



## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СЕКСУАЛЬНОСТИ У ВИЧ-ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ ЛИЦ С НАЛИЧИЕМ И ОТСУТСТВИЕМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

© Д.В. Антонова<sup>1,2</sup>, В.В. Бочаров<sup>3,1,4</sup>, Н.С. Хрусталева<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург;

<sup>2</sup> Санкт-Петербургский благотворительный фонд «Гуманитарное действие», Санкт-Петербург;

<sup>3</sup> Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург;

<sup>4</sup> Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург

*Для цитирования:* Антонова Д.В., Бочаров В.В., Хрусталева Н.С. Психологические особенности сексуальности у ВИЧ-положительных лиц с наличием и отсутствием зависимости от психоактивных веществ // Педиатр. – 2020. – Т. 11. – № 1. – С. 91–101. <https://doi.org/10.17816/PED11191-101>

Поступила: 17.12.2019

Одобрена: 20.01.2020

Принята к печати: 17.02.2020

Исследовались психологические особенности сексуальности у ВИЧ-положительных лиц с зависимостью и без зависимости от психоактивных веществ как фактор, способствующий росту эпидемии ВИЧ-инфекции. Было обследовано 136 респондентов (2 группы по 50 человек с разными путями заражения ВИЧ-инфекцией: гемоконтактным и гетеросексуальным; 36 ВИЧ-отрицательных респондентов).

Были использованы следующие методики исследования: специально разработанная клиническая карта, авторская оригинальная анкета «Риск заражения и ситуации болезни» (регистрирует основные характеристики жизненной ситуации болезни), тест незаконченных предложений Сакса – Леви, Фрайбургский личностный опросник, Я-структурный тест Аммона.

Методы обработки данных представлены критерием Фишера (угловое преобразование Фишера), ANOVA, контент-анализом. Выявлены нарушения в сексуальной сфере, связанные с полом и наличием ВИЧ-инфекции. Установлено наличие различий между группами ВИЧ-положительных лиц с зависимостью и без зависимости от психоактивных веществ по частоте сокрытия ВИЧ-статуса и наличия деструктивной сексуальности. Установлено наличие различий между ВИЧ-положительными и ВИЧ-отрицательными респондентами по выраженности нерелистичности мышления в отношении лиц противоположного пола. Во всех группах респондентов отмечалась частая встречаемость негативной эмоциональной окрашенности отношения к лицам противоположного пола и положительной эмоциональной окрашенности сексуальных отношений.

Результаты исследования формируют необходимость проведения своевременных профилактических мероприятий во всех группах населения и психокоррекционных мероприятий среди ВИЧ-положительных лиц, что позволит предотвратить увеличение количества ВИЧ-положительных детей и подростков. Психологические особенности сексуальности у ВИЧ-положительных лиц на российской выборке исследованы впервые. Результаты находят частичное подтверждение в зарубежной литературе.

**Ключевые слова:** ВИЧ-инфекция; психологические особенности сексуальности; гетеросексуальный путь заражения; гемоконтактный путь заражения.

## PSYCHOLOGICAL SEXUALITY FEATURES IN PEOPLE LIVING WITH HIV WITH THE PRESENCE AND THE LACK OF SUBSTANCE USE

© D.V. Antonova<sup>1,2</sup>, V.V. Bocharov<sup>3,1,4</sup>, N.S. Chrustaleva<sup>1</sup>

<sup>1</sup> St. Petersburg State University, Saint Petersburg, Russia;

<sup>2</sup> Humanitarian Action Foundation, Saint Petersburg, Russia;

<sup>3</sup> St. Petersburg State Pediatric Medical University, Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Russia;

<sup>4</sup> V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology, Saint Petersburg, Russia

*For citation:* Antonova DV, Bocharov VV, Chrustaleva NS. Psychological sexuality features in people living with HIV with the presence and the lack of substance use. *Pediatrician (St. Petersburg)*. 2020;11(1):91-101. <https://doi.org/10.17816/PED11191-101>

Received: 17.12.2019

Revised: 20.01.2020

Accepted: 17.02.2020

Psychological sexuality features in people living with HIV with and without substance use as a determinant of the HIV epidemic growth were explored. The study involved 136 respondents (2 groups of 50 people with different infection routes: blood-borne infection route and heterosexual transmission; 36 individuals without HIV). The following research methods were used: a specially developed clinical map, an original author's questionnaire « Infection risk and the disease situation» (allows to register the main characteristics of the life situation of the disease), the incomplete sentences test of Sachs – Levy, Freiburg Personality Inventory, I-structure Ammon test. Data processing included the Fisher criterion (Fisher angular transformation), ANOVA, content analysis. Significant negative effects in sexual sphere related to gender and the presence of HIV were revealed in the study. It has been established that people living with HIV with and without substance use differ in the frequency of concealment of HIV status and the presence of destructive type of sexuality. It has been established that people living with HIV and healthy respondents differ in the frequency of unrealistic way of thinking regarding opposite sex. A frequent occurrence of negatively colored attitude towards opposite sex and positively colored attitude towards sexual relations was noted in all groups. The results of the study determine the need for timely preventive measures in all population groups and psychocorrectional measures among people living with HIV, which will allow to prevent an increase in the number of children and adolescents with HIV. Psychological sexuality features in people living with HIV in the Russian sample were studied for the first time. The results are partially confirmed in foreign literature.

**Keywords:** HIV; psychological sexuality features; heterosexual transmission; blood-borne infection route.

Одной из наиболее быстро растущих в мире эпидемий ВИЧ-инфекции (далее ВИЧ) является эпидемия ВИЧ в России [23]. По уровню заболеваемости Россия занимает первое место среди Европейских стран [15, 23, 30]. ВИЧ-положительные лица составляют 1,8 % населения страны, эпидемия имеет массовый характер, патологический процесс заболевания ВИЧ-инфекцией является причиной 1 % смертельных исходов от всех заболеваний [3, 8, 10]. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, на 2018 г. в России зарегистрировано 1,2 млн случаев инфицирования ВИЧ, ежегодно в России заболевают ВИЧ около 100 тыс. человек [30, 31]. Рост заболеваемости связан с повышением смертности ВИЧ-положительных лиц, в том числе женщин детородного возраста и детей [8, 30].

