухах, запаморочення, неприємні відчуття в ділянці серця, серцебиття, пітливість, похолодання кінцівок. Всі ці явища посилювалися при хвилюванні та психоемоційних навантаженнях.

Подальший аналіз психопатологічної симптоматики ВІЛ-інфікованих осіб та їх партнерів в аспекті успішності життєдіяльності ПП дозволив виявити взаємозв'язок між рівнем порушення життєдіяльності ПП та станом психічного здоров'я ВІЛ-інфікованих осіб і їх партнерів. Так, із загальної кількості у 48,6 % ПП групи 1 та 40 % ПП групи 2 виявлений достатній рівень подружньої задоволеності, що було свідченням успішності їх життєдіяльності як союзу двох особистостей в рамках партнерського (сімейного) функціонування (табл. 2). У цих парах у партнерів ВІЛ-інфікованих осіб встановлено відсутність психічних розладів, а для самих інфікованих наявність сімейної підтримки була вагомим фактором щодо продовження життя, незважаючи на факт інфікування та наявні хворобливі психічні й соматичні прояви. Серед інших ПП групи 1 та групи 2 у переважній більшості ПП (37,1 та 40,0 % відповідно) діагностовано частковий рівень порушення життєдіяльності ПП, що виражався станом часткової неконгруентної подружньої незадоволеності. Суцільний рівень порушення життєдіяльності ПП (повна конгруентна подружня незадоволеність) встановлений у 14,3 % групи 1 та 20,0 % групи 2. Незалежно від рівня ураження життєдіяльності, у партнерів ВІЛ-інфікованих осіб цих ПП мали місце тривожно-депресивно-фобічні прояви в рамках но-

зогенного психопатологічного симптомокомплексу. Стан життєдіяльності ПП групи 3 виявився частково (57,1 %) або суцільно (42,9 %) порушеним, що ставало додатковим обтяжуючим фактором, що провокує вираженість психопатологічної симптоматики як в інфікованих чоловіків, так і їх партнерів. Так, серед усіх неінфікованих партнерів тільки у чоловіків цієї групи діагностовано найбільшу вираженість психопатологічних проявів не тільки нозогенного (тривожно-фобічного — (68,6 %) та тривожно-депресивного (57,1 %) синдромів), але й астенічного соматогенного симптомокомплексів (астеноіпохондричного (14,3 %) та астеноневротичного (17,1 %) синдромів).

Аналіз стану сексуальної реалізації дозволив встановити клінічно окреслені порушення сексуальності у більшості обстежених. Так, питома вага жінок мали оргазмічну дисфункцію (F52.3) та потерпали від відсутності сексуального задоволення (F52.1) ( $51,4 \pm 5,0$  % осіб групи 1 та  $60,0 \pm 4,9$  % — групи 2 відповідно) і диспареунії неорганічної природи (F52.6) ( $34,3 \pm 4,7$  % групи 1 та  $37,1 \pm 4,8$  % групи 2). Гетеросексуальним чоловікам були притаманні відносні: втрата статевого потягу до партнерки ( $51,4 \pm 5,0$  % осіб групи 1 та  $60,0 \pm 4,9$  % — групи 2), сексуальна огида ( $20,0 \pm 4,0$  % групи 1 та  $25,7 \pm 4,4$  % — групи 2) та відсутність сексуального задоволення ( $51,4 \pm 5,0$  % осіб групи 1 та  $60,0 \pm 4,9$  % — групи 2). Крім того, у  $68,6 \pm 4,6$  % пацієнтів групи 1 та  $57,1 \pm 4,9$  % групи 2 мала місце еректильна дисфункція (F52.2), а у  $22,9 \pm 4,2$  % осіб групи 1 та  $31,4 \pm 4,6$  % групи 2 — передчасна еякуляція (F52.4). Серед гомосексуальних чоловіків порушення сексуальності встановлені у переважній більшості з них: відносна втрата статевого потягу виявилась характерною для  $84,3 \pm 3,6$  % осіб, відносна втрата сексуального задоволення — для  $94,3 \pm 2,3$  %, еректильна дисфункція — для  $62,9 \pm 4,8$  %, передчасна еякуляція — для  $24,3 \pm 4,3$  %.

Аналіз інконгруентності сексуальної збудливості та задоволення сексуальними стосунками між ПП різних груп надав можливість дійти висновку, що для  $51,4 \pm 5,0$  % ПП групи 1 та  $60,0 \pm 4,9$  % ПП групи 2 була характерною відносна, а для усіх ПП групи 3 — абсолютна неконгруентність оцінки своїх сексуальних стосунків.

За системно-структурним аналізом кількісних характеристик ураження компонентів і складових сексуальної взаємодії встановлено, що серед гетеросексуальних ПП зустрічались такі, що мали гармонійні сексуальні відносини, незважаючи на наявність такого психо- і сексотравмуючого фактора, як інфікування одного з

**Таблиця 2. Розподіл обстежених ПП за станом їх життєдіяльності (%  $\pm$  m)**

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

партнерів ВІЛ, а саме 48,6 % ПП групи 1 і 40 % ПП групи 2. Між тим серед гомосексуальних ПП гармонійних сексуальних відносин не виявлено в жодній.

