

FEATURES OF FAMILY ANXIETY AND MARITAL RELATIONSHIP IN INDIVIDUALS MARRIED TO HIV-INFECTED INJECTING DRUG USERS

V. M. Podolyan

N. I. Pirogov Vinnitsa National medical University, Ukraine

Abstract

The objective: to study the peculiarities of family anxiety and marital relations among persons married to an HIV-infected injection drug user (IDU) in order to understand possible targets for further medical and psychological work with this contingent. **Contingent and methods.** In 2010 - 2017 on the basis of the Vinnitsa Regional Drug Treatment Center "Sociotherapy" a clinical-psychopathological and psychodiagnostic survey of 113 HIV-infected IDUs and their family members was conducted. **Results** On the basis of analysis of the characteristics of family anxiety and the state of marital relationships in families of HIV-infected IDUs, signs of their distortion are established in almost all surveyed. Marital partners of HIV-infected IDUs were characterized by high general family anxiety, due to high indicators for all its components - fault, anxiety and stress. The married relationship of the surveyed was based on a reduced (in most cases) one-component love. The feeling of the majority of the partners of HIV-infected IDUs, as it seemed, was a duty, through which they did not break the relationship with proband, was interpreted by us as a manifestation of the co-dependence of these individuals. **Consequently,** the results of the study indicated that they had family and marital maladaptation as a consequence of co-dependent relationships. The data obtained should be taken into account when planning a medical-psychological support event for this contingent.

Key words: family anxiety, marital relations, triad of love, family members, HIV-infected injecting drug users.

ОСОБЛИВОСТІ СІМЕЙНОЇ ТРИВОГИ І ПОДРУЖНИХ СТОСУНКІВ У ОСІБ, ЩО ПЕРЕБУВАЮТЬ В ШЛЮБІ З ВІЛ-ІНФІКОВАНИМ СПОЖИВАЧЕМ ІН'ЄКЦІЙНИХ НАРКОТИКІВ

В. М. Подолян

**Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова,
e-mail: psyhotip@gmail.com**

Актуальність. За час, що минув з моменту появи інформації про перший клінічно підтверджений випадок СНІДу, ВІЛ/СНІД розповсюдився в усі куточки світу. Ця епідемія сьогодні, як і раніше, наростає 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 зустрічалися хворі із невиліковним синдромом набутого імунодефіциту (СНІД) [1 – 4].

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

Розповсюдженість розладів психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних речовин станом на 01.01.2012 становила 77105 осіб. Із загального числа зареєстрованих 70464 осіб вживали наркотичні речовини ін'єкційним шляхом [1]. Загальновідомим є той факт, що офіційні дані не відображають в повній мірі масштаб епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні, зокрема дійсну кількість осіб, інфікованих ВІЛ [2].

Соціальна ізоляція, маргіналізація і дискримінація, які є наслідком стигматизації по відношенню до ВІЛ-інфікованих пацієнтів, можуть чинити істотний вплив також і на людей, які проживають з ними. Останнім часом спостерігається зростання 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 доведене, 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 стосовно розвитку в них захворювань психічної сфери як психіатричного (насамперед, невротичного), так і наркологічного спектру.

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

Мета роботи – вивчення особливостей сімейної тривоги та подружніх стосунків 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.

Контингент і методи дослідження. В період з 2010 р. 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 знаходились на диспансерному обліку в цієї установі, проходили планове обстеження та лікування, та членів їх родин.

Спочатку було досліджено 113 осіб – ВІЛ- СІН, з них 98 чоловіків (86,7%) і 15 жінок (13,8%). Середній вік обстежених становив $32,4 \pm 2,1$ років. Співвідношення досліджених пробандів – чоловіків (98 осіб) і пробандів – жінок (15 осіб) становить 6,5:1, що відображає популяційне розповсюдження ВІЛ-інфекції і 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 метадоном і 22,1 % пробандів відмовились від неї. Цікаво, що чоловіки були більш схильними до замісної терапії, чим жінки (80,6 % чоловіків проти 60,0% жінок).

