

19. Savchuk, O. M., Gamisonia, M. Sh., Platonova, T. N., Makagonenko, E. M. (2000). Early diagnosis and prevention of thrombotic complications after surgery cesarean section. *Pediatrics, Obstetrics and Gynecology*, 3, 104–107.

20. Ismail, S. K., Higgins, J. (2011). Hemostasis in Pre-Eclampsia. *Seminars in Thrombosis and Hemostasis*, 37 (02), 111–117. doi: 10.1055/s-0030-1270336

Дата надходження рукопису 10.10.2016

Аксьонова Анастасія Валеріївна, аспірант, кафедра акушерства і гінекології № 1, Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, бул. Т. Шевченка, 13, м. Київ, Україна, 03150; лікар акушер-гінеколог, Перинатальний центр, вул. Предславинська, 9, м. Київ, Україна, 03150
E-mail: aks.anastasia@mail.ru

Венцківська Ірина Борисівна, доктор медичних наук, професор, кафедра, акушерства і гінекології № 1, Національний медичний університету імені О.О. Богомольця, бул. Т. Шевченка, 13, м. Київ, Україна, 03150; професор, Перинатальний центр, вул. Предславинська, 9, м. Київ, Україна, 03150

Платонова Тетяна Миколаївна, доктор біологічних наук, професор, провідний науковий співробітник, відділ структури та функції білка, Інститут біохімії імені О. В. Палладіна НАН України, вул. Леонтовича, 9, м. Київ, Україна, 01030
E-mail: platonovatn@gmail.com

Колесникова Ірина Миколаївна, кандидат біологічних наук, старший науковий співробітник, відділ структури та функції білка, Інститут біохімії імені О. В. Палладіна НАН України, вул. Леонтовича, 9, м. Київ, Україна, 01030
E-mail: kolesnikova@biochem.kiev.ua

Наложитова Олена Олегівна, завідувач лабораторії, клініко-діагностична лабораторія, Перинатальний центр, вул. Предславинська, 9, м. Київ, Україна, 03150
E-mail: elenka.n@ukr.net

УДК 616.89-008.48:616-055.2

DOI: 10.15587/2519-4798.2016.87848

ФАКТОРИ СІМЕЙНОЇ ВЗАЄМОДІЇ ТА ЇХ РОЛЬ У ПОРУШЕННІ ЗДОРОВ'Я СІМ'Ї У ЖІНОК З РІЗНИМ СТАНОМ АДДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ

© М. В. Савіна

На основі клініко-психологічного і психодіагностичного обстеження 421 подружньої пари, серед яких у 371 подружньої пари діагностовані порушення сімейних стосунків, а у 321 з них – ще й прояви аддиктивної поведінки (АП) у дружин, і 50 гармонійних пар, визначені фактори сімейної взаємодії та їх роль у розвитку порушення здоров'я родини у жінок з різним станом аддиктивної поведінки. Встановлено, що соціально-прийнятні види АП, притаманні обстеженим, виступає як патологічний спосіб каналізації психоемоційного напруження, що виникає у них внаслідок деформації сімейних відносин, та знижує рівень подружньої конфліктності й деформації батьківсько-дитячих відносин

Ключові слова: сімейна взаємодія, жінки, аддиктивна поведінка, порушення здоров'я сім'ї, подружня пара

Aim. To study conditions of family interrelation components (levels) and their role in development of family health violence in women with different levels of behavioral addiction (BA).

Contingent and methods. 371 married couple (MC), asking for help against the family relationship violation, and in 321 of which manifestations of BA in women were found, were examined using clinical, psychiatric, and psycho diagnostic methods. 50 relatively harmonious MC were examined as a reference group.

Results. BA, that was determined in women with family health violation moderate severity, became a way of emotional stress leveling, which occurred due to the lack of a sense of psychological support from the family, and reduced its severity level, inducing, however, a feeling of family anxiety and guilt for the situation. In contrast, women with normal addictive behavior have negative psycho-emotional frustration to realize themselves in their families, creating high level of marital and parent-child conflict without guilt or anxiety feelings because of the situation.

The given results show, that the disintegrative combination of psychological properties, as well as cognitive help-less, avoiding addictive and dependent pseudo-compensatory types of behavior became the pathoplastic BA fac-

tor in women with family health violation, which formed as pathological way of psycho-emotional stress relief due to their family interrelations deformation. In the meanwhile, destructive and congruent type of combination of personality traits and cognitive uncritical, destructive conflict, and emotional-maladaptive behavioral types, pathognomonic for couples with violations of family relationship, in which women did not have addictive problems, stipulated the other ways of pathological response to the pathogenic family situation, being realized within the family, increasing the level of family stress of marital relationship degradation.

Conclusion. *The obtained data will be used as a base for development of the system of psychological correction and preventive support of family health in case of BA in women*

Keywords: *family interrelation, women, behavioral addiction, family health violence, married couple*

1. Вступ

Сім'я і проблеми її життєдіяльності служать об'єктом дослідження ще з глибокої стародавності. Ще античні мислителі Платон, Аристотель та Овідій у своїх працях критикували типи родини, що існували за їх часів і висували проекти її перетворення.

Нинішня ситуація в світі і особливо в країнах, які переживають процес не тільки економічної та політичної, а й духовно-моральної кризи, викликає глибокі зміни в сім'ї, її соціальні функції і ролях. Змінюються принципи внутрішньосімейної взаємодії і внутрішньосімейних стосунків. На зміну тисячорічному принципу – «людина для сім'ї» приходить діаметрально протилежне – «сім'я для людини». Поряд з споконвічними функціями сім'ї – продовженням роду, організацією побуту, веденням домашнього господарства, формуванням і задоволенням духовних потреб, з'являються і стверджують себе нові функції сім'ї, серед яких сьогодні визнана всіма функція психологічного притулку, моральної підтримки і стабільності [1–5].

2. Обґрунтування дослідження

Успішність здоров'я сім'ї складається не тільки з соматичного, психічного і сексуального здоров'я кожного з її членів, а передбачає також адаптацію на всіх рівнях взаємодії. Згідно з результатами наукових досліджень наукової школи академіка В. В. Кришталія, порушення здоров'я сім'ї обумовлюється, перш за все, дезадаптацією подружжя на різних рівнях взаємодії [6–8].

Дезадаптація – порушення пристосування людини до умов соціального середовища. Дезадаптацію розглядають також як психічний стан, що виникає в результаті невідповідності психологічного або соціопсихологічного статусу людини. Залежно від природи, характеру і ступеня прояву, розрізняють психічну, соціальну, подружню та ін. дезадаптацію. Дезадаптація буває стійкою або має межовий характер. Вивчення причин та механізмів порушення адаптації на різних рівнях сімейної взаємодії, як основи розвитку порушень здоров'я сім'ї, а також розробка ефективних методів її діагностики і корекції, представляють собою актуальну медичну і психологічну проблему.