В настоящее время наблюдаются существенные изменения в соотношении путей передачи ВИЧ. Согласно данным литературы, гетеросексуальный путь передачи ВИЧ является преобладающим путем заражения [11, 13]. Во многих зарубежных странах подобная ситуация наблюдается достаточно давно — с 2004 г. [29, 30]. В России в 2018 г. на гетеросексуальный путь передачи приходилось 59 %

всех впервые выявленных случаев заражения [30]. Подобные изменения в соотношении путей передачи ВИЧ влекут существенное расширение группы риска, в которую входит все сексуально активное население [25]. Следовательно, в группу риска, в том числе, входят лица подросткового возраста, которым свойственна гиперсексуальность [12]. Также в настоящее время наблюдается рост числа наркологических заболеваний среди лиц подросткового возраста, которые связаны с высокой вероятностью заражения ВИЧ [1, 12]. Следует отметить, что согласно зарубежной литературе, в настоящее время новые случаи инфицирования выявляются в основном среди лиц женского пола, имеющих одного стабильного партнера в течение длительного времени и не имеющих явных рисков заражения [22, 24, 25]. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, в России в 2018 г. на вертикальный путь передачи ВИЧ (от матери — плоду) приходилось 0,5 % всех впервые выявленных случаев заражения [30]. Тем не менее авторы считают, что изменения в соотношении путей передачи ВИЧ могут повлечь за собой увеличение количества детей с положительным ВИЧ-статусом. Это может быть обусловлено тем, что лица жен-

ского пола, имеющие одного партнера в течение длительного времени, достаточно часто не относят себя к группе риска по отношению к ВИЧ, не проходят регулярное тестирование на ВИЧ и узнают о положительном ВИЧ-статусе на поздних стадиях заболевания или на поздних сроках беременности [12, 17, 21].

Следует отметить, что «традиционные» группы риска по отношению к ВИЧ сохраняют свое ключевое значение в эпидемиологическом процессе за счет того факта, что посредством гетеросексуального пути передачи заболевание «выходит» из групп риска [21, 32]. Соответственно, профилактическую работу необходимо проводить не только среди лиц с гетеросексуальной ориентацией. К «традиционным» группам риска относятся лица, пребывающие в местах лишения свободы, имеющие опыт употребления наркотических веществ инъекционным путем, опыт вовлечения в занятие проституцией, лица мужского пола с бисексуальной и гомосексуальной ориентацией [21, 32].

Согласно мнению авторов, рост эпидемии ВИЧ и выход на первый план гетеросексуального пути передачи в большой степени могут быть обусловлены психологическими особенностями сексуальности ВИЧ-положительных лиц. Определение понятия «психологические особенности сексуальности» отсутствовало в доступной литературе. Это обусловило необходимость попытки создания авторами собственного определения данного понятия. В его основе лежит психосоциальная модель сексуальности. Эта модель, по мнению авторов, наиболее полно отражает многомерное понятие «сексуальность», одним из аспектов которого выступает психологический аспект [9]. Определение понятия «психологические особенности сексуальности» звучит следующим образом: психологические особенности сексуальности отражают то, каким образом сексуальная сфера с ее многочисленными аспектами представлена в психике человека, а также то, каким образом психологические особенности индивида влияют на сексуальную сферу. Иначе говоря, отражение описанного двустороннего процесса определяло понимание психологических особенностей сексуальности в данной статье.

Психологические особенности сексуальности связаны с распространенностью рискованного сексуального поведения. Следует отметить, что к этим особенностям относится и сокрытие положительного ВИЧ-статуса от сексуального партнера, которое может повлечь за собой передачу ВИЧ партнеру [18, 19].

Распространение ВИЧ, в том числе, связано со следующими факторами: отсутствие эффективной

системы превенции ВИЧ, частая встречаемость рискованного сексуального поведения среди лиц подросткового и юношеского возрастов и мифологических представлений о ВИЧ, низкий уровень информированности о заболевании, половая неграмотность населения [10].

В свете обозначенных фактов исследование психологических особенностей сексуальности становится важным во всех исследуемых группах. Изучение данных особенностей как у ВИЧ-положительных, так и у ВИЧ-отрицательных лиц представляется актуальным и с научной, и с практической точки зрения. Во время поиска литературы публикации российских ученых, посвященные теме исследования, не встречались. В доступных публикациях описывались факторы риска передачи ВИЧ, особенности рискованного сексуального поведения, психологические особенности потребителей наркотиков, стигматизация и самостигматизация ВИЧ-положительных лиц [4–6, 12]. С практической точки зрения изучение психологических особенностей сексуальности в обозначенных группах позволит конструировать адекватные психокоррекционные программы для ВИЧ-положительных лиц, программы вторичной профилактики ВИЧ и первичной профилактики других социально значимых заболеваний у ВИЧ-положительных лиц. Следовательно, это позволит предотвратить увеличение количества ВИЧ-положительных детей и подростков.

*Целью исследования* являлось выявление психологических особенностей сексуальности у ВИЧ-положительных лиц с зависимостью и без зависимости от психоактивных веществ. В том числе психологические особенности сексуальности были изучены в группе здоровых респондентов.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось в Санкт-Петербурге на базе двух медицинских учреждений: Санкт-Петербургской городской наркологической больницы и стационара Санкт-Петербургского центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями. Клинико-психологический этап исследования осуществлялся в период с января по май 2019 г.

Все респонденты ознакомились с условиями исследования и подписали информированное согласие. Исследование получило одобрение Этического комитета Санкт-Петербургского государственного университета.

Была выдвинута следующая гипотеза: дефицитарный тип сексуальности более характерен для лиц с положительным ВИЧ-статусом, при этом деструктивный тип сексуальности более характерен

для ВИЧ-положительных лиц, имеющих опыт употребления инъекционных наркотиков.

Было обследовано 136 респондентов в возрасте от 22 до 65 лет,  $M = 37,13 \pm 7,89$ , 35,3 % мужчин, 64,7 % женщин. Респонденты были разделены на 3 группы: 2 основные и 1 контрольную группу. Респонденты основных групп являлись ВИЧ-положительными лицами и были разделены на группы по путям заражения ВИЧ.

