

ПОРУШЕННЯ ЗДОРОВ'Я СІМ'Ї В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ: ФЕНОМЕНОЛОГІЯ, МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ, ПСИХОКОРЕКЦІЯ

Харківська медична академія післядипломної освіти

Досліджено феноменологію та механізми розвитку порушення здоров'я сім'ї демобілізованих учасників бойових дій. Узагальнення отриманих результатів підтвердило полімодальність феномену порушення здоров'я родин комбатантів. Розроблено програму психокорекції порушення здоров'я родин комбатантів, яка враховує як спільні закономірності його розвитку, так і змістовні відмінності його проявів залежно від клініко-психологічного варіанта. Оцінка ефективності, здійснена шляхом порівняльного аналізу показників подружньої задоволеності і якості життя респондентів, довела їх дієвість відносно обраних мішеней психокорекційного впливу.

Ключові слова: порушення здоров'я сім'ї, комбатанти, психокорекція.

За історію свого існування людство пережило понад 4,5 тисяч різноманітних війн, кількість яких не зменшується з розвитком технологічного прогресу [1]. Протягом останніх двадцяти п'яти років майже половина усіх країн світу проводили воєнні операції [2]. Від 2014 р. Україна приєдналась до держав, громадяни яких вимушені захищати країну, беручи участь у військових діях. Станом на січень 2019 р. офіційний статус учасника бойових дій мали понад 350 тисяч осіб.

Із проблемами адаптації демобілізованого військовослужбовця сім'я зіштовхується відразу після повернення бійця додому, і в багатьох випадках родина неспроможна подолати наявні труднощі, що перетворює їх на додатковий психотравмуючий чинник, який обтяжує і без того складний психологічний стан комбатанта та його рідних [3].

Американськими дослідниками ще у 1992 р. було доведено, що в родинях ветеранів в'єтнамської війни спостерігався підвищений рівень серйозних та дифузних проблем функціонування, зокрема вдвічі вищий порівняно зі звичайними сім'ями індекс подружніх проблем, на 30 % збільшений рівень насильства та у шість разів менш виражене відчуття щастя [4]. Результати хорватського дослідження (2002) свідчать про наявність у дружин комбатантів з ознаками посттравматичного стресового розладу (ПТСР) удвічі вищого відсотка депресії і тривоги порівняно з дружинами ветеранів без ПТСР (77,5 проти 32,5 %), на 20 % збільшену поширеність соматичних захворювань, а також тиск відчуття тягаря відповідальності за родину, що відбувалося на тлі проявів емоційного, словесного і фізичного насильства, яке вони зазнають із боку чоловіків [5]. Ізрайльськими вченими (2013) доведено, що дружини бійців з ознаками посттравматичної психологічної дезадаптації гірше

порівняно з жінками зі звичайних родин комбатантів оцінюють подружню сумісність, а сімейні відносини сприймають як менш згуртовані та позбавлені консенсусів [6].

З огляду на зазначене актуальність і необхідність вивчення специфіки механізмів формування порушення здоров'я сім'ї демобілізованих військовослужбовців, пошуку персоніфікованих мішеней психокорекційного впливу та розробки на цій основі заходів його психологічної корекції та підтримки не викликає сумніву.

Метою цієї роботи було дослідження феноменології та механізмів розвитку порушення здоров'я сім'ї демобілізованих учасників бойових дій як підґрунтя для розробки програми його психологічної корекції.

На основі інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики і деонтології на базі Комунального некомерційного підприємства Харківської обласної ради «Обласний психоневрологічний диспансер» протягом 2015–2017 рр. було комплексно обстежено 100 демобілізованих військовослужбовців, що брали участь у бойових діях, та їх дружин — загалом 200 осіб.

У дослідженні використовували клініко-психопатологічний і психодіагностичний методи, а також системно-структурний аналіз сексуального здоров'я, розроблений В. В. Кришталем на основі авторської чотирифакторної концепції забезпечення сексуального здоров'я [7]. Отримані результати піддавали аналізу за допомогою методів математичної статистики [8].

Психодіагностичний інструментарій дослідження містив: 1) батарею AUDIT-подібних тестів, розроблених колективом авторів під керівництвом І. В. Лінського [9], для визначення адиктивного статусу комбатантів; 2) шкали депресії А. Бека

та тривоги Д. Шихана [10]; методику визначення ступеня задоволеності власним функціонуванням у різних сферах І. Karler в адаптації Б. Д. Карвасарського [11], методику діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса — Р. Даймонд [12] та методику оцінки якості життя J. E. Mezzich et al. в адаптації Н. О. Марути [13] для оцінки стану психоемоційної сфери та соціального функціонування; 3) Фрайбурзький особистісний опитувальник [12]; методику діагностики копінг-поведінки Е. Heim [12] і визначення типу поведінки у конфліктних ситуаціях К. Томаса в адаптації Н. В. Грішиної [12] для діагностики індивідуально-психологічних властивостей і поведінкових патернів; 4) опитувальник подружньої задоволеності А. Лазаруса [14]; опитувальник «Конструктивно-деструктивна родина» Е. Ейдемільера, В. Юстіцкіса [15]; методику оцінки виконання функцій родини — опитувальник В. В. Кришталя, І. А. Семенкіної [16] для оцінки особливостей сімейної взаємодії. Ефективність розроблених заходів визначали за оцінкою подружньої задоволеності А. Лазаруса та якості життя J. E. Mezzich et al.