Однак складність цієї проблеми набуває нових рис при наявності аддиктивних розладів у дружини [9]. Захворювання жінки на аддиктивні розлади відбуваються не тільки на її психопатологічному стані,

рівні соціального функціонування та якості життя, а й, в першу чергу, на стані здоров'я її родини.

Враховуючи вищезазначене, робота, спрямована на вивчення взаємозв'язків між механізмами формування й проявів аддиктивної поведінки (АП) у жінок та феноменом здоров'я сім'ї, що є важливою проблемою медичної психології.

3. Мета дослідження

Вивчення стану складових (рівнів) сімейної взаємодії та їх ролі у розвитку порушення здоров'я сім'ї у жінок з різним рівнем аддиктивної залученості.

4. Контингент, матеріали і методи дослідження

Для досягнення поставленої мети на основі інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики і деонтології на клінічних базах кафедри психіатрії, наркології, неврології та медичної психології Харківського національного університету ім. В. Н. Каразіна МОН України, а також кафедри сексології, медичної психології, медичної та психологічної реабілітації Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України, за допомогою клініко-психологічного та психодіагностичного методів обстежено 371 подружню пару (ПП), які звернулися за допомогою з приводу порушення сімейних стосунків (досліджувана група, ДГ).

В якості групи порівняння обстежено 50 умовно гармонійних ПП (ГП).

У всіх ПП були діти, причому у 58 пар – двоє, у решти – одна дитина.

В роботі використано наступний психодіагностичний інструментарій.

Для оцінки стану подружнього й батьківсько-дитячого рівнів сімейної взаємодії було використано методику вивчення батьківських установок Parental Attitude Research Instrument – PARI [10]. Методика PARI складається з 23 шкал, 8 з яких описують відношення до сімейної ролі, тоді як 15 – власне відносини між батьками та дитиною, що згруповані у три змістовні блоки, а саме, емоційний контакт, емоційна дистанція та надмірна концентрація на дитині. Для більш поглибленого вивчення внутрішньосімейних процесів застосовували методику Е. Г. Ейдемільера «Аналіз сімейної тривоги» [10].

Вивчення аддиктивного статусу обстежених здійснювалось з використанням батареї AUDIT-подібних тестів, розроблених колективом авторів під керівництвом І. В. Лінського [11].

Дослідження індивідуально-психологічного рівню сімейної взаємодії здійснювалось за допомогою Фрайбурзького особистісного опитувальника (FPI) [10].

Особливості поведінкового рівню сімейної взаємодії досліджували з використанням методики психологічної діагностики копінг-поведінки Е. Хейма [10], яка дозволяє досліджувати 26 ситуаційно-специфічних варіантів копіngu, класифікованих відповідно до трьох основних сфер психічної діяльності як когнітивний, емоційний і поведінковий копінг-механізми. Методика призначена для виявлення індивідуального стилю подолання стресу. Може використовуватися в цілях діагностики як непродуктивних патернів поведінки, так і ресурсів особистості.

Для статистичної обробки даних використовували процедури первинної та вторинної (кореляційної та варіаційної) статистики. Метод полягав у проведенні порівняльного дослідження за t-критерієм за традиційною методикою для параметричної статистики й критерієм Вілкоксона – для непараметричної. Також обробку отриманих даних здійснюва-

ли за допомогою критерію Ст'юдента для визначення вірогідності розбіжностей між групами [12]. Математична обробка результатів проводилась на персональному комп'ютері за допомогою прикладного пакета програм «Statistica for Windows. Release 6.0» та електронних таблиць Excel 7.0, а також програми математичної, статистичної обробки.

5. Результати дослідження

При аналізі результатів вивчення специфіки сімейних відносин, здійсненого за методикою PARI, за базовим критерієм – шкалою 7 «подружні конфлікти», серед ПП ДГ було виділено дві підгрупи, ранжовані в залежності від глибини і тяжкості подружньої конфліктності, що мали достовірні відмінності між собою та ГП ($p < 0,05$) (табл. 1). В першу підгрупу з помірною подружньою конфліктністю (1-й рівень) увійшли 86,5 % сімей ДГ (ДГ1); з високою подружньою конфліктністю (2-й рівень) – 13,5 % сімей ДГ (ДГ2). З огляду на це, подальше вивчення особливостей стану складових сімейної взаємодії проводилося між даними підгрупами і ГП.

Таблиця 1

Порівняльна характеристика подружнього та батьківсько-дитячого рівнів сімейної взаємодії в досліджуваних родин, в залежності від рівню подружньої конфліктності ($M \pm m$, бали)

шкали	ДГ, n=371				ГП, (конструктивна конфліктність), n=50	
	високий рівень конфліктності (2-а підгрупа), n=50		помірний рівень конфліктності (1-а підгрупа), n=321		чоловіки	жінки
	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки		
Ставлення до сімейної ролі						
3 Залежність від сім'ї	7,1±0,7***	10,7±0,2***	8,5±0,9**	15,5±0,8**	10,5±0,6	12,3±0,2
5 Відчуття самопожертви	6,4±0,5***	12,9±0,4***	7,5±0,6***	15,3±0,3***	9,5±0,3	12,9±0,7
7 Сімейні конфлікти	18,7±0,8***	19,8±0,8***	15,6±1,0***	15,8±0,6***	8,1±0,3	9,3±0,6
11 Надавторитет батьків (в батьківській родині)	11,5±0,4**	11,4±0,4**	10,5±0,6**	11,3±0,3**	11,5±0,3	12,1±0,3
13 Незадоволеність роллю господарки	–	18,7±0,9*	–	14,2±0,1*	–	13,4±0,3
13 Незадоволеність господарчою роллю	9,1±0,4*	–	10,5±0,7*	–	9,7±0,429	–
17 Бездіяльність (байдужість) чоловіка	–	14,3±1,0***	–	12,5±0,6***	–	11,6±0,4
17 «Невключеність» в справи родини	16,9±0,9**	–	13,6±0,7**	–	11,4±0,2	–
19 Домінування матері	7,2±0,3	16,8±1,0	9,3±1,0	13,5±0,5	11,5±0,3	10,4±0,5
23 Несамостійність матері	18,2±1,6	13,9±0,8	15,5±1,1	14,2±0,3	11±0,3	11,4±0,4
Ставлення батьків до дитини						
Оптимальний емоційний контакт						
1 Вербалізація	8,1±0,5***	9,2±0,3***	10,7±0,5**	11,6±0,3**	14,9±0,3	18,4±0,8
14 Партнерські відносини	6,7±0,7**	8,3±0,3**	10,5±0,7***	10,7±0,9***	14,5±0,3	16,4±0,7
15 Розвиток активності дитини	8,8±0,6*	8,8±0,3*	9,5±0,4*	10,6±0,7*	14,5±0,3	15,2±0,7
21 Відносини на рівних	10,1±0,7	11,3±0,6	11,6±0,2	12,4±0,7	15,5±0,2	16,3±0,9
Надмірна емоційна дистанція з дитиною						
8 Дратівливість	17,8±0,9***	15,2±0,6***	14,9±0,9***	14,7±1,5***	11±0,3	10,1±0,7
9 Надмірна строгість	17,1±0,6***	16,5±1,2***	14,5±0,9**	14,7±0,5***	10,1±0,7	9,3±0,4
16 Ухилення від контакту	15,9±1,1*	10,4±0,6**	12,7±0,8**	11,5±1,4**	9,5±0,3	9,4±0,8
Надлишкова концентрація на дитині						
2 Надмірна турбота	9,2±1,3	14,8±1,5	11,9±1,1	13,7±1,1	11,8±0,6	13,3±0,5
4 Пригнічення волі	15,3±1,0*	13,9±1,7*	8,9±0,9**	11,8±0,8*	8,2±0,5	9,4±0,3
6 Створення відчуття безпеки, боязнь образити	10,2±0,5***	10,7±0,9***	11,6±0,9***	12,1±0,7***	15,5±0,6	16,9±0,9
10 Виключення позасімейних впливів	15,3±1,3	13,3±1,1	11,8±1,2	12,5±1,6	10,1±0,4	12,4±0,8
12 Пригнічення агресивності	15,3±1,0**	14,6±1,5***	13,5±1,1*	12,9±1,2**	9,2±0,4	10,3±0,6
18 Пригнічення сексуальності	15,3±0,8	14,5±1,9	11,3±0,7	11,7±0,8	8,3±0,7	9,7±0,2
20 Надмірне втручання у світ дитини	14,5±0,9*	13,9±0,3	11,8±0,9**	12,4±0,6*	9,5±0,5	8,1±0,2
22 Бажання прискорити розвиток дитини	9,2±0,8***	8,5±0,7***	12,3±0,9***	13,2±0,5***	16,2±0,5	16,1±0,7