Дані про тривалість шлюбу обстежених пробандів представлені 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. Представлені дані свідчать, що в основному 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%). Розподіл цих осіб за віком та статтю осіб представлено в таблиці 2.

Таблиця 2

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

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

З представлених в таблиці 2 даних видно, що усі без виключення особи (100%), які перебувають у шлюбі з ВІЛ-інфікованим СІН, перебували у віковій групі 26-35 років. Середній вік становив $32,1 \pm 2,3$ роки і практично не відрізнявся від середнього віку пробандів.

Характеристика освітнього рівня у чоловіків і жінок, що перебувають у шлюбі з ВІЛ-інфікованим СІН, представлена в таблиці 3.

Таблиця 3

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

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

Подружжя ВІЛ-інфікованих СІН в 94,7% мали середню і середньо-спеціальну освіту, що свідчить про однаковий освітній рівень у шлюбних партнерів.

Для верифікації психологічних особливостей членів родин ВІЛ-інфікованих СІН, нами було сформовано 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 трьох років; тип шлюбу здоровий – здоровий; відсутність ВІЛ/СНІДу будь-кого з членів родини.

Всього була досліджена 91 особа, з них 79 чоловіків (86,8%) і 12 жінок (13,2%). Дані щодо статево-вікового розподілу осіб ГП наведено в таблиці 4.

Таблиця 4

Розподіл за віком і статтю осіб ГП

Стать	Вікові групи (в роках)					
	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
Всього (n=91)	63	68,2	24	26,4	5	5,4

Як видно з таблиці 4, 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. Дані про рівень освіти осіб ГП представлені в таблиці 5.

Таблиця 5

Характеристика рівня освіти осіб ГП

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

Представлені дані освітнього рівня чоловіків і жінок свідчать, що в основному це особи з середньою і середньо-спеціальною освітою (97,8%), що відповідало освітньому рівню осіб, що перебували у шлюбі з пробандом ВІЛ-інфікованим СІН. В таблиці 6 представлена інформація щодо тривалості шлюбу осіб ГП.

Тривалість шлюбу в осіб ГП

Дослідження	Тривалість шлюбу (в роках)					
	3-3,5 роки		3,5-5 років		більше 5-ти 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	-	-
Всього (n=91)	41	45,0	40	44,0	10	11,0

Представлені дані свідчать, що практично 89,0% осіб з ГП перебували у шлюбі від 3 до 5 років. Розподіл за тривалістю шлюбу практично не відрізнявся від основної групи.

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

Результати дослідження розладів психіки та поведінки у осіб, що перебувають у шлюбі з ВІЛ-інфікованим СІН представлені в таблиці 7.

Таблиця 7

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

№ п/п	Розлади психіки та поведінки	Жінки (n=98)		Чоловіки (n=15)		Всього (n=113)	
		Абс.ч.	%	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%
1	F 10.2 Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю	9	9,2	2	13,3	11	9,7
2	F 11.2 Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання опіюїдів	12	12,2	5	33,3	17	15,0
3	F 32.0 Депресивний епізод	16	16,3	-	-	16	14,1
4	F 33.0 Рекурентний депресивний розлад	32	32,6	7	46,7	39	34,5
5	F 45.0 Соматоформний розлад	15	15,3	-	-	15	13,3
6	F 60.4 Істеричний розлад особистості	33	33,7	4	26,7	37	32,7
7	Без психічних розладів	-	-	-	-	-	-

Аналіз даних цієї таблиці свідчить що, психічні та поведінкові розлади спостерігались у всіх обстежених осіб. У 98 жінок – шлюбних партнерів ВІЛ-інфікованих СІН переважали психічні розлади (97,9%), а наркологічні захворювання спостерігалися лише у 21,4% осіб. Як видно з таблиці, що загальна кількість випадків захворювань перевищує загальну кількість хворих, тобто у одного хворого могло спостерігатися 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 у осіб, які перебувають в 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 розповсюдженість психічних та поведінкових розладів у шлюбних партнерів ВІЛ-інфікованих СІН за провідним діагнозом.