Скринінгова оцінка стану подружніх стосунків, здійснювана з використанням опитувальника подружньої задоволеності А. Лазаруса, виявила у переважної більшості (72,0%) обстежених подружніх пар наявність подружньої незадоволеності: значної (загальний показник подружньої задоволеності в обох із подружжя менше 80 балів) — 29,0% від загальної вибірки, 40,3% від родин із подружньою незадоволеністю, або часткової (загальний показник менше 80 балів виявлено в одного з подружжя, частіше — у дружини) — 43,0% від загальної вибірки, 59,7% від кількості осіб, незадоволених подружніми стосунками. Успішність родинної взаємодії продемонстрували 28,0% подружжів, про що свідчили конгруентні високі (понад 80 балів) показники подружньої задоволеності. Отже, за критерієм успішності подружніх стосунків обстежені родини були розділені на дві групи. Основну групу (ОГ) склали 72 подружні пари з порушенням здоров'я родини, групу порівняння (ГП) — 28 успішних сімейних пар.

Ураховуючи сучасні уявлення стосовно впливу психотравматичного досвіду у вигляді участі в бойових діях на стан психічного здоров'я і соціального функціонування комбатанта та його близьких [17–19], при аналізі та інтерпретації отриманих результатів ми виходили з того факту, що поствоєнні патологічні зміни у вигляді постстресової психологічної дезадаптації, що концептуалізуються у рамках моделі «передхвороби», спостерігаються у переважної більшості учасників бойових дій [20].

Отже, прояви постстресової психологічної дезадаптації у вигляді ознак психічної дезадаптації були притаманні більшості обстежених, причому

клінічно виражена психопатологічна симптоматика спостерігалась у 78% чоловіків і 24% жінок: адаптаційні розлади F43.2, що були діагностовані у 31% комбатантів та 17% їх дружин (з них F43.22 змішана тривожно-депресивна реакція — у 14% чоловіків й 13% жінок; F43.21 пролонгована депресивна реакція — у 11% чоловіків; F43.23 з переважанням порушення інших емоцій — у 6% чоловіків і 4% жінок). ПТСР діагностовано у 20% комбатантів. Серед інших нозологій траплялися такі: F45.3 соматоформна вегетативна дисфункція — у 9% чоловіків і 7% жінок; F06.6 органічний емоційно нестійкий (астенічний) розлад — у 8% комбатантів; F34.1 дистимія — у 5% респондентів, F07.2 посткомоційний синдром — у 3%, а F62.0 стійкі зміни особистості після катастрофічного переживання — у 2% комбатантів. Детальне вивчення психоемоційного статусу обстежених довело факт його погіршення у більшості комбатантів та значної кількості їхніх дружин (на рівні легкої або помірної депресії та субклінічної або клінічно вираженої тривоги), проте серед обстежених із неуспішними сімейними стосунками прояви тривожно-депресивного реагування були більш вираженими, ніж в осіб, задоволених подружнім життям.

Поведінкова дезадаптація як прояв постстресової психологічної дезадаптації у вигляді адиктивного реалізації різного ступеня вираженості — від клінічно окреслених розладів до небезпечного або шкідливого вживання деяких адиктивних об'єктів на кшталт алкоголю й тютюну — визначалась у 100% чоловіків і 78% жінок. Взагалі напруженість адиктивного статусу була значно виразніша у респондентів ОГ, ніж у ГП. У цілому серед обстежених переважали схильність до адикції за об'єктами хімічного походження, однак випадки напруженого адиктивного статусу стосовно об'єктів нехімічного походження становили близько третини від загальної кількості.

Особистісна дезадаптація у вигляді акцентуації особистісних рис або браку розслаблення і відпочинку була притаманна 100% подружжів. У респондентів ОГ обох статей, на відміну від обстежених ГП, при аналізі особистісних рис установлені вищі рівні невротичності, депресивності, дратівливості, сором'язливості, емоційної лабільності та нижчі — комунікабельності, врівноваженості, реактивної агресивності, екстраверсії — інтроверсії, маскулінності.