Примітки: * – відмінності з ГП достовірні ($p < 0,05$); ** – відмінності з підгрупами достовірні ($p < 0,05$); *** – відмінності між ГП і підгрупами достовірні ($p < 0,05$)

Порівняльний аналіз структури сімейної тривоги в сім'ях ДГ (з поділом на підгрупи за рівнем подружньої конфліктності) і ГП, показав наступне (табл. 2).

Спираючись на отримані результати щодо наявності в загальній вибірці подружжів з порушенням сімейних стосунків, двох нерівномірно представлених груп, ранжованих в залежності від рівню подружньої конфліктності, для пошуку можливих критеріїв, що визначають дану диференціацію, нами здійснено аналіз АП подружжів, результати якого представлено в табл. 3, 4.

З огляду на результати, отримані при вивченні АП обстежених жінок, подальші дослідження здійснювали з їх урахуванням, що обумовило наступний розподіл ПП з помірним рівнем подружньої конфліктності (ДГ1) на підгрупи дослідження: ДГ1Х – ПП, в яких у жінок встановлена схильність до хімічної аддикції; ДГ1П – ПП, в яких у жінок мали місце поведінкові аддиктивні прояви; ДГ1Ф – ПП, в яких у жінок встановлена АП стосовно фізіологічних об'єктів.

Вивчення особливостей інтрапсихічного (індивідуально-психологічного) рівню сімейної взаємодії, довело таке (табл. 4).

Таблиця 2

Порівняльний аналіз структури сімейної тривоги у членів сімей ДГ і ГП (M±m, бали)

Показник	Підгрупа ДГ1, n=321		Підгрупа ДГ2, n=50		ГП, n=50	
	Жінки	Чоловіки	Жінки	Чоловіки	Жінки	Чоловіки
Вина	6,1±1,3***	2,4±1,0*	1,0±0,4	4,6±0,2*	1,4±0,5	1,2±0,4
Тривожність	6,7±0,7***	4,1±1,4	2,9±0,6	3,7±0,6	2,5±0,7	2,4±0,4
Нервово напруження	7,3±0,7**	4,9±1,2*	5,9±0,3*	5,6±0,8*	2,04±0,9	2,0±0,6
Загальна сімейна тривожність	20,1±1,8***	11,4±1,7***	9,8±0,9*	13,9±1,0*	6,0±1,5	6,8±1,2

Примітка: * – відмінності між підгрупою ДГ1 або підгрупою ДГ2 й ГП достовірні ($p < 0,05$); ** – відмінності між підгрупою ДГ1 та підгрупою ДГ2 достовірні ($p < 0,05$)

Таблиця 3

Порівняльна характеристика усереднених показників захоплення аддиктивним об'єктом або/та уживання речовини у обстежених подружжів (батарея AUDIT-подібних тестів, середній бал)

Об'єкт залежності	Усереднені показники захоплення аддиктивним об'єктом або/та уживання речовини					
	жінки			чоловіки		
	ДГ1, n=321	ДГ2, n=50	ГП, n=50	ДГ1, n=321	ДГ2, n=50	ГП, n=50
Їжа	15,7	13,0	7,6	7,9	7,1	6,6
Чай, кава	16,2	13,9	7,8	8,6	7,4	6,9
Секс	14,7	7,9	3,1	8,2	6,9	2,5
Робота	15,0	14,1	7,4	8,9	7,3	6,5
Шопінг	17,2	14,6	7,4	9,5	8,5	6,5
Телебачення	17,1	13,3	6,7	9,1	7,6	6,4
Інтернет	15,9	13,3	7,1	8,1	7,8	6,7
Читання	15,5	12,9	6,8	8,2	7,2	6,3
Комп'ютерні ігри	14,3	7,0	2,5	8,3	6,8	2,3
Азартні ігри	8,4	3,7	2,5	7,9	3,4	2,3
Алкоголь	8,3	8,4	6,8	8,2	7,8	6,0
Тютюн	17,1	14,4	12,9	14,1	13,5	11,0
Психостимулятори	3,0	2,8	2,6	2,8	2,7	2,3
Канабіоїди	8,0	7,0	2,8	7,6	6,9	2,3
Седативно-снодійні	13,2	6,3	2,9	7,2	5,9	2,6

Розподіл індивідуально-психологічних особливостей у гармонійних подружжів (у %) представлено у табл. 5.

Наступним етапом здійснювали аналіз поведінкового рівню сімейної взаємодії, результати якого наведено в табл. 6.