В группу 1 ( $n = 50$ ) вошли респонденты с гемоконтактным путем заражения (имеющие опыт употребления наркотиков инъекционным путем). Респонденты были в возрасте от 22 до 59 лет,  $M = 38,26 \pm 5,79$ , 36 % мужчин и 64 % женщин. На момент обследования они находились на 2-м отделении реабилитации Санкт-Петербургской городской наркологической больницы и в стационаре Санкт-Петербургского центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями. Критериями включения в данную группу выступали наличие положительного ВИЧ-статуса, опыта употребления инъекционных наркотиков, подтвержденной ремиссии длительностью более 1 месяца.

В группу 2 ( $n = 50$ ) вошли респонденты с гетеросексуальным путем заражения (не имеющие опыт употребления наркотиков инъекционным путем). Респонденты были в возрасте от 29 до 65 лет,  $M = 40,64 \pm 8,74$ , 38 % мужчин и 62 % женщин. На момент обследования они находились в стационаре Санкт-Петербургского центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями. Критериями включения в данную группу выступали наличие положительного ВИЧ-статуса, отсутствие опыта употребления инъекционных наркотиков.

В группу нормативного контроля ( $n = 36$ ) вошли ВИЧ-отрицательные респонденты в возрасте от 25 до 45 лет,  $M = 30,69 \pm 4,76$ , 30,6 % мужчин и 69,4 % женщин. Обследование здоровых респондентов производилось на факультете психологии Санкт-Петербургского государственного университета, куда приглашались лица, желающие принять участие в исследовании. Наличие ВИЧ-отрицательного статуса определялось на основе добровольного сообщения респондента. Критериями включения в данную группу выступали наличие отрицательного ВИЧ-статуса, отсутствие других венерических заболеваний и опыта употребления наркотиков инъекционным путем.

Критериями невключения в исследование выступали возраст до 18 лет, наличие грубых интеллектуальных или психических расстройств в анамнезе или на момент обследования, тяжелых

соматических патологий в стадии обострения, для мужчин — наличие гомо- и бисексуальной ориентации (регистрировалась на основе самоотчета респондента).

Набор респондентов производился сплошным методом, то есть были обследованы все ВИЧ-положительные лица, которые желали принять участие в исследовании и соответствовали критериям включения в него. Выборка исследования является гомогенной по полу, возрасту и семейному положению.

В исследовании были использованы различные методики.

1. Применялась специально разработанная клиническая карта для сбора анамнеза респондентов. Ее заполнение осуществлялось совместно с психиатром-наркологом и клиническими психологами. На основании полученных данных производилось разделение респондентов основных групп, определялось соответствие респондентов критериям включения в исследование и осуществлялось сопоставление данных карты с самоотчетом респондента. Иначе говоря, объективные данные о респонденте собирались на основе клинической карты. Карта позволяла регистрировать следующие характеристики: наличие заболевания ВИЧ-инфекция, иммунный статус, вирусная нагрузка, опыт приема антиретровирусной терапии, степень приверженности лечению (перерывы в приеме медикаментов, их количество, общая длительность), опыт употребления наркотиков инъекционным путем, его сроки, отсутствие наркотических веществ в организме на момент проведения обследования, сроки ремиссии, отсутствие интеллектуальных или психических расстройств в анамнезе или на момент обследования, тяжелых соматических патологий в стадии обострения.

2. Применялась авторская оригинальная анкета «Риск заражения и ситуация болезни» (аналоги отсутствуют в доступной литературе). На основе анкеты собирались данные самоотчета респондента, и осуществлялось их сопоставление с данными клинической карты. Апробация производилась на 50 потребителях инъекционных наркотиков, которые не были в состоянии ремиссии (возраст от 19 до 52 лет,  $M = 35,1 \pm 6,74$ , 42 % мужчин и 58 % женщин). Анкета позволяет регистрировать социально-демографические характеристики респондентов, опыт рискованного поведения в отношении заражения ВИЧ (опыт употребления инъекционных наркотиков, особенности сексуального поведения), характеристики жизненной ситуации болезни. Анкета была создана на основе ситуационного подхода, разрабатываемого

в отечественной психологии [2]. Под ситуацией болезни понималось комплексное видение ее контекста. Анализу подвергались следующие характеристики: самообвинение в вопросе заражения, сокрытие ВИЧ-статуса и степень легкости его раскрытия, знание ВИЧ-статуса последнего партнера и источник этого знания, мотивы неиспользования барьерных методов защиты (презервативов).

В исследовании, в том числе, применялись методики, широко представленные в литературе.

3. Тест незаконченных предложений Сакса–Леви (Sack's sentence completion test, SSCT). Позволяет выявлять значимые области отношений личности и степень их неблагополучия [14]. Использовались шкалы «отношение к лицам противоположного пола» и «сексуальное отношение».

4. Фрайбургский личностный опросник (Freiburg personality inventory, FPI). Позволяет диагностировать свойства и состояния личности, являющиеся детерминантами успешной социальной адаптации [28].

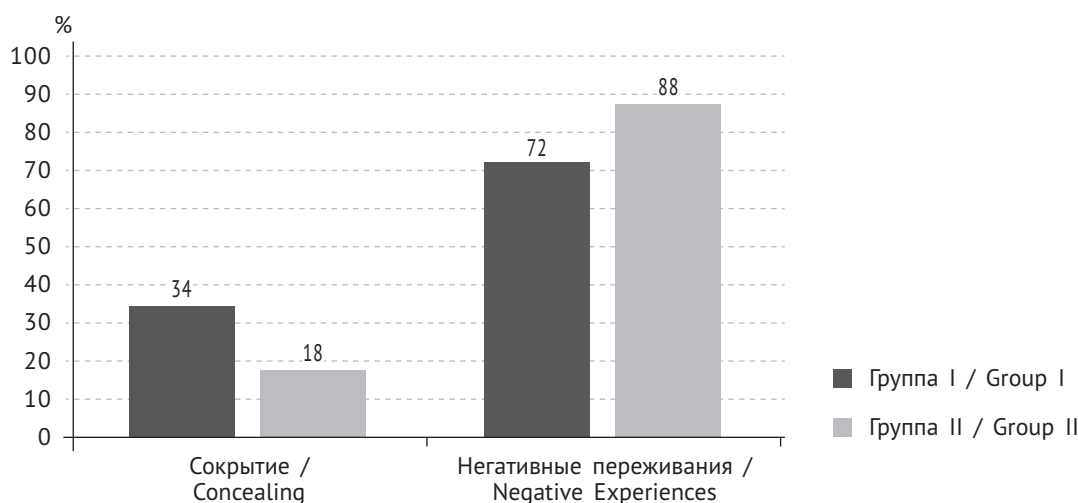
5. Я-структурный тест Аммона (Ich-struktur-test nach Ammon, ISTA). Тест позволяет выявлять тип организации структуры личности [9]. В исследовании использовалась шкала «сексуальность», которая делится на три подшкалы: конструктивная, деструктивная и дефицитарная. Конструктивная сексуальность подразумевает полное принятие себя и партнера, сохранение собственной идентичности в партнерских отношениях, умение коммуницировать и открытость новому сексуальному опыту [9]. Деструктивная сексуальность характеризуется де-