Таблиця 8

Характеристика провідних діагнозів у шлюбних партнерів ВІЛ-інфікованих СІН

№ п/п	Психічні і поведінкові розлади	Жінки (n=98)		Чоловіки (n=15)		Всього (n=113)	
		Абс.ч.	%	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%
1	F 10.2 Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю.	4	4,1	2	13,3	6	5,4
2	F 11.2 Розлади психіки та поведінки вживання опіюїдів	10	10,2	4	26,7	14	12,4
3	F 32 Депресивний епізод	16	16,3	-	-	16	14,1
4	F 33 Рекурентний депресивний розлад	27	27,6	7	46,7	34	30,1
5	F 45.0 Соматоформний розлад	15	15,3	-	-	15	13,3
6	F 60.4 Істеричний розлад особистості	26	26,5	2	13,3	28	24,7
7	Без психічних розладів	-	-	-	-	-	-

Із представлених вище таблиць видно, що у тільки у жінок, які перебувають в шлюбі з ВІЛ-інфікованим СІН, спостерігаються у вигляді монодіагнозу депресивний епізод (16,3%) та соматоформний (15,3%) розлад. Рекурентний депресивний розлад у

якості провідного діагнозу відмічено у 27,6% жінок і у 46,7% чоловіків, причому у останніх у вигляді монодіагнозу. Виходячи з даних анамнезу, у більшій половині (57,5%) шлюбних партнерів ВІЛ-інфікованих СІН можна констатувати психогенне походження цих розладів. Істеричний розлад особистості спостерігався у 24,7% осіб, що вивчалися. Психічні і поведінкові розлади внаслідок вживання ПАР виявлялися у 17,8% шлюбних партнерів ВІЛ-інфікованих СІН. Таким чином, 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. В наступній таблиці 9 наведені дані щодо випадків, коли мав місце подвійний діагноз.

Таблиця 9

Характеристика коморбідності патології у осіб, що перебувають у шлюбі з ВІЛ-інфікованим СІН

№ п/п	Психічні і поведінкові розлади	Жінки (n=98)		Чоловіки (n=15)		Всього (n=113)	
		Абс.ч.	%	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%
1	F 10.2 Розлади психіки та поведінки в наслідок вживання алкоголю	5	5,1	-	-	5	4,4
2	F11.2 Розлади психіки та поведінки в наслідок вживання опіоїдів	2	2,0	1	6,7	3	2,6
3	F 32 Депресивний епізод	-	-	-	-	-	-
4	F 33 Рекурентний депресивний епізод	5	5,1	-	-	5	4,4
5	F 45.0 Соматоформний розлад	-	-	-	-	-	-
6	F 60.4 Істеричний розлад особистості	7	7,1	2	13,3	9	8,0
7	Без психічних розладів	-	-	-	-	-	-

Представлені в таблиці 9 дані свідчать, що незалежно від статі шлюбного партнера, майже у п'ятої частини (19,4 %) осіб мало місце співіснування з психічних і наркологічних захворювань. У жінок – шлюбних партнерів ВІЛ-інфікованих СІН це обтяження здійснювалось переважно за рахунок істеричного розладу особистості, рекурентного депресивного епізоду і розладів психіки та поведінки в наслідок вживання алкоголю і опіоїдів, а у чоловіків – шлюбних партнерів – тільки за істеричного розладу особистості і зловживання опіоїдами. Слід зауважити, що

коморбідність патології в рівній мірі спостерігалась серед жінок (19,3%) і чоловіків (20,0%).

Методичну базу дослідження склали наступні інструменти [9]. Оцінку вираженості емоційних переживань у родині ВІЛ-інфікованого СІН, використано опитувальник «Аналіз сімейної тривоги» (АСТ) (Э.Г. Эйдемиллер, В. Юстицкис, 1999). Стан подружніх стосунків оцінювали за опитувальником тріади кохання Р. Стернберга (1986).