Таблиця 4

Структура вираженості індивідуально-психологічних особливостей у подружжів з порушенням здоров'я сім'ї та різним рівнем АП у жінок (%)

Шкали	Групи жінок											
	ДГ1Х, n=107			ДГ1П, n=111			ДГ1Ф, n=103			ДГ2, n=50		
	Низ.	Сер.	Вис.	Низ.	Сер.	Вис.	Низ.	Сер.	Вис.	Низ.	Сер.	Вис.
Невротичності	5	15	80	10	65	25	4	12	84	10	65	25
Спонтанної агресивності	43	36	21	12	18	70	37	43	20	12	18	70
Депресивності	6	12	82	64	21	15	15	20	75	64	21	15
Дратівливості	11	40	49	2	16	82	17	42	41	2	16	82
Товариськості	40	50	10	15	68	17	49	46	5	15	68	17
Врівноваженості	60	35	5	78	20	2	48	41	11	78	20	2
Реактивної агресивності	5	37	58	16	68	16	5	17	78	16	68	16
Сором'язливості	11	42	47	64	22	14	4	51	45	64	22	14
Відкритості	54	38	8	19	63	18	47	49	4	19	63	18
Екстраверсії-інтроверсії	4	57	39	17	17	66	4	54	42	17	17	66
Емоційної лабільності	13	51	36	16	17	67	6	44	50	16	17	67
Маскуліності-фемінінності	10	44	46	15	20	65	11	38	51	15	20	65
Шкали	Групи чоловіків											
	ДГ1Х, n=107			ДГ1П, n=111			ДГ1Ф, n=103			ДГ2, n=50		
	Низ.	Сер.	Вис.	Низ.	Сер.	Вис.	Низ.	Сер.	Вис.	Низ.	Сер.	Вис.
Невротичності	30	35	35	19	63	18	30	35	35	19	63	18
Спонтанної агресивності	30	30	30	10	10	60	30	30	30	10	10	60
Депресивності	30	30	30	60	10	10	30	30	30	60	10	10
Дратівливості	30	30	30	10	20	60	30	30	30	10	20	60
Товариськості	20	30	30	60	10	10	30	30	30	60	10	10
Врівноваженості	20	30	30	60	10	10	30	30	30	60	10	10
Реактивної агресивності	20	30	30	20	60	10	30	30	20	20	60	10
Сором'язливості	20	30	30	60	20	10	30	30	30	60	20	10
Відкритості	30	30	30	60	20	10	30	30	30	60	20	10
Екстраверсії-інтроверсії	30	30	30	10	20	60	30	30	30	10	20	60
Емоційної лабільності	20	30	30	10	10	60	30	30	30	10	10	60
Маскуліності-фемінінності	20	30	30	10	20	60	30	30	30	10	20	60

Таблиця 5

Структура вираженості індивідуально-психологічних особливостей у подружжів ГП (%)

Шкали	ГП, n=50					
	жінки			чоловіки		
	Низ.	Сер.	Вис.	Низ.	Сер.	Вис.
Невротичності	75	25	0	95	5	0
Спонтанної агресивності	76	24	0	88	12	0
Депресивності	86	14	0	87	13	0
Дратівливості	82	18	0	82	18	0
Товариськості	10	10	80	8	12	80
Врівноваженості	3	12	85	5	10	85
Реактивної агресивності	85	15	0	75	25	0
Сором'язливості	90	10	0	76	24	0
Відкритості	7	13	80	8	12	80
Екстраверсії-інтроверсії	38	6	56	42	14	44
Емоційної лабільності	88	12	0	90	10	0
Маскуліності-фемінінності	87	13	0	0	5	95

Таблиця 6

Види і ступінь адаптивності копінгів у подружжів з порушенням здоров'я сім'ї (методика Е. Хейма)

Варіант копінг-поведінки/стратегії	Групи жінок											
	ДГ1Х, n=107			ДГ1П, n=111			ДГ1Ф, n=103			ДГ2, n=50		
	n	%	±m	n	%	±m	n	%	±m	n	%	±m
Когнітивні копінг-стратегії												
адаптивні	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	2
відносно адаптивні	0	0	1	0	0	1	0	0	1	8	16,0	3,7
не адаптивні	107	100,0	1	111	100,0	1	103	100,0	1	42	84,0	3,7
Емоційні копінг-стратегії												
адаптивні	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1
відносно адаптивні	0	0	1	0	0	1	0	0	1	3	6,0	3
не адаптивні	107	100,0	1	111	100,0	1	103	100,0	1	46	90	46
Поведінкові копінг-стратегії												
адаптивні	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	2
відносно адаптивні	19	17,8	3,8	23	20,7	4,1	19	18,4	3,9	5	10,0	3,0
не адаптивні	88	82,2	3,8	88	79,3	4,1	84	81,6	3,9	45	90,0	3,0
Варіант копінг-поведінки/стратегії	Групи чоловіків											
	ДГ1Х, n=107			ДГ1П, n=111			ДГ1Ф, n=103			ДГ2, n=50		
	n	%	±m	n	%	±m	n	%	±m	n	%	±m
Когнітивні копінг-стратегії												
адаптивні	0	0	1	0	0	1	15	14,6	3,5	0	0	2
відносно адаптивні	47	43,9	5,0	46	41,4	4,9	30	29,1	4,5	4	8,0	2,7
не адаптивні	60	56,1	5,0	65	58,6	4,9	58	56,3	5,0	46	90	2,7
Емоційні копінг-стратегії												
адаптивні	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	2
відносно адаптивні	33	30,8	4,6	42	37,8	4,8	38	36,9	4,8	3	6,0	2,4
не адаптивні	74	69,2	4,6	69	62,2	4,8	65	63,1	4,8	47	94,0	2,4
Поведінкові копінг-стратегії												
адаптивні	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	2
відносно адаптивні	56	52,3	5,0	66	59,5	4,9	63	61,2	4,9	5	10,0	5
не адаптивні	51	47,7	5,0	45	40,5	4,9	40	38,8	4,9	45	90,0	45

Результати вивчення поведінково-опанувальних патернів у подружжів з гармонійних родин представлені в табл. 7.

Таблиця 7

Види і ступінь адаптивності копінгів у жінок та чоловіків ГП (методика Е. Хейма)

Варіант копінг-поведінки/стратегії	ГП, n=50					
	чоловіки			жінки		
	n	%	±m	n	%	±m
Когнітивні копінг-стратегії						
адаптивні	40	80,0	4,0	42	84,0	3,7
відносно адаптивні	10	20,0	4,0	8	16,0	3,7
не адаптивні	0	0	2	0	0	2
Емоційні копінг-стратегії						
адаптивні	88,0	3,2	88,0	43	86,0	3,5
відносно адаптивні	10	3,2	10	7	14,0	3,5
не адаптивні	0	0	2	0	0	2
Поведінкові копінг-стратегії						
адаптивні	41	80	3,8	40	80,0	4,0
відносно адаптивні	9	18,0	3,8	10	20,0	4,0
не адаптивні	0	0	2	0	0	2

6. Обговорення результатів дослідження

Результати вивчення подружньої взаємодії як складової здоров'я сім'ї (табл. 1), довели, що максимально незадоволеними власними подружніми стосунками виявилися ПП з високим рівнем подружньої конфліктності (2-га підгрупа ДГ, ДГ2), задоволеними – подружжя ГП. Так, жінки з високим рівнем подружньої конфліктності були незадоволені своєю роллю господині і необхідністю домінувати у вирішенні сімейних питань через безучасність і «невключення» чоловіка в справи сім'ї, в той же час, були залежні (психологічно) від нього. Чоловіки з таких сімей відчували себе досить вільними від сімейної ситуації, не бачили необхідності в самопожертві і «включеності» в справи сім'ї.