У структурі особистісних властивостей як серед чоловіків, так і жінок ОГ, порівняно з ГП, було більше осіб із високим рівнем невротичності, емоційної лабільності, сором'язливості, депресивності, дратівливості та менше — за шкалами спонтанної агресивності, врівноваженості, реактивної агресивності, відкритості, маскулінності.

Якісний аналіз індивідуально-психологічних властивостей опитуваних виявив певні асоціації особистісних рис, які формували особистісні профілі респондентів: депресивно-інтровертивний, невротично-депресивний, афективно-лабільний, інтровертивно-агресивний та афективно-стабільний.

Для подружжів ОГ були характерними патологічні депресивно-інтровертивний, невротично-депресивний й відносно патологічний афективно-лабільний профілі, тоді як у гармонічних подружжях превалювали збалансований афективно-стабільний або відносно патологічний афективно-лабільний персонологічні профілі.

Треба зазначити, що у родинях ОГ, в яких відзначено високий рівень незадоволеності подружніми стосунками (40,3% в ОГ) для усіх чоловіків та більшості (34,7%) їхніх дружин характерним виявився найбільш патогенний депресивно-інтровертивний особистісний профіль, що, безсумнівно, ставало одним із патогенетичних факторів психогенезу порушення їхнього сімейного здоров'я. Серед інших подружжів ОГ, які відрізнялись частковим незадоволенням сімейною взаємодією, превалювали відносно патологічні невротично-депресивний, афективно-лабільний, а у 16,7% жінок — збалансований афективно-стабільний персонологічні профілі, що було підґрунтям розвитку у цих подружніх пар менш виражених порушень родинного здоров'я.

При порівнянні способів урегулювання конфліктів, притаманних обстеженим парам, було встановлено, що подружжя ОГ достовірно більше використовували неконструктивні підходи щодо виходу з конфлікту за допомогою стилів суперництва або уникнення, а також такі відносно конструктивні стилі, як пристосування та компроміс. На відміну від них, серед гармонійних подружжів як за вираженістю, так і за розповсюдженістю превалювали стилі співпраці і компромісу.

Аналіз особливостей копінг-поведінки підтвердив превалювання її неконструктивних типів усіх модальностей у чоловіків ОГ та поєднання неконструктивних і відносно конструктивних її типів у їхніх дружин, тоді як подружжя групи порівняння використовували здебільшого адаптивні копінги усіх модальностей.

Факт наявності збалансованого (афективно-стабільного) або відносно патологічного (афективно-лабільного) особистісного профілю, конструктивних поведінкових стратегій виходу з конфліктних ситуацій та адаптивних копінгів усіх модальностей, притаманних гармонійним подружжям, розглядався нами як підтвердження присутності у них внутрішньоособистісних ресурсів щодо збереження здоров'я сім'ї.

Ознаки соціальної дезадаптації — прояви постстресової психологічної дезадаптації у вигляді

як загальної проблеми адаптації при переході від одного життєвого циклу до іншого, так і окремих соціально-економічних проблем, були притаманні практично усім обстеженим подружжям.

У більшості комбатантів та їхніх дружин спостерігались труднощі функціонування у різних сферах. Проте якщо труднощів у професійній та соціальній сферах зазнавали більшість чоловіків, то з проблемами подружнього життя та взаємин із родичами стикалися 72% подружжів, натомість 28% родин оцінювали сферу подружнього життя як успішну і ресурсну.

Серед чоловіків ОГ вираженість труднощів функціонування була надзвичайно високою і за трьома з чотирьох сфер виявлялася на рівні, близькому до 70% від максимальної кількості балів, що у 1,2 рази перевищувало допустимий відносно нормативний показник. Чоловіки ГП відзначали відсутність проблем у сімейних стосунках, однак вони їх мали у професійній і соціальній сферах. Ми можемо зробити припущення, що їх вираженість не ставала загрозою для загальної успішності функціонування, вочевидь, за рахунок амортизаційного ефекту гармонійних подружніх стосунків та відсутності проблем із родичами.

Для чоловіків, незадоволених подружніми стосунками, характерними були ознаки соціально-психологічної дезадаптації, що виявлялися накопиченням дезадаптивних форм реагування та поведінки, відчуттям психоемоційного напруження, незадоволеністю собою та іншими. Їхніх дружин характеризувала менша вираженість дезадаптивних проявів.

Якість життя подружжів, незадоволених сімейними стосунками, була істотно нижчою, ніж в успішних родинях як за інтегральним показником, так і за окремими шкалами, особливо за психоемоційним благополуччям, міжособистісною взаємодією та соціоемоційною підтримкою.