формацией сексуальной функции, при которой сексуальная цель замещается выражением агрессии, сексуальные контакты являются обезличенными, анонимными, воспринимаются как травмирующие, и в них участвует не целостная личность, но ее отдельные фрагменты [9]. Дефицитарная сексуальность характеризуется невозможностью принятия собственных проявлений сексуальности, запретом на них и осуждением, отказом от сексуальных контактов, предпочтением вымышленных партнеров реальным [9].

В рамках статистической обработки данных применялись следующие методы: угловое преобразование Фишера или  $\phi$ -критерий (сравнение процентных данных) и ANOVA (сравнение различий статистических показателей). В том числе применялся метод контент-анализа для анализа качественных данных. Математическая обработка данных проводилась с помощью статистического пакета для социальных наук SPSS Statistics 17.0.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

**1. Сокрытие положительного ВИЧ-статуса от сексуального партнера.** Между основными группами были обнаружены различия в проценте случаев сокрытия ВИЧ-статуса (см. рисунок). Потребители наркотиков чаще отмечали сокрытие статуса, однако результат не является статистически значимым. При этом обнаружены значимые различия в проценте случаев наличия негативных переживаний при раскрытии ВИЧ-статуса — более выраженные негативные переживания отмечались в группе 2 ( $\phi = 2,02$ ,  $p = 0,05$ ).



**Распределение респондентов основных групп в зависимости от частоты сокрытия от партнера ВИЧ-статуса и степени выраженности негативных переживаний при его раскрытии**

**Distribution of respondents of the main groups depending on the frequency of concealing HIV status from a partner and the severity degree of negative experiences in revealing HIV status**

Относительно большая частота встречаемости сокрытия положительного ВИЧ-статуса у потребителей наркотиков может быть обусловлена низким уровнем доверия к окружающим, высокими показателями подозрительности и стигматизации в данной группе [6, 7]. Результаты в группе 2 могут быть связаны с более высокими показателями травматизации при постановке диагноза ВИЧ-инфекции, самостигматизации, что в свою очередь обусловлено распространенными общественными стереотипами о группах риска [4, 12, 21]. Возможно, на выраженность негативных переживаний у ВИЧ-положительных лиц, не имеющих опыта употребления инъекционных наркотиков, оказывает влияние и большее снижение самооценки и принятия собственных проявлений сексуальности, чем у потребителей наркотиков [20, 26, 27].

## 2. Знание ВИЧ-статуса последнего партнера.

Статистически значимые различия между основными группами по данной характеристике не были обнаружены. Знали ВИЧ-статус последнего сексуального партнера 71 % ВИЧ-положительных респондентов — в 1-й группе 56,7 %, во 2-й — 53 %. Следует отметить, что и различия по источнику знания о ВИЧ-статусе между основными группами не были обнаружены. Во всех случаях присутствовали либо совместная диагностика, либо партнер самостоятельно раскрывал свой ВИЧ-статус.

Лишь немногим более половины респондентов знали ВИЧ-статус последнего партнера. Следовательно, в партнерских отношениях у ВИЧ-положительных лиц уровень доверительности достаточно низок, что согласуется с литературой [27].

## 3. Доверительность партнерских отношений.

Дополнительно отметим, что основным мотивом неиспользования презервативов во всех группах респондентов являлось наличие доверия партнеру (42,4 % респондентов групп 1 и 2, 61,1 % здоровых респондентов).

Наблюдается противоречие в полученных данных. У ВИЧ-положительных лиц уровень доверительности партнерских отношений достаточно низок. Однако это не препятствует отказу от использования презервативов как раз по причине наличия доверия партнеру, которого предположительно мало. В том числе уровня доверия не всегда хватает для раскрытия ВИЧ-статуса партнеру. Иначе говоря, низкий уровень доверия не является фактором, способствующим использованию презервативов, но при этом является сдерживающим фактором раскрытия ВИЧ-статуса. Следует отметить сложность раскрытия ВИЧ-статуса для индивида, особенно в свете распространенной стигматизации данной группы [6, 17]. Возможно, уровень доверия при принятии решения о раскрытии ВИЧ-статуса должен быть более выраженным, чем уровень доверия достаточный для отказа от использования презервативов. Тем не менее результаты свидетельствуют о непонимании ВИЧ-положительными и ВИЧ-отрицательными лицами рисков заражения при незащищенных сексуальных контактах.

## 4. Самообвинение в вопросе заражения ВИЧ.

Были обнаружены статистически значимые различия между основными группами. В группе 1 чаще отмечалось наличие самообвинения в вопросе заражения — 62 % по сравнению с 40 % в группе 2 ( $\phi = 2,22$ ,  $p = 0,01$ ). Иначе говоря, ВИЧ-положительные лица, не имеющие опыта употребления наркотиков, чаще склонны перекладывать ответственность за заражение на других лиц. Эти результаты могут быть связаны с искаженными (мифологичными) представлениями о ВИЧ — лица, которые не относятся к «традиционным» группам риска не усматривают в своем поведении риски заражения [4, 21]. Подобные представления играют существенную роль в росте эпидемии [4, 21].