Результати дослідження

Треба зазначити, що поняття «сімейної тривоги» у нашому дослідженні розглядається з позиції Е.Г. Ейдемиллера (1999). Маркерами даної тривоги є наявність сумнівів, страхів, побоювань, що стосуються, перш за все, сім'ї – здоров'я її членів, їх пізніх повернень, сутичок і конфліктів. Важливим є те, що дана тривога не поширюється на в несімейні сфери – професійну діяльність, сусідські відносини і т. ін. В фундаменті «сімейної тривоги» лежить неусвідомлювана невпевненість партнера в важливих аспектах сімейного життя (невпевненість у почуттях, в собі і т.ін.). Почасту хвилювання, що суперечать уявленням про себе, витісняються й призводять до сімейної тривоги.

Результати дослідження «сімейної тривоги» відображено у її розподілі у досліджуваних групах шлюбних партнерів (табл. 10).

Виявлені показники у ОГ та ГП трактовані нами, як сформовані психопатологічні симптоми (показник вище 14 балів). Враховуючи вищевикладений розподіл показників за структурою, досліджено рівень загальної сімейної тривожності у досліджених групах шлюбних партнерів (рис. 1).

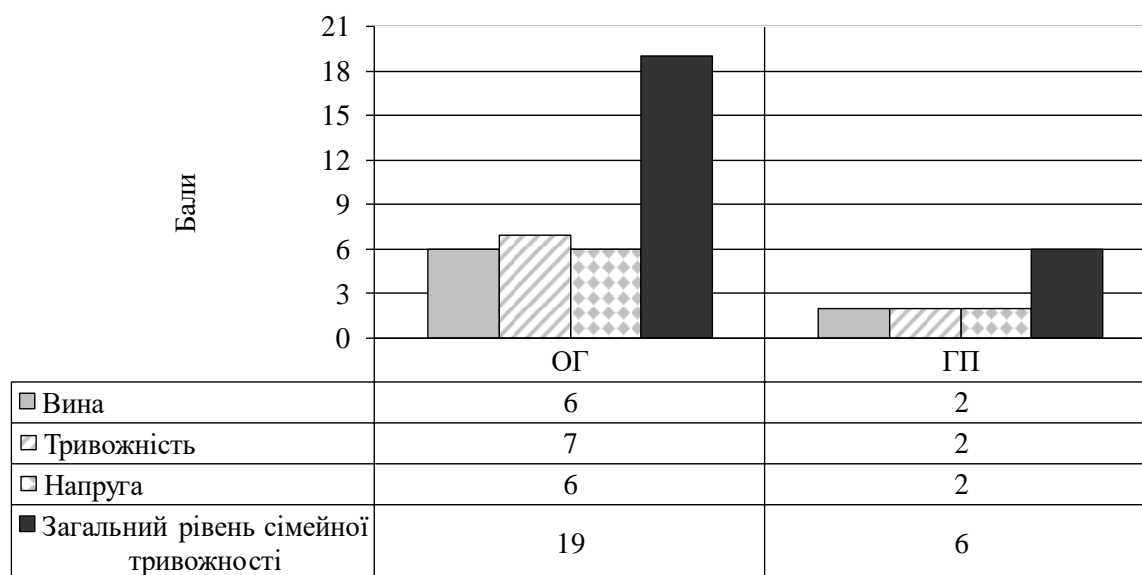
Середній бал за субшкалою «В – вина» у досліджених ОГ склав 6 балів, що свідчило про те, що їм було властиво неадекватне відчуття відповідальності за все негативне, що відбувається в родині. На відміну від них, серед осіб ГП середній бал за даною субшкалою склав 2 бала, й подібних явищ у них не спостерігалось.

У осіб ОГ середній бал за субшкалою «Н – напруга» становив 7 балів; їм було властивовідчуття, що виконання сімейних обов'язків є непосильним для них завданням (у ГП – 2 бала, таких явищ не спостерігалось).

Середній бал за субшкалою «Т – тривожність» удосліджених ОГ був 6 балів; їм було властиве відчуття, що ситуація в родині не залежить від їх власних зусиль (у осіб ГП – 2 бала, таких явищ не спостерігалось).