Характеризуючи батьківсько-дитячі відносини обстежених сімей, необхідно відзначити, що вони також мали достовірні відмінності в залежності від рівня подружньої конфліктності ($p < 0,05$). Так, для сімей ДГ2 було притаманне наявність проблем у взаєминах з дитиною – слабкі емоційні зв'язки, відсутність комунікації з дитиною і ухилення від контакту з нею, заперечення партнерських відносин з дитиною, висока ступінь дратівливості по відношенню до дитини, надмірна суворість і авторитарність (придушення

волі, агресивності, сексуальності дитини), «нещовнення» базового почуття безпеки. У подружжів ДГ1 вищеописані тенденції також мали місце, але були не настільки виражені.

Подружжя ГП продемонстрували успішність і узгодженість подружньої і дитячо-батьківської взаємодії.

Для більш детального вивчення особливостей внутрішньосімейних стосунків, перш за все, в ДГ, нами було проведено аналіз сімейної тривоги (із застосуванням однойменної методики Е. Ейдміллера) (табл. 2). Характерною ознакою даного типу тривоги є те, що вона проявляється в сумнівах, страхах, побоюваннях, що стосуються членів родини, сутичок і конфліктів, що виникають в сім'ї, та не поширюються на позасімейні сфери – виробничу діяльність, сусідські відносини і т. і. В основі сімейної тривоги, як правило, лежить погано усвідомлювана невпевненість індивіда в якомусь дуже для нього важливому аспекті сімейного життя. Це може бути невпевненість у почуттях партнера, невпевненість в собі. Індивід витісняє почуття, яке може проявитися в сімейних відносинах, і яке не вписується в його уявлення про себе.

Важливими складовими сімейної тривоги є також почуття безпорадності і відчуття нездатності втрутитися в хід подій в родині, направити його в потрібне русло. Індивід з сімейно-обумовленою тривою не відчуває себе значущою дійовою особою в родині, незалежно від того, яку позицію він в ній займає і наскільки активну роль грає в дійсності.

Отже, у жінок підгрупи ДГ1 виявлені високий рівень почуття провини за те, що відбувається в сім'ї (середня інтенсивність 6,1 балів), тривожність – безпорадність перед подіями в родині (середній показник 6,7 балів), внутрішньосімейна напруга (середня вираженість 7,3 балів), а також високий рівень загальної сімейної тривожності (20,1 балів). На відміну від них, жінки підгрупи ДГ2 не відчували ніякого почуття провини за те, що відбувається в сім'ї (середня 1,01 балів), трохи тривожилися (середня 2,9 балів) але, все-таки, відчували внутрішньосімейну напругу (4,9 балів), правда, менш інтенсивно, ніж жінки підгрупи ДГ1, що, в цілому, обумовлювало досить низький показник загальної сімейної тривожності (9,8 балів). Таким чином, у порівнянні з жінками підгрупи ДГ2 і ГП, у обстежених підгрупи ДГ1 виявлені достовірно вищі показники за всіма шкалами (провини, тривожності, напруги), а також за сумарним показником сімейної тривоги ($p < 0,05$).

Серед чоловіків підгрупи ДГ1 як загальний рівень сімейної тривоги, так і окремих її показників – почуття провини і тривожності, був достовірно ($p < 0,05$) нижче, ніж у жінок підгрупи ДГ1 і чоловіків з підгрупи ДГ2, які виявилися найбільш чутливими до наявних порушень сімейного здоров'я ($p < 0,05$).

Дослідження аддиктивного статусу обстежених, як можливого критерію, що лежить в основі визначеної диференціації подружньої конфліктності та сімейної тривоги, підтвердило зазначену гіпотезу.

Так, аналіз вираженості АП (захоплення аддиктивним об'єктом) показав достовірні розбіжності ($p < 0,05$) між жінками з порушенням сімейних стосунків, в залежності від вираженості сімейної тривоги (табл. 3). У жінок з помірним рівнем подружньої конфліктності та високою сімейною тривою діагностована напруженість аддиктивного статусу (в основному, на рівні вживання з шкідливими наслідками або небезпечного вживання), на відміну від жінок з високим рівнем подружньої конфліктності, або жінок з гармонійних родин.

Середня вираженість АП за більшістю об'єктів серед жінок ДГ1 була практично вдвічі більша, ніж у жінок ДГ2, та ще більша, порівняно з жінками ГП ($p < 0,05$). У жінок ГП вираженість схильності до АП за усіма об'єктами не виходили за рамки нормативних значень, у жінок ДГ2 спостерігалась схожа тенденція, за виключенням таких аддиктивних об'єктів, як шопінг (середня вираженість 14,6 балів), вживання тютюну (тютюнопаління) (середня вираженість 14,4 балів), користування Інтернетом (середня вираженість 11,3 балів) та перегляд телебачення (середня вираженість 10,3 бали), за показники захоплення якими були у них дещо вище норми, проте, нижче, ніж у жінок ДГ1.

Треба відмітити, що у жінок ДГ1 спостерігались так звані «соціально прийнятні» аддикції – надмірне захоплення роботою, шопінгом, користуванням Інтернетом, надмірне вживання кави/чаю, їжі, заняттям фітнесом, тютюнопаління, вживання седативно-снотворних та т. і.

На основі аналізу й узагальнення результатів вивчення аддиктивного статусу, жінки ДГ1 були розділені нами в залежності від виду АП:

– ДГ1Х – жінки з хімічною аддикцією (вживання алкоголю, тютюну, психостимуляторів, канабіноїдів, седативно-снотворних препаратів; провідне джерело – тютюн) – 33,3 % (107 осіб);

– ДГ1П – жінки з поведінковою аддикцією (надмірне захоплення роботою, шопінгом, переглядом телебачення, Інтернетом, читанням, комп'ютерними або азартними іграми; провідні джерела – шопінг, робота) – 34,6 % (111 осіб);

– ДГ1Ф – жінки з фізіологічною аддикцією (надмірне захоплення їжею, сексом, фітнесом, чаєм/кавою; провідні джерела – їжа, чай/кава, фітнес) – 32,1 % (103 особи).

З огляду на отримані дані, подальші дослідження здійснювали, враховуючи встановлений розподіл жінок ДГ1, в залежності від виду притаманної їм АП.

Вивчення особливостей інтрапсихічного рівню сімейної взаємодії довело наступне (табл. 4).

Подружжя з помірним рівнем подружньої конфліктності та АП у жінки, незалежно від її виду, характеризувалися нестійкістю емоційного стану, що проявлялося в частих коливаннях настрою, підвищеної збудливості, дратівливості, недостатньої саморегуляції. Жінки мали погану саморегуляцію психічних станів, нестійкий емоційний стан, по-

часту були не здатні до роботи, що вимагала відомої напруги, більш високого рівня контролю за діями, вольових зусиль, концентрації, зібраності. Ситуації із високою мірою невизначеності чоловіки переносили погано, легко впадали у відчай та агресію. Гостро переживаючи свій неуспіх, могли разом із реакціями самозвинувачення демонструвати ворожість по відношенню до навколишніх осіб.