**5. Типы сексуальности.** Были обнаружены значимые различия между основными и контрольной

Таблица 1 / Table 1

Различия между основными и контрольной группами по типам сексуальности ( $p < 0,05$ )  
Differences between the main and control groups by type of sexuality ( $p < 0,05$ )

Признак / Feature	Группа 1 ( $M \pm SD$ ) / Group 1 ( $M \pm SD$ )	Группа 2 ( $M \pm SD$ ) / Group 2 ( $M \pm SD$ )	Контроль ( $M \pm SD$ ) / Control ( $M \pm SD$ )	Значимость / Relevance
Деструктивная сексуальность, Т-баллы (шкала стандартизированных оценок) / Destructive type of sexuality, T-points (standardized grading scale)	51,526 $\pm$ 10,49	46,584 $\pm$ 10,32	46,46 $\pm$ 8,76	1–2 ( $p = 0,020$ )
Дефицитарная сексуальность, Т-баллы (шкала стандартизированных оценок) / Deficient type of sexuality, T-points (standardized grading scale)	52,91 $\pm$ 10,76	51,036 $\pm$ 8,97	47,71 $\pm$ 8,12	1,2–3 ( $p = 0,022$ )

группами по среднему значению шкал «деструктивная» и «дефицитарная» сексуальность (табл. 1). В группе 1 наблюдался более выраженный уровень деструктивной сексуальности, чем в группе 2. Полученный результат, возможно, связан с выраженной личностной деформацией, характерной для потребителей наркотиков, в связи с чем деформация сексуальной функции представляется предсказуемой [7].

В группе 2 были обнаружены следующие различия по полу. У мужчин уровень деструктивной сексуальности оказался выше, чем у женщин ( $p = 0,004$ ). Результат может быть связан с большей реактивной агрессивностью ( $p = 0,018$ ) и маскулинностью ( $p = 0,013$ ), что отражает некие приемлемые формы выражения агрессии. У мужчин наблюдался больший уровень конструктивной сексуальности ( $p = 0,001$ ). Результат может быть связан с более выраженной у них открытостью ( $p = 0,003$ ) и экстраверсией ( $p = 0,030$ ). Высокие показатели конструктивной сексуальности у мужчин могут свидетельствовать о более пагубном воздействии ВИЧ на сексуальность женщин [27].

Сравнение с контрольной группой выявило следующее. В основных группах наблюдался более выраженный уровень дефицитарной сексуальности. Представляется, что полученный результат свидетельствует о наличии у ВИЧ-положительных лиц значимых нарушений в сексуальной сфере и выраженного психологического неблагополучия [5, 17, 27].

**6. Реалистичность мышления в отношении лиц противоположного пола.** Были обнаружены следующие значимые различия. В группе 1 выявлена относительно большая частота случаев наличия нереалистичности мышления в отношении лиц противоположного пола — 74 % по сравнению с 52,4 % в группе 2 ( $\varphi = 2,11$ ,  $p = 0,05$ ). Результат может быть обусловлен характерными для потребителей наркотиков психологической незрелостью и стремлением к уходу от реальности [7].

В основных группах были обнаружены различия по полу. У мужчин группы 1 чаще отмечалось наличие нереалистичного мышления в отношении лиц противоположного пола — 88,9 % по сравнению с 64,3 % у женщин ( $\varphi = 1,98$ ,  $p = 0,05$ ). Однако в группе 2 обозначенный вид мышления чаще встречается у женщин — 66,7 % по сравнению с 33,3 % у мужчин ( $\varphi = 2,18$ ,  $p = 0,05$ ). Полученные результаты не находят своего подтверждения в доступной литературе.

Сравнение с контрольной группой выявило следующее. В основных группах чаще встречалось наличие нереалистичного мышления в отношении

лиц противоположного пола — 63,6 % по сравнению с 47,2 % у здоровых респондентов ( $\varphi = 1,67$ ,  $p = 0,05$ ). Следовательно, лица с отрицательным ВИЧ-статусом отличаются меньшим уровнем иррациональности мышления, что может объясняться присутствием в выборке ВИЧ-положительных лиц потребителей наркотиков в 50 % случаев.

**7. Эмоциональное отношение к лицам противоположного пола.** Значимые различия между группами не были обнаружены. Во всех группах респондентов наблюдалась большая выраженность негативного эмоционального фона по отношению к лицам противоположного пола — 71,9 % здоровых и 72,5 % ВИЧ-положительных респондентов (из них в группе 1 — 78,6 %, в группе 2 — 65,8 %). Негативный эмоциональный фон предполагал наличие конфликтности сферы, значимость сферы определялась на основе наличия конфликтности. Иначе говоря, во всех группах респондентов чаще присутствовала конфликтность этой сферы.

В основных группах были обнаружены различия по полу. В них негативный эмоциональный фон был более выражен у женщин. В группе 1 подобный эмоциональный фон встречался у 89,3 % женщин по сравнению с 57,1 % у мужчин ( $\varphi = 3,05$ ,  $p = 0,01$ ). В группе 2 негативный эмоциональный фон встречался у 82,6 % женщин по сравнению с 40 % у мужчин ( $\varphi = 2,745$ ,  $p = 0,01$ ).

Полученные результаты в группе ВИЧ-положительных лиц могут быть связаны с общим негативным влиянием ВИЧ на эмоциональную сферу респондентов, и в том числе с возможными идеями обвинения лиц противоположного пола (то есть партнеров) в заражении [5]. Следует отметить, что результат может быть обусловлен и тем, что процессы, необходимые для возникновения сексуального контакта, могут восприниматься ВИЧ-положительными лицами как травмирующие (в частности, обсуждение необходимости использования презервативов, принятие решения о раскрытии или сокрытии ВИЧ-статуса) [27]. Более выраженный негативный эмоциональный фон по отношению к лицам противоположного пола у женщин может свидетельствовать, что ВИЧ оказывает более выраженное негативное влияние на их сексуальность по сравнению с мужчинами [27].

**8. Эмоциональное отношение к сексуальным контактам.** Между группами не были обнаружены значимые различия, в том числе различия по полу. Во всех группах респондентов наблюдалась большая выраженность позитивного эмоционального фона по отношению к собственным сексуальным контактам — 74,2 % здоровых и 64,4 % ВИЧ-положительных респондентов (из них

в группе 1 — 64,4 %, в группе 2 — 64,3 %). Соответственно, конфликтность сферы чаще отсутствовала. Иначе говоря, сексуальные контакты сами по себе расценивались как нечто позитивное. Результаты в некоторой степени противоречат литературе, согласно которой у ВИЧ-положительных лиц значимость сексуальной сферы должна быть низкой [27].