Розподіл показників сімейної тривоги у досліджуваних групах шлюбних партнерів(опитувальник АСТ)

Субшкали / відповідь	Основна група (n=113)			Група порівняння (n=91)		
	N	%	±m	N	%	±m
В – вина (родинна вина членів родини):						
Так	40	35,4	4,8	–	–	–
Ні	36	31,9	4,7	86	94,5	2,3
Не знаю (?)	37	32,7	4,7	5	5,5	2,3
Всього	113	100,0		91	100	
Т – тривожність (родинна тривожність членів родини):						
Так	85	75,2	4,3	–	–	–
Ні	25	22,1	4,2	84	92,3	2,7
Не знаю (?)	3	2,7	1,6	7	7,7	2,7
Всього	113	100,0		91	100	
Н – напруга (родинна напруга членів родини):						
Так	84	74,3	4,4	–	–	–
Ні	5	4,4	2,1	89	97,8	1,5
Не знаю (?)	24	21,2	4,1	2	2,2	1,5
Всього	113	100,0		91	100	



Середній бал

Рис. 1. Розподіл тривожності у досліджених групах шлюбних партнерів (опитувальник АСТ)

Загальний рівень сімейної тривоги у досліджених партнерів ВІЛ-інфікованих СІН, склав ОГ – 19 балів, у ГП – 6 балів. Отже, шлюбні партнери з «сімейно-обумовленої тривоги», до яких відносяться ВІЛ-інфіковані СІН, не відчують себе значимою дійовою особою у сім'ї (незважаючи на можливу активну роль у родині). Зазначимо, що високий рівень сімейної тривоги як загальний, так і за її окремими компонентами, обґрунтовано нами як важлива мішень психокорекції щодо втручання у відчуття нездатності та безпорадності у перебіг подій у шлюбному партнерстві, з метою їх спрямування у «не тривожне русло».

Наступним етапом оцінювали стан подружніх стосунків, що робилось на основі вивчення стану компонентів любові: емоційного (інтимність), мотиваційного (пристрасть) та когнітивного (обов'язок).

Відомо, що близькість між людьми у широкому розумінні даного поняття складається з надання та отримання емоційної підтримки один одному, а також інших видів поведінки, що створюють теплоту в любовних відносинах. До них відносяться відверте і чесне спілкування, здатність ділитися горем і радістю, щастя, випробовуване від спілкування один з одним, і вміння дорожити коханою людиною. Спираючись на вищезгадане, Роберт Стернберг розробив трикомпонентну теорію любові (тріаду), зобразивши її у вигляді трикутника. З цієї теорії любов складається з трьох частин: близькості, пристрасті і компонента, названого «рішення / зобов'язання», тобто, здатності до відповідальності за близьку людину.

В цілому, Р. Стернберг відокремлює вісім поєднань різних компонентів любові. Кожне з цих поєднань породжує любовні переживання різного виду.

1. Відсутність любові – відсутність всіх трьох її компонентів.

2. Симпатія – якщо у відносинах присутній тільки компонент «інтимність», а компоненти «пристрасть» й «рішення/обов'язки» відсутні. Під симпатією розуміється комплекс почуттів, які долаються людиною у відносинах, які дійсно можна назвати дружніми. Людина відчуває близькість, прихильність і теплоту по відношенню до іншої людини, не відчуваючи сильної пристрасті і не маючи довгострокових зобов'язань. Людина відчуває емоційну близькість до свого друга, але друг не «збуджує» його.

3. Пристрасна любов – це «любов з першого погляду». Пристрасна любов, або попросту пристрасть, характеризується переживанням пристрасного порушення в відсутність компонентів «інтимність» й «рішення / зобов'язання». Пристрасть може виникати майже миттєво і за відповідних обставин так само швидко проходити.

4. Формальна (придуманна) любов. Любов цього виду виникає в результаті ухвалення рішення про те, що людина любить іншого і відданий цій любові (відсутність як інтимності, так і пристрасті). Любов цього виду можна іноді виявити в застійних відносинах, які тривають багато років і за цей час втратили як взаємну емоційну залученість, так і фізичний потяг, які колись були для них характерні.