При визначенні відмінностей між жінками ДГ1 та ДГ2 можна зазначити, що жінки ДГ2 виявились найбільш неврівноваженими, дратівливими з високою спонтанною і реактивною агресивністю. Ці риси, у сполученні з такими же у їх чоловіків, ставали основою для розвитку порушення здоров'я родини, однак саме вони і визначали спосіб каналізації психоемоційної напруги і фрустраційних реакцій, відмінний від аддиктивного, притаманного жінкам дослідницьких груп.

Дослідженням жінкам та чоловікам ДГ2 властиво виявилась наявність схильності до психопатизації, агресивного ставлення до соціального оточення, прагнення до домінування зі схильністю до афектації. Вони були імпульсивні, відрізнялися нетерпимістю, схильністю до ризику, високим рівнем домагань. Для них було характерно виражене відчуття суперництва в міжособистісних відносинах, прагнення до домінуючої позиції, а також «застрягання» на негативних емоціях і переживаннях. Невміння стримувати свій гнів і роздратування, у відсутності контролю за імпульсивністю власних вчинків, призводило до схильності в участі у сварках і скандалах. Також констатовано збільшення емоційної лабільності та зменшення врівноваженості жінок та чоловіків протягом збільшення часу життя з порушенням здоров'я родини.

Дослідженням ГП (табл. 5) було властиво прагнення до довірливої та відвертої взаємодії з навколишніми людьми при високому рівні самокритичності (відкритість); добра захищеність до дії стрес-факторів звичайних життєвих ситуацій, що базувалася на упевненості в собі, оптимістичності і активності, відсутність внутрішньої напруженості, свободу від конфліктів, задоволеності собою і своїми успіхами (врівноваженість); наявність вираженої потреби в спілкуванні і постійній готовності до задоволення цієї потреби. Багатство і яскравість емоційних проявів, природність і невимушеність поведінки, готовність до співпраці, чуйне, уважне відношення до людей. Такі досліджені мали широкий круг друзів, знайомих, легко сходяться з людьми (товариськість). Цим особам була властива екстравертованість, що виявлялося у активності, лідерстві. Такі особи не випробували утруднень у спілкуванні, у встановленні контактів, охоче брали на себе головні ролі у взаєминах з оточенням.

Аналіз розподілу та вираженості індивідуально-психологічних характеристик серед обстежених подружжів з проведенням кластерного аналізу дозволив виділити три кластери особистісних патернів, що визначають особливості інтрапсихічного рівню сімейної взаємодії ($p < 0,01$):

– деструктивно-конгруентний патерн (поєднання у подружжів високих показників спонтанної та реактивної агресивності, дратівливості і емоційної лабільності) – виявився характерним для подружжів ДГ2 (з високим рівнем подружньої конфліктності);

– дезінтеграційний патерн (сполучення в ПП невротичності, дратівливості, емоційної лабільності, сором'язливості, відсутність врівноваженості) – його варіації були притаманні ПП ДГ1, причому, різниці між видами АП не виявлено;

– адаптивний патерн (наявність у подружжів відкритості і врівноваженості) – властивий подружжям ГП.

Вивчення поведінкового рівню сімейної взаємодії (табл. 6, 7) виявило, що у жінок ДГ1, незалежно від виду АП, превалює використання неадаптивних копінг-стратегій за усіма модальностями: серед когнітивних – неадаптивні – 100 %, емоційних – неадаптивні – 100 %, поведінкових – неадаптивні – 82,2 % ДГ1Х, 79,3 % ДГ1П, 81,6 % ДГ1Ф ($p < 0,05$). Їх чоловіки використовували відносно адаптивні (43,9 %, 41,4 %, 29,1 %, відповідно) або неадаптивні (56,1 %, 58,6 %, 56,3 %, відповідно) когнітивні копінгі; відносно адаптивні (30,8 %, 37,8 %, 36,9 %, відповідно) або неадаптивні (69,2 %, 62,2 %, 63,1 %, відповідно) емоційні копінг-стратегії; відносно адаптивні (52,3 %, 59,5 %, 61,2 %, відповідно) або неадаптивні (47,7 %, 40,5 %, 38,8 %, відповідно) поведінкові копінг-стратегії ($p < 0,05$).

Серед жінок ДГ2 випадків використання адаптивних когнітивних, емоційних та поведінкових копінг-стратегій не виявлено; використовувані ними види й структура копінгів розподілилися наступним чином: когнітивні неадаптивні – 84,0 %, відносно адаптивні – 16,0 %; емоційні неадаптивні – 90 %, відносно адаптивні – 8,0 %; поведінкові неадаптивні – 90,0 %, відносно адаптивні – 10,0 % ($p < 0,05$). Серед їх чоловіків спостерігалась схожа ситуація щодо превалювання неадаптивного поведінкового реагування: когнітивні неадаптивні – 90 %, відносно адаптивні – 8,0 %; емоційні неадаптивні – 94,0 %, відносно адаптивні – 6,0 %; поведінкові неадаптивні – 90,0 %, відносно адаптивні – 10,0 % ($p < 0,05$).

На відміну від інших, серед подружжів ГП встановлено переважання адаптивних видів опанування стресу: серед жінок 84,0 % використовували адаптивні когнітивні копінгі, 86,0 % – адаптивні емоційні, 80,0 % – адаптивні поведінкові копінгі ($p < 0,05$). Схожа тенденція була притаманна й чоловікам даної групи, з яких адаптивні когнітивні копінгі використовували 90,0 %, емоційні – 88,0 %, поведінкові – 80 % ($p < 0,05$).

Результати роботи свідчать, що відсутність використання неадаптивних копінг-стратегій притаманне усім проблемним подружжям. Дані поведінково-опанувальні патерни, які, з одного боку, ставали підґрунтям розвитку порушень здоров'я сім'ї, а з іншого – потенціювали його прогресування, не мали значимих відмінностей серед подружжів ДГ1Х, ДГ1П, ДГ1Ф та ДГ2. Ми вважаємо, що копінг-пове-

дінка, притаманна жінкам з АП, не мала суттєвого впливу на її формування, проте, наявність АП, особливо на рівні клінічно окресленого розладу, негативно впливала на стан поведінкового рівню сімейної взаємодії, погіршуючи, тим самим, порушення сімейного функціонування.

На підставі аналізу й узагальнення отриманих результатів, нами типологізовані стратегії подолання, притаманні жінкам різних груп ($p \leq 0,05$).

Проаналізувавши особливості неадаптивних когнітивних копінг-стратегій, притаманних жінкам ДГ1, ми об'єднали їх специфіку у когнітивно-безпорадний тип реагування, при якому когнітивна переробка інформації призводила до усвідомлення жінкою своєї неспроможності й безпорадності як в плані подолання аддиктивних проявів, так і нормалізації сімейного функціонування, що ставало підґрунтям виникнення внутрішньособистісного невротичного конфлікту та підставою подальшого розвитку аддиктивної реалізації й погіршення сімейних стосунків.