Выраженный негативный эмоциональный фон по отношению к сексуальным контактам наблюдался только в группе женщин, имеющих опыт вовлечения в занятие проституцией, которые составили 16 % группы потребителей наркотиков ( $p = 0,042$ ). Данный результат подтверждает наличие большего психологического неблагополучия и восприятия секса как травмирующей ситуации у таких женщин [16]. Подобное восприятие обусловлено не только воздействием заболевания ВИЧ-инфекция, но другими факторами, такими как частые случаи сексуального и физического насилия, низкое качество жизни [16].

Были обнаружены значимые различия при сравнении представителей основных групп с конфликтностью сфер «отношение к лицам противоположного пола» и «сексуальное отношение» по среднему значению шкал «конструктивная» и «дефицитарная» сексуальность (табл. 2).

В группе 2 у лиц с наличием конфликтности сферы «отношение к лицам противоположного пола» наблюдался относительно более низкий уровень конструктивной сексуальности, чем у лиц с конфликтностью данной сферы. Результат представляется логичным в связи с тем, что конфликт-

ность обозначенной сферы подразумевает неполное принятие партнера. Как было обозначено ранее, конструктивная сексуальность наоборот характеризуется полным принятием партнера [9].

В группе 1 у лиц с наличием конфликтности сферы «сексуальное отношение» наблюдался относительно более высокий уровень дефицитарной сексуальности. Результат представляется логичным в связи с присутствием при дефицитарной сексуальности запрета на любые проявления сексуальности [9].

Результаты исследования определяют необходимость проведения своевременных профилактических мероприятий как среди ВИЧ-положительных лиц, так и среди здорового населения. Значимые нарушения сексуальной сферы у ВИЧ-положительных лиц могут обуславливать рост заболеваемости ВИЧ. Следовательно, важными компонентами профилактических программ являются психокоррекционные мероприятия в данной группе. Формами подобных мероприятий могут выступать индивидуальное, групповое, семейное консультирование. Направленность психокоррекционных мероприятий может быть следующей: проживание травматичного опыта получения диагноза ВИЧ-инфекция, принятие новой идентичности как человека с ВИЧ-инфекцией, принятие собственных проявлений сексуальности и проявлений сексуальности партнера, повышение доверительности в партнерских отношениях, коррекция отношения к лицам противоположного пола, коррекция искаженных представлений о ВИЧ и о лицах противоположного пола.

Таблица 2 / Table 2

Сравнение основных групп с конфликтностью сфер «отношение к лицам противоположного пола», «сексуальное отношение» ( $p < 0,05$ )

Comparison of the main groups with the conflict areas of «attitude towards opposite sex», «attitude towards sexual relations» ( $p < 0.05$ )

Признак / Feature	С конфликтностью ( $M \pm SD$ ) / With conflict ( $M \pm SD$ )	Без конфликтности ( $M \pm SD$ ) / No conflict ( $M \pm SD$ )	Значимость / Relevance
Группа 2, конфликтность сферы «отношение к лицам противоположного пола» / Group 2, the conflict area of «attitude towards opposite sex»			
Конструктивная сексуальность, Т-баллы (шкала стандартизированных оценок) / Constructive type of sexuality, T-points (standardized grading scale)	42,22 ± 12,37	50,088 ± 7,60	$p = 0,025$
Группа 1, конфликтность сферы «сексуальное отношение» / Group 1, the conflict area of «attitude towards sexual relations»			
Дефицитарная сексуальность, Т-баллы (шкала стандартизированных оценок) / Deficient type of sexuality, T-points (standardized grading scale)	60,012 ± 8,76	49,567 ± 10,05	$p = 0,001$



**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Таким образом, в статье было представлено исследование психологических особенностей сексуальности у ВИЧ-положительных лиц как фактора, обуславливающего рост эпидемии ВИЧ. В том числе психологические особенности сексуальности были изучены в группе здоровых респондентов.

Выдвинутая в исследовании гипотеза нашла свое подтверждение. Действительно, в группе ВИЧ-положительных респондентов дефицитарный тип сексуальности встречался достоверно чаще, чем в группе здоровых респондентов. При этом деструктивный тип сексуальности встречался достоверно чаще в группе ВИЧ-положительных респондентов, имеющих опыт употребления инъекционных наркотиков, по сравнению с ВИЧ-положительными лицами, не имеющими такого опыта.

Полученные в исследовании данные формируют необходимость проведения своевременных профилактических мероприятий во всех группах населения и психокоррекционных — среди ВИЧ-положительных лиц. Это позволит предотвратить увеличение количества ВИЧ-положительных детей и подростков.

Данные исследования психологических особенностей сексуальности у ВИЧ-положительных лиц, выявленные на российской выборке, представлены впервые. Результаты исследования находят частичное подтверждение в зарубежной литературе.