5. Романтична любов – присутні компоненти інтимності і пристрасті. По суті, це приязнь з додаванням ще одного елемента, а саме - порушення, виникає за рахунок фізичного потягу і супутніх йому факторів. З цієї точки зору романтичні коханці відчують не тільки фізичний потяг один до одного, але також емоційну прихильність.

6. Дружня любов – виникає при наявності сполучення компонентів «інтимність» й «рішення/обов'язки». По суті, це тривала, віддана дружба, яка часто виникає між подружжям після того, як фізичний потяг (головне джерело пристрасті) поступово згасає.

7. Фатальна (сліпа) любов – характерно поєднання компонентів «пристрасть» й «рішення / зобов'язання» та відсутність інтимності. Така любов легковажна в тому сенсі, що зобов'язання приймаються під впливом однієї пристрасті, за відсутності стабілізуючого елемента інтимності. Хоча компонент пристрасті може розвинутися майже миттєво, розвиток компонента інтимності вимагає якогось часу, і тому існує ризик розриву відносин, заснованих на фатальне кохання, а в разі поспішних шлюбів - ризик розлучення.

8. Досконала любов. Досконала любов включає в себе всі три компоненти. Досягнення досконалої любові ще не дає гарантії, що ця любов буде тривалою. Формування та збереження вищої любові залежить від відносин і від ситуації, в якій ця любов розвивається і зберігається.

Оцінка подружніх стосунків, яка здійснювалась, базуючись на результатах аналізу кохання між подружжями, довело суттєву різницю між партнерами ОГ і ГП ($p \leq 0,05$) (табл. 11). У подружжів ОГ мали місце порушення інтенсивності та рівноваги любовних взаємовідносин та їх дисконгруентність. Для 61,0% пар ОГ була характерна наявність одного з компонентів любові: когнітивного (обов'язок) – у 38,9%, емоційного (інтимність) – у 16,8% або мотиваційного (пристрасть) – у 5,3% пар. Іншим була притаманна наявність двокомпонентної структури любовних відношень: дружні стосунки були характерні для 23,0%, рокові – для 14,2%, романтичні – зустрічались у 1,8% пар. На відміну від них, у третини подружжів ГП, стосунки базувались на повній (трикомпонентній) досконалій формі любові (30,8%), для переважної більшості інших

була характерна двокомпонентна дружня (35,2%), романтична (13,2%) або рокова форми любові (7,7%).

Таблиця 11

Структурний розподіл компонентів любові у обстежених III

Вид любові / Групи	ОГ (n=113)			ГП (n=91)		
	N	%	±m	N	%	±m
Тотальна відсутність	-			-		
Приязнь (Е)	19	16,8	3,7	6	6,5	2,5
Пристрасна (М)	6	5,3	2,2	-		
Формальна (К)	44	38,9	4,4	6	6,5	2,5
Романтична (ЕМ)	2	1,8	1,3	12	13,2	3,4
Дружня (ЕК)	26	23,0	4,2	32	35,2	4,8
Рокова (МК)	16	14,2	3,5	7	7,7	2,7
Досконала (ЕМК)	-			28	30,8	4,6

Примітка. Е – емоційний компонент любові (інтимність), М – мотиваційний компонент любові (пристрасність), К – когнітивний компонент любові (обов’язок), - - відсутність жодного компоненту любові.

На основі аналізу особливостей сімейної тривоги і стану подружніх стосунків в родинях ВІЛ-інфікованих СІН, ознаки їх викривлення встановлені практично у всіх обстежених. Шлюбні партнери ВІЛ-інфікованих СІН характеризувались високою загальною сімейною тривогою, за рахунок високих показників за усіма її компонентами – вини, тривожності й напруги. Подружні стосунки обстежених базувались на редукованому (в більшості випадків) однокомпонентному коханні. Притаманне більшості з партнерів ВІЛ-інфікованих СІН відчуття, як їх здавалось, обов’язку, через яке вони не розривали стосунки з пробандами, трактувалось нами як прояв співзалежності цих осіб. Отже, результати дослідження свідчили про наявність у них сімейної й подружньої дезадаптації, як наслідку співзалежних відносин.