У інших гетеросексуальних ПП із порушенням сексуальної взаємодії стрижневими в його розвитку виявились ураження соціально-психологічного компоненту сексуальності неінфікованих членів пари та біологічний компонент (за всіма його складовими) у ВІЛ-інфікованих осіб. Серед гомосексуальних ПП стрижневими були ураження психологічного, біологічного (за всіма його складовими), а також соціокультурної складової соціального компоненту. Розлади інших компонентів сексуального здоров'я мали патопластичний вплив на формування деформації сексуальної взаємодії в усіх ПП.

Таким чином, у результаті системно-структурного аналізу в обстежених виявлені різні за механізмом виникнення та клінічними проявами порушення сексуальної реалізації ПП, в яких один із партнерів інфікований ВІЛ. У гетеросексуальних ПП, незалежно від того, чоловік або дружина є інфікованими, в генезі розвитку деформації сексуальної взаємодії провідна деструктивна роль належить викривленню партнерських відносин та соматичним наслідкам інфікування ВІЛ. У гомосексуальних ПП генез сексуальних проблем 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, що виникають за наявності ВІЛ. Крім того, у 44,3 ± 5,0 % гетеросексуальних ПП, в яких один із партнерів інфікований ВІЛ, встановлена відсутність порушень сексуальної реалізації, що свідчить про наявність у них

внутрішньоособистісних 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 лягли в основу при розробці системи медико-психологічного супроводу ПП, в яких один із партнерів інфікований ВІЛ.

## Список літератури

1. ВІЛ-інфекція в Україні / Інформаційний бюлетень. — К., 2012. — № 37. — 82 с.
2. Маркова М.В. Деформація сексуальної взаємодії в генезі порушення життєдіяльності партнерської пари за умови ВІЛ-інфікування одного з партнерів / М.В. Маркова, Р.Т. Габрель // Таврический журнал психиатрии. — 2013. — Т. 17, № 1(62). — С. 99-108.
3. Жабенко Н.Ю. Психічні розлади у пацієнтів, інфікованих ВІЛ (клініка, діагностика, психокорекція): автореф. дис... канд. мед. наук: спец. 14.01.16 «Психіатрія» / Н.Ю. Жабенко. — Харків: ІНПН НАМН України, 2012. — 19 с.
4. Сервецький А.К. Клініко-психопатологічна характеристика адаптаційних розладів ВІЛ-інфікованих пацієнтів: автореф. дис... канд. мед. наук: спец. 14.01.16 «Психіатрія» / А.К. Сервецький — К.: УНДІ ССПН, 2008. — 16 с.
5. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учебное пособие / Под ред. Д.Я. Райгородского. — Самара: Бахрах-М, 2001. — 672 с.
6. Кришталь В.В. Сексология: навч. посіб. в 4 ч. / В.В. Кришталь, Є.В. Кришталь, Т.В. Кришталь. — Харків: Фоліо, 2008. — 990 с.
7. Доморацкий В.А. Медицинская сексология и психотерапия сексуальных расстройств / В.А. Доморацкий. — М.: Академический Проект; Культура, 2009. — 470 с.

Отримано 04.06.13 □

Габрель Р.Т., Маркова М.В.

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Центр профилактики и борьбы со СПИДом Киевской городской клинической больницы № 5

### ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ И СЕКСУАЛЬНОЙ РЕАЛИЗАЦИИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЛИЦ И ИХ ПАРТНЕРОВ В КОНТЕКСТЕ ПСИХОСЕКСУАЛЬНОЙ ОРИЕНТАЦИИ И ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПАРТНЕРСКОЙ ПАРЫ

**Резюме.** На основании обследования 105 партнерских пар с ВИЧ-инфицированным партнером, из которых 70 пар гетеросексуальных и 35 однополых мужских, исследованы особенности психического состояния и сексуальной реализации ВИЧ-инфицированных и их партнеров, найдена взаимосвязь между состоянием психического и сексуального здоровья и успешностью жизнедеятельности таких партнерских пар. Полученные данные легли в основу разработки системы медико-психологического сопровождения партнерской пары, в которой один из партнеров инфицирован ВИЧ.

**Ключевые слова:** ВИЧ, психическое и сексуальное здоровье, партнерская пара.

Gabrel R.T., Markova M.V.

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education

Center for Prevention and Control of AIDS at Kyiv Municipal Clinical Hospital № 5, Kyiv, Ukraine

### FEATURES OF MENTAL STATE AND SEXUAL FULFILMENT OF HIV-INFECTED PERSONS AND THEIR PARTNERS IN THE CONTEXT OF PSYCHOSEXUAL ORIENTATION AND LIFE ACTIVITY OF COUPLE

**Summary.** On the basis of survey of 105 couples with HIV-infected partner, of which 70 couples are heterosexual and 35 — gay male ones, we have investigated the peculiarities of mental and sexual fulfilment of HIV-infected persons and their partners, and found the relationship between the state of mental and sexual health and successfulness of life activity of such couples. These data formed the basis for the development of the system for medical and psychological support of couple in which one partner is infected with HIV.

**Key words:** HIV, mental and sexual health, couple.