*Конфликт интересов.* Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Виндорф С.А. Особенности психологической работы с подростками группы риска по возникновению наркозависимости // Педиатр. – 2013. – Т. 4. – № 4. – С. 116–119. [Vindorf SA. Features of psychological work with teenagers of group of risk on drug addiction emerged. *Pediatrician (St. Petersburg)*. 2013;4(4):116-119. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.17816/PED44116-119>.
2. Гришина Н.В. Ситуационный подход: исследовательские задачи и практические возможности // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 16. Психология. Педагогика. – 2016. – № 1. – С. 58–68. [Grishina NV. Situational approach: research tasks and applicability. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. Seriya 16. Psikhologiya. Pedagogika*. 2016;(1):58-68. (In Russ.)]
3. Гусова А.Д., Цаликова А.А. Психологическое состояние и приверженность к лечению у больных ВИЧ-инфекцией // Азимут научных исследований: педагогика и психология. – 2016. – Т. 5. – № 3. – С. 249–251. [Gusova AD, Tsalikova AA. Psychological condition and adherence to treatment in patients with hiv infection. *Azimuth nauchnykh issledovaniy: pedagogika i psikhologiya*. 2016;5(3):249-251. (In Russ.)]
4. Емельянова Т.П., Дробышева Т.В., Иванова Д.В., и др. Типы социальных представлений о ВИЧ-инфицировании и СПИДе // Психологический журнал. – 2011. – Т. 32. – № 4. – С. 57–69. [Emel'yanova TP, Drobysheva TV, Ivanova DV, et al. Types of social representations of HIV-infection and AIDS. *Psikholog Zh.* 2011;32(4):57-69. (In Russ.)]
5. Зинченко А.И. Сравнение психологических особенностей ВИЧ-инфицированных с разным уровнем иммунитета // Известия Российского педагогического университета им. А.И. Герцена. – 2008. – № 76–2. – С. 107–113. [Zinchenko AI. Sravnenie psikhologicheskikh osobennostey VICH-infitsirovannykh s raznym urovnem immuniteta. *Izvestiya Rossiyskogo pedagogicheskogo universiteta im. A.I. Gertsena*. 2008;(76-2):107-113. (In Russ.)]
6. Илюк Р.Д., Ильюшкина Е.В., Святенко В.С., и др. Сравнительное исследование социально-психологических, поведенческих и клинических характеристик опиоидзависимых с ВИЧ-позитивным и ВИЧ-негативным статусами. Сообщение 2: сравнительный анализ личностных характеристик, показателей агрессии и гнева, копинг-стратегий, смысловых ориентаций, стигматизации, качества жизни // Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. – 2016. – № 4. – С. 25–41. [Ilyuk RD, Il'yushkina EV, Svyatenko VS, et al. A comparative study of the psychosocial, behavioral, and clinical characteristics of HIV-positive and HIV-negative opioid users Part 2 Comparative analysis of personal characteristics, indicators of aggression, anger, coping strategies, stigma, quality and purpose of life. *Obozrenie psikhiiatrii i meditsinskoy psikhologii imeni V.M. Bekhtereva*. 2016;(4):25-41. (In Russ.)]
7. Клиническая психотерапия в наркологии (Руководство для врачей-психотерапевтов) / Под. ред. Р.К. Назырова, Д.А. Федоряка, С.В. Ляшковой. – СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2012. – 456 с. [Klinicheskaya psikhoterapiya v narkologii (Rukovodstvo dlya vrachey-psikhoterapevtov). Ed. by R.K. Nazarov, D.A. Fedoryak, S.V. Lyashkovskaya. Saint Petersburg: NIPNI im. V.M. Bekhtereva; 2012. 456 p. (In Russ.)]
8. Покровский В.В., Ладная Н.Н., Покровская А.В. ВИЧ/СПИД сокращает число россиян и продолжительность их жизни // Демографическое обо-

- зрение. – 2017. – Т. 4. – № 1. – С. 65–82. [Pokrovskiy VV, Ladnaya NN, Pokrovskaya AV. VICH/SPID sokrashchaet chislo Rossiyan i prodolzhitel'nost' ikh zhizni. *Demograficheskoe obozrenie*. 2017;4(1):65-82. (In Russ.)]
9. Тупицын Ю.Я., Бочаров В.В., Алхазова Т.В., Бродская Е.В. Я-структурный тест Аммона: опросник для оценки центральных личностных функций на структурном уровне: пособие для психологов и врачей. – СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1998. – 70 с. [Tupitsyn YuYa, Bocharov VV, Alkhazova TV, Brodskaya EV. Ya-strukturnyy test Ammona: oprosnik dlya otsenki tsentral'nykh lichnostnykh funktsiy na strukturnom urovne: posobie dlya psikhologov i vrachey. Saint Petersburg: NIPNI im. V.M.Bekhtereva; 1998. 70 p. (In Russ.)]
  10. Турсунов Р.А. Влияние ВИЧ-инфекции на качество жизни людей, живущих с ВИЧ/СПИД // Вестник Авиценны. – 2013. – № 1. – С. 138–148. [Tursunov RA. The impact of HIV infection on the quality of life of people living with HIV/AIDS. *Vestnik Avitsenny*. 2013;(1):138-148. (In Russ.)]
  11. Хеймер Р., Миллс Х.Л., Уайт Э., и др. Моделирование эпидемии вируса иммунодефицита человека в Санкт-Петербурге // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2014. – Т. 6. – № 1. – С. 59–65. [Kheymer R, Mills KhL, Uayt E, et al. Modeling the expansion of the HIV epidemic in St. Petersburg, RF. *Vichinfektsiia Immunosuppr*. 2014;6 (1):59-65. (In Russ.)]
  12. Шаболтас А.В. Психологические основы превенции ВИЧ-инфекции. – СПб.: Скифия-принт, 2015. – 694 с. [Shaboltas AV. Psikhologicheskie osnovy preventsii VICH-infektsii. – Saint Petersburg: Skifiya-print; 2015. 694 p. (In Russ.)]
  13. Штейман А.А. Медико-социальный портрет ВИЧ-инфицированных беременных женщин // Успехи современной науки. – 2016. – Т. 1. – № 4. – С. 131–135. [Shteyman AA. Mediko-sotsial'nyy portret VICH-infitsirovannykh beremennykh zhenshchin. *Uspekhi sovremennoy nauki*. 2016;1(4):131-135. (In Russ.)]
  14. Яньшин П.В. Практикум по клинической психологии. Методы исследования личности. – СПб.: Питер, 2004. – 336 с. [Yan'shin PV. Praktikum po klinicheskoy psikhologii. Metody issledovaniya lichnosti. Saint Petersburg: Piter; 2004. 336 p. (In Russ.)]
  15. Beyrer C, Wirtz AL, O'Hara G, et al. The expanding epidemic of HIV-1 in the Russian Federation. *PLoS Med*. 2017;14(11): e1002462. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002462>.
  16. Carter A, Greene S, Money D, et al. The Importance of Sex in the Lives of Women Living with HIV: A Critical Quantitative Analysis. *Int J Sex Health*. 2018;30(1): 92-110. <https://doi.org/10.1080/19317611.2018.1447527>.
  17. Davtyan M, Olshansky EF, Brown B, Lakon C. A Grounded Theory Study of HIV-Related Stigma in U.S. – Based Health Care Settings. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2017;28(6):907-922. <https://doi.org/10.1016/j.jana.2017.07.007>.
  18. Dolan K, Wirtz AL, Moazen B, et al. Global burden of HIV, viral hepatitis, and tuberculosis in prisoners and detainees. *Lancet*. 2016;388(10049): 1089-1102. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30466-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30466-4).
  19. George MS, Lambert H. 'I am doing fine only because I have not told anyone': the necessity of concealment in the lives of people living with HIV in India. *Cult Health Sex*. 2015;17(8):933-946. <https://doi.org/10.1080/13691058.2015.1009947>.
  20. Gurevich M, Mathieson CM, Bower J, Dhayanandhan B. Disciplining Bodies, Desires and Subjectivities: Sexuality and HIV-Positive Women. *Fem Psychol*. 2016; 17(1):9-38. <https://doi.org/10.1177/0959353507072910>.
  21. Hirshfield S, Schrimshaw EW, Stall RD, et al. Drug Use, Sexual Risk, and Syndemic Production Among Men Who Have Sex With Men Who Engage in Group Sexual Encounters. *Am J Public Health*. 2015;105(9): 1849-1858. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302346>.
  22. Jarman M, Walsh S, De Lacey G. Keeping safe, keeping connected: A qualitative study of HIV-positive women's experiences of partner relationships. *Psychol Health*. 2005;20(4):533-551. <https://doi.org/10.1080/14768320500083667>.
  23. Lunze K, Lioznov D, Cheng DM, et al. HIV Stigma and Unhealthy Alcohol Use Among People Living with HIV in Russia. *AIDS Behav*. 2017;21(9):2609-2617. <https://doi.org/10.1007/s10461-017-1820-8>.
  24. Nguyen NT, Keithly SC. A qualitative study on the sexual behaviour of people living with HIV in Vietnam. *AIDS Care*. 2012;24(7):921-928. <https://doi.org/10.1080/09540121.2011.644230>.
  25. Pinho AA, Barbosa RM, Brignol S, et al. Drivers of Sexual Inactivity Among Women Living with HIV and AIDS: Findings of the GENIH Study in Sao Paulo, Brazil. *Arch Sex Behav*. 2018;47(7):1983-1993. <https://doi.org/10.1007/s10508-017-1110-6>.
  26. Psaros C, Barinas J, Robbins GK, et al. Intimacy and sexual decision making: exploring the perspective of HIV positive women over 50. *AIDS Patient Care STDS*. 2012;26(12):755-760. <https://doi.org/10.1089/apc.2012.0256>.
  27. Siegel K, Schrimshaw EW, Lekas HM. Diminished sexual activity, interest, and feelings of attractiveness among HIV-infected women in two eras of the AIDS epidemic. *Arch Sex Behav*. 2006;35(4):437-449. <https://doi.org/10.1007/s10508-006-9043-5>.