Отримані дані повинні бути враховані про плануванні заході медико-психологічної підтримки даного контингенту.

Література

1. ВІЛ-інфекція в Україні/Інформаційний бюлетень, № 37. – Київ, 2012. – 82 с.

2. Концепція Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014 – 2018 роки [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua>

3. Пріб Г. А. Комплексна профілактика ВІЛ-інфекції серед наркозалежних та економічна ефективність підтримуючої терапії агоністами опіоїдів / Г. А. Пріб, С. В. Дворяк // Журнал психіатрії та медичної психології. – 2013. – № 1 (32). – С. 43 – 47.

4. Пріб Г. А. ВІЛ-інфіковані наркозалежні пацієнти, як група з особливими потребами в умовах епідемії ВІЛ/СНІД в Україні / Г. А. Пріб, С. В. Дворяк // Архів психіатрії. – 2013. – Т. 19, № 4 (75). – С. 242

5. Маркова М. В. Особливості психічного стану та сексуальної реалізації ВІЛ-інфікованих осіб і їх партнерів в контексті їх психосексуальної орієнтації та життєдіяльності партнерської пари / М. В. Маркова, Р. Т. Габрель // Міжнародний 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 / Р. Т. Габрель // Архів психіатрії. – 2013. – № 2. – С. 116 – 128.

7. Маркова М. В. Напруженість аддиктивного статусу і порушення психоемоційного стану в генезі дезадаптації дружин чоловіків, хворих на алкогольну залежність / М. В. Маркова, В. В. Ярій// Український вісник психоневрології. – 2016. – Т. 24, вип. 2 (87). – С. 107 – 112.

8. Маркова М. В. Родинна дезадаптивна співзалежність у дружин чоловіків, хворих на алкогольну залежність: аналіз складових, типів і взаємозв'язків / М. В. Маркова, В. В. Ярій// Science of Europe (Czech Republic). – 2016. – vol. 2, # 5 (5). – Р. 28 – 40.

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

References:

1. HIV-infectious diseases in Ukraine / Information bulletin, № 37 - Kyiv, 2012. - 82 p.

2. The Concept of the National Targeted Social Program for HIV / AIDS Response for 2014-2018 [Electronic Resource] - Access Mode: <http://www.moz.gov.ua>

3. Priba G. A. Comprehensive prophylaxis of HIV infection among drug addicts and the economic effectiveness of supportive therapy with opioid agonists / G. A. Pryb, S. V. Dvoryak // *Journal of Psychiatry and Medical Psychology*. - 2013. - No. 1 (32). - P. 43 - 47.
4. Priba G. A. HIV-infected drug addicted patients as a group with special needs in the context of the HIV / AIDS epidemic in Ukraine / G. A. Pryb, S. V. Dvoryak // *Archive of psychiatry*. - 2013. - Vol. 19, No. 4 (75). - P. 242
5. Markova MV Features of the mental state and sexual realization of HIV-infected persons and their partners in the context of their psychosexual orientation and life partnerships / M.V. Markov, R.T. Gabrel // *International Neurological Magazine*. - 2013. - No. 6 (60). - P. 147 - 151.
6. Gabrel R. T. The state of mental health of HIV-infected individuals and their partners, depending on the level of violations of the life of the partner couple / R. T. Gabrel // *Archive of psychiatry*. - 2013. - № 2. - P. 116 - 128.
7. Markova MV Volatility of addictive status and violation of the psychoemotional state in the genesis of maladaptation of males and females with alcohol dependence / MV Markov, V. V. Yary // *Ukrainian Bulletin of Psychoneurology*. - 2016. - Vol. 24, no. 2 (87). - P. 107 - 112.
8. Markova MV Family-dependent dezadaptive co-dependence among wives of men with alcohol dependence: analysis of components, types and interconnections / MV Markov, V.V. Yary // *Science of Europe (Czech Republic)*. - 2016 - vol. 2, # 5 (5). - P. 28 - 40.
9. Practical psychodiagnostics. Methods and tests. Textbook / Ed. D. Ya. Reygorodsky. - Samara: "Bahraha-M", 2001. - 672 p.