Прояви неадаптивного емоційного копіngu, характерних для жінок з АП, ми узагальнили у аддиктивно-унікаючий тип емоційного реагування, який визначав хибний спосіб каналізації психоемоційної напруги та психопатологічної симптоматики, притаманних даним жінкам, через відхід від реальності шляхом захоплення аддиктивними об'єктами, насамперед, соціально-прийнятних видів.

Неадаптивні поведінкові стратегії подолання, встановлені у даного контингенту, були типологізовані нами як залежно-псевдокомпенсаційний тип поведінкового реагування, який визначав формування аддиктивних поведінкових патернів як способу псевдокомпенсації відчуттів емоційної відторгнутості і самотності, що виникали внаслідок порушення сімейних відносин.

Неадаптивні та, частково, відносні стратегії подолання, виявлені у жінок ДГ2, виявились іншими, порівняно з жінками ДГ1. Так, мозаїчний розподіл неконструктивних когнітивних копінгів, призводив до формування когнітивно-некритичного типу реагування, при якому жінки ДГ2 відмовлялися визнавати свою роль у виникненні порушення сімейних стосунків, перекладаючи всю провину на чоловіка або інших оточуючих, тому вважали непотрібним будь-яку трансформацію індивідуально-психологічних особливостей власного реагування.

Компіляція неконструктивних емоційних копінгів призводила до виникнення в них емоційно-деадаптивного типу реагування, який характеризувався імпульсивністю та амплітудою негативних емоційних реакцій від демонстрації активної діяльності з вираженими негативними емоційними переживаннями, до повної бездіяльності та спонтанним бажанням усунути від вирішення будь-яких проблем.

Мозаїка неконструктивних поведінкових копінгів формувала деструктивно-конфліктний тип поведінкового реагування, при якому жінки відчували образу на несправедливість власної долі,

гнів та агресію до оточуючих, покладаючи на них відповідальність за порушення здоров'я родини, що супроводжувалось проявами конфліктної поведінки.

Комбінація когнітивних копінгів жінок ГП складала когнітивно-усвідомлений тип реагування, який характеризувався спрямованістю на подолання стресової ситуації через її когнітивний аналіз та вибір шляху її можливого вирішення. Використовувані жінками ГП емоційні копінг-стратегії утворювали емоційно-рішучий тип реагування, при якому вибір конструктивних стратегій подолання здійснювався через відчуття відповідальності перед близькими та прагненням демонструвати спроможність опанування викликів середовища. Задіяні поведінкові копінгі формували поведінково-діяльнісний тип реагування, головною ознакою якого була направленість на самостійну діяльність у вирішенні проблем з прагненням покладатися на себе та відмовою від допомоги оточуючих.

Узагальнення результатів дослідження, дозволило систематизувати фактори, що визначають стан складових (рівнів) сімейної взаємодії у жінок, та визначити їх роль у розвитку порушення здоров'я сім'ї (табл. 8).

Таблиця 8
Фактори, що мають вплив на стан сімейної взаємодії у жінок

Фактори, що визначають стан сімейної взаємодії	ДГ1, n=321	ДГ2, n=50	ГП, n=50
Прояви АП	Напруженість аддиктивного статусу за соціально-прийнятними видами АП	немає	немає
Рівень подружньої конфліктності	Помірний рівень	Високий рівень	Низький рівень
Викривлення батьківсько-дитячої взаємодії	Помірне	Виражене	Немає
Рівень сімейної тривоги й почуття провини	Високі	Низькі	Низькі
Індивідуально-психологічні патерни, що визначають стан інтрапсихічної взаємодії	Дезінтеграційний	Деструктивно-конфліктний	Адаптивний
Типи реагування, що визначають стан поведінкової взаємодії	Когнітивно-безпорадний	Когнітивно-некритичний	Когнітивно-усвідомлений
	Аддиктивно-унікаючий	Емоційно-деадаптивний	Емоційно-рішучий
	Залежно-псевдо-компенсаційний	Деструктивно-конфліктний	Поведінково-діяльнісний

Отже, на підставі вивчення сімейних ролей і батьківсько-дитячої взаємодії, виділено три варіанти розвитку цих параметрів в залежності від рівня подружньої конфліктності: високий рівень подружньої конфліктності і непродуктивна стратегія батьківсько-дитячих взаємин, помірно виражена конфліктність і спотворення дитяче-батьківських відносин, подружня згуртованість і дитяче-батьківська адаптація. Перші два варіанти були притаманні сім'ям ДГ, третій – ГП.

Серед сімей ДГ найбільш високий рівень конфліктності і деформації батьківсько-дитячих відносин виявився властивий подружжям з порушенням сімейного здоров'я та відсутністю аддиктивних проявів у жінок; помірний рівень був виявлений в сім'ях, в яких жінки відрізнялися напруженістю аддиктивного статусу за соціально-прийнятним аддикціям.

У жінок з аддиктивною компрометацією виявлено наявність значного рівня переживань провини, тривожності і напруги, пов'язані з порушенням сімейних відносин, не дивлячись на помірний рівень деформації сімейного взаємодії, в той час як у жінок без аддиктивних проявів загальне почуття сімейної тривоги, як і переживання її складових (крім нервового напруження), практично були відсутні, на відміну від їхніх чоловіків, що продемонстрували високий рівень сімейної тривоги і переживань з приводу наявних порушень сімейного здоров'я.

У подружжів з порушенням родинних стосунків мало місце превалювання негармонійних особистісних рис та дезадаптивні комбінації їх поєднань, на відміну від гармонійних ПП. Встановлені особистісних властивості типологізовані нами у три кластери індивідуально-психологічних патернів, що мали різне наповнення та прояви. В гармонійних парах мав місце адаптивний варіант поєднання особистісних рис. У подружжів з порушенням родинних стосунків встановлено два варіанта дезадаптивних комбінацій особистісних рис: деструктивно-конгруентний та дезінтеграційний. Деструктивно-конгруентний виявився характерним для сімей, в яких у жінок не було аддиктивних проблем (ДГ2), дезінтеграційний – для родин жінок з АП, незалежно від його типу.

У подружжів з порушенням родинних стосунків мало місце превалювання неадаптивних стратегій подолання, незалежно від стану АП у жінок. Однак серед жінок з проблемних родин виявлено якісні розбіжності змістовних типів поєднань і комбінацій копінг-стратегій різних рівнів. Так, жінкам з АП були притаманні когнітивно-безпорадний, аддиктивно-унікаючий і залежно-псевдокомпенсаційний типи реагування, в структурі яких АП набула ролі додаткового деформованого копіngu. Жінкам з некомпроментованим аддиктивним статусом – когнітивно-некритичний, деструктивно-конфліктний і емоційно-дезадаптивний типи реагування, які мали виражений деструктивний вплив на процес опанування ними стресових ситуацій.