28. Soares I, Machado PP, Dias P, et al. Freiburg Personality Inventory-Revised (FPI-R): Validation study with a Portuguese sample of university students. *Int J Clin Health Psychol.* 2005;5(2):319-333.
29. UNAIDS. Report on the global HIV/AIDS epidemic: 4<sup>th</sup> global report. Geneva; 2004. 236 p.
30. World Health Organization. HIV/AIDS surveillance in Europe 2018–2017 data. Copenhagen; 2018. 122 p.
31. World Health Organization. World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Copenhagen; 2018. 86 p.
32. Zhang L, Chow EP, Su S, et al. A systematic review and meta-analysis of the prevalence, trends, and geographical distribution of HIV among Chinese female sex workers (2000–2011): implications for preventing sexually transmitted HIV. *Int J Infect Dis.* 2015;39: 76-86. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2015.08.014>.

## ◆ Информация об авторах

*Дарья Владимировна Антонова* – старший лаборант, кафедра психологии кризисных и экстремальных ситуаций, факультет психологии, ФГБОУ ВО СПбГУ, Санкт-Петербург; психолог, Санкт-Петербургский благотворительный фонд «Гуманитарное действие», Санкт-Петербург. E-mail: [peaceineverybody@gmail.com](mailto:peaceineverybody@gmail.com).

*Виктор Викторович Бочаров* – канд. психол. наук, заведующий кафедрой клинической психологии, ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, Санкт-Петербург; руководитель лаборатории клинической психологии и психодиагностики, ФГБУ НМИЦПН им. В.М. Бехтерева Минздрава России, Санкт-Петербург; доцент кафедры психологии кризисных и экстремальных ситуаций, факультет психологии, ФГБОУ ВО СПбГУ, Санкт-Петербург. E-mail: [bochvikvik@gmail.com](mailto:bochvikvik@gmail.com).

*Нелли Сергеевна Хрусталева* – д-р психол. наук, профессор, заведующая кафедрой психологии кризисных и экстремальных ситуаций, факультет психологии. ФГБОУ ВО СПбГУ, Санкт-Петербург. E-mail: [hns@mail.ru](mailto:hns@mail.ru).

## ◆ Information about the authors

*Darya V. Antonova* – Senior Laboratory Assistant, Department of Psychology of Crisis and Extreme Situations, Faculty of Psychology, Saint Petersburg State University, Saint Petersburg, Russia; Psychologist; Humanitarian Action Foundation, Saint Petersburg, Russia. E-mail: [peaceineverybody@gmail.com](mailto:peaceineverybody@gmail.com).

*Victor V. Bocharov* – PhD, Psychol Sci, Associate Professor, Head of Department of Clinical Psychology, St. Petersburg State Pediatric Medical University, Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia; Head of the Laboratory of Clinical Psychology and Psychodiagnostics, V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology, Saint Petersburg, Russia; Associate Professor, Department of Psychology of Crisis and Extreme Situations, Faculty of Psychology, Saint Petersburg State University, Saint Petersburg, Russia. E-mail: [bochvikvik@gmail.com](mailto:bochvikvik@gmail.com).

*Nelli S. Chrustaleva* – Dr Psychol Sci, Professor, Head of Department of Psychology of Crisis and Extreme Situations, Faculty of psychology. Saint Petersburg State University, Saint Petersburg, Russia. E-mail: [hns@mail.ru](mailto:hns@mail.ru).