7. Висновки

1. АП, виявлена у жінок з помірно вираженою порушення сімейного здоров'я, ставала способом нівеляції психоемоційного напруження, що виникало внаслідок неотримання від родини відчуття психологічного притулку та підтримки, та знижувала рівень його вираженості, викликаючи, однак, почуття сімейної тривоги і провини за те, що відбувається. На відміну від них, жінки з нормативним аддиктивним статусом, наявне негативне психоемоційне фрустраційне тло реалізовували в рамках сім'ї, створюючи тим самим високий рівень подружньої і дитяче-батьківської конфліктності і не відчуючи при цьому ані провини, ані тривожності за те, що відбувається.

2. Дезінтеграційна комбінація інтрапсихологічних властивостей та когнітивно-безпорадний, аддиктивно-унікаючий і залежно-псевдокомпенсаційний типи поведінкового реагування, ставали патопластичним фактором виникнення АП у жінок з порушенням здоров'я родини, яке формувалось як патологічний спосіб каналізації психоемоційного напруження, що виникало у них внаслідок деформації сімейних відносин.

3. Деструктивно-конгруентний варіант поєднання особистісних рис та когнітивно-некритичним, деструктивно-конфліктним і емоційно-дезадаптивними типами поведінкового реагування, патогномічними для подружжів з порушенням родинних стосунків, в яких жінки не мали аддиктивних проблем, обумовлював інші шляхи патологічного реагування на патогенну сімейну ситуацію, яка реалізовувалась в рамках родини, підвищуючи рівень сімейної напруги деструкції подружніх відносин.

4. Отримані дані були покладені нами в основу при розробці системи психологічної корекції та психопрофілактичної підтримки здоров'я сім'ї за наявності АП у жінок.

Література

1. Кришталь, В. В. Любовь и секс как лечебный фактор [Текст] / В. В. Кришталь // Медицинская психология. – 2006. – № 2. – С. 14–19.
2. Кришталь, В. В. Системная семейная психотерапия нарушенной здоровья семьи [Текст] / В. В. Кришталь // Медицинская психология. – 2007. – Т. 1, № 2. – С. 3–8.
3. Маркова, М. В. Загальний погляд на проблему формування та функціонування сім'ї [Текст] / М. В. Маркова, Т. Г. Ветрила // Український вісник психоневрології. – 2009. – Т. 17, Вип. 1 (58). – С. 89–92.
4. Маркова, М. В. До проблеми трансформації інституту сім'ї [Текст] / М. В. Маркова // Міжнародний психіатричний, психотерапевтичний та психоаналітичний журнал. – 2007. – № 1. – С. 91–94.
5. Маркова, М. В. Криза інституту сім'ї як „дзеркало” загальної трансформації суспільства [Текст]: наук.-практ. конф. / М. В. Маркова // Актуальні питання медичної психології та психотерапії. – Харків-Ялта, 2007. – С. 27–28.
6. Кришталь, В. В. Сексологія [Текст]: навч. пос. / В. В. Кришталь, С. В. Кришталь, Т. В. Кришталь. – Харків: Фоліо, 2008. – 990 с.

7. Агарков, С. Т. Супружеская дезадаптация [Текст] / С. Т. Агарков. – М.: Едиториал УРСС, 2004. – 256 с.

8. Агишева, Н. К. Психологическая несовместимость и конфликтологическая некомпетентность в супружеской жизни [Текст] / Н. К. Агишева // Междунар. мед. журнал. – 2007. – Т. 13, № 4. – С. 6–9.

9. Markova, M. Behavioral addiction as a codependence's manifestation of wife men with alcohol dependence [Text] / M. Markova, V. Yaruĭ // WPA Congress «Psychiatric epidemiology meets genetics: the public health consequences». – 2016. – P. 54–55.

10. Карвасарский, Б. Д. Клиническая психология [Текст] / Б. Д. Карвасарский, М. Пере; под ред. Б. Д. Карвасарского. – 2-е изд. – СПб.: ПИТЕР, 2007. – 960 с.

11. Линский, И. В. Аддиктивный статус и метод его комплексной оценки при помощи системы AUDIT-подобных тестов [Текст] / И. В. Линский, А. И. Минко, А. Ф. Артемчук и др. // Психическое здоровье. – 2010. – № 6 (49). – С. 33–45.

12. Лапач, С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel [Текст] / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич. – К.: Моррион, 2000. – 320 с.

References

1. Kryshtal', V. V. (2006). Ljubov' i seks kak lechebnyĭ faktor. Medicinskaja psihologija, 2, 14–19.

2. Kryshtal', V. V. (2007). Sistemnaja semejnaja psihoterapija narushenij zdorov'ja sem'i. Medicinskaja psihologija, 1 (2), 3–8.

3. Markova, M. V., Vjetryla, T. G. (2009). Zagal'nyĭ poĭgljad na problemu formuvannja ta funkcionuvannja sim'i'. Ukraïns'kyj visnyk psyhonevrologii', 17 (1 (58)), 89–92.

4. Markova, M. V. (2007). Do problemy transformacii' instytutu sim'i'. Mizhnarodnyĭ psyhiatrychnyj, psyhoterapevtychnyj ta psyhoanalitychnyj zhurnal, 1, 91–94.

5. Markova, M. V. (2007). Kryza instytutu sim'i' jak „dzerkalo” zagal'noi' transformacii' suspil'stva. Aktual'ni pytannja medychnoi' psihologii' ta psyhoterapii'. Kharkiv-Jalta, 27–28.

6. Kryshtal', V. V., Kryshtal', Je. V., Kryshtal', T. V. (2008). Seksologija. Kharkiv: Folio, 990.

7. Agarkov, S. T. (2004). Supružheskaja dezadaptacija. Moscow: Editorial URSS, 256.

8. Agisheva, N. K. (2007). Psihologičeskaja nesovmestimost' i konfliktologičeskaja nekompetentnost' v supružheskoj zhizni. Mezhdunar. med. Zhurnal, 13 (4), 6–9.

9. Markova, M., Yaruĭ, V. (2016). Behavioral addiction as a codependence's manifestation of wife men with alcohol dependence. WPA Congress «Psychiatric epidemiology meets genetics: the public health consequences», 54–55.

10. Karvasarskij, B. D., M. Pere; Karvasarskiy, B. D. (Ed.) (2007). Kliničeskaja psihologija. Sankt-Peterburg: PITER, 960.

11. Linskij, I. V., Minko, A. I., Artemchuk, A. F. et. al. (2010). Addiktivnyĭ status i metod ego kompleksnoj ocenki pri pomoshhi sistemy AUDIT-podobnyh testov. Psihicheskoe zdorov'e, 6 (49), 33–45.

12. Lapach, S. N., Chubenko, A. V., Babich, P. N. (2000). Statisticheskie metody v mediko-biologičeskikh issledovanijah s ispol'zovanijem Excel. Kyiv: Morion, 320.

*Рекомендовано до публікації д-р мед. наук, професор Маркова М. В.
Дата надходження рукопису 28.10.2016*

Савіна Майя Василівна, кандидат медичних наук, доцент, кафедра психіатрії, наркології, неврології та медичної психології, Харківський національний університет ім. В. Н. Каразіна, пл. Свободи, 4, м. Харків, Україна, 61022
E-mail: ms@kharkov.ua