Таким чином, незважаючи на те що усі обстежені чоловіки мали попередній психотравматичний досвід, а більшість із них — розлади психічної сфери посттравматичного змісту, обумовлені постстресовим реагуванням, подружжя, задоволені сімейними стосунками, виявили успішність психосоціального функціонування за усіма дослідженими критеріями (труднощі соціального функціонування, соціально-психологічна адаптація, якість життя) порівняно з тими сімейними парами, які були незадоволені подружніми взаєминами. На наш погляд, успішність сімейних стосунків та психосоціального функціонування мають взаємопідтримуючий та взаємноіндукуючий вплив: гармонійність сімейного функціонування дає амортизуючий ефект щодо нівеляції проявів постстресової соціальної дезадаптації комбатантів

та їхніх дружин, а успішність у цілому їхнього психосоціального функціонування стає міжособистісним ресурсом щодо збереження здоров'я сім'ї.

Прояви сексуальної дезадаптації спостерігалися у більшості подружжів, а сімейної — у всіх пар ОГ. Системно-структурний аналіз сексуального здоров'я дав змогу виділити два клінічних варіанти його порушення в обстежених ОГ: виражене порушення зі стрижневим ураженням психологічного і соціально-психологічного компонентів було діагностовано у 29 пар, відносно порушення зі стрижневим ураженням соціально-психологічного компонента — у 43 подружжів ОГ.

Результати визначення типу родини респондентів за методикою Е. Г. Ейдемільера і В. В. Юстіцькіса підтвердили наявний розподіл: 29 сімей (ОГ1) мали виражений деструктивний тип родини; 43 подружні пари (ОГ2) — відносно деструктивний, а 28 сімей (ГП) — конструктивний типи родини.

Такий розподіл зберігся при вивченні стану виконання функцій сім'ї: конгруентне абсолютне невиконання більшості сімейних функцій було зафіксовано у 29 випадках ОГ; часткове — у 43 родин ОГ. Подружжя ГП продемонстрували конгруентне виконання більшості родинних функцій.

Установлено, що у родин комбатантів зі значною подружньою незадоволеністю (29,0%) є виражене порушення сексуальної реалізації, деструктивний тип сімейних відносин та патологічна конгруентність вираженого невиконання подружжями більшості сімейних функцій. Сім'ї комбатантів із відносною подружньою незадоволеністю (43,0%) відрізнялися певним порушенням сексуального здоров'я, деструктивним типом родини та дисконгруентною оцінкою часткового невиконання родинних функцій. Для сімей комбатантів, задоволених подружніми стосунками (28,0%), не були характерними порушення сексуальності, їм були притаманні конструктивний тип родинних

стосунків та конгруентне успішне виконання більшості функцій сім'ї.

Узагальнення отриманих результатів підтвердило сформульовану нами гіпотезу про поліморфність феномену порушення здоров'я родин комбатантів, що має щонайменше психопатологічний, поведінковий, особистісний, психосоціальний, сексуальний і сімейний виміри проблеми.

Крім того, на основі отриманих даних ми виділили два клініко-психологічних варіанти порушення здоров'я сім'ї (ПЗС) у комбатантів: деструктивно-конгруентний, що був притаманний 40% подружжів, і травматично-неузгоджений, що траплявся у 60% родин ОГ. Ці варіанти мають як спільні структурні особливості, так і специфічні змістовні відмінності (табл. 1).

На основі узагальнення результатів нами розроблено програму психокорекції порушення здоров'я родин комбатантів, яка враховує як спільні закономірності його розвитку, так і змістовні відмінності його проявів залежно від клініко-психологічного варіанта (табл. 2).

Програма складається з п'яти етапів: мотиваційного, діагностичного, інформаційної підготовки, активної психокорекції та психологічної підтримки. Етап активної психокорекції містить 5 стадій: стабілізаційну, партнерську, подружню, сімейну й оцінки ефективності.

Перші три етапи і дві стадії активної психокорекції є неспецифічними для варіанта порушення здоров'я родини, а об'єм і зміст психокорекційних заходів подружньої і сімейної стадій є диференційованими з урахуванням клініко-психологічного варіанта порушення здоров'я родини комбатанта.

Оцінка ефективності, здійснена шляхом порівняльного аналізу показників подружньої задоволеності та якості життя осіб основної і контрольної груп, довела їх дієвість відносно обраних мішеней психокорекційного впливу.

Таблиця 1

Якісна структурно-змістова характеристика клініко-психологічних варіантів порушення здоров'я сім'ї у комбатантів

Параметр оцінки	Стать	Деструктивно-конгруентний варіант ПЗС, n = 29	Травматично-неузгоджений варіант ПЗС, n = 43
<i>Психічна дезадаптація (рівень вираженості психопатологічних феноменів)</i>			
Депресивний розлад	Ч	Помірний + легкий	Легкий + відсутній
	Ж	Легкий	Легкий + відсутній
Тривожний розлад	Ч	Клінічно виражений	Клінічно виражений + відсутній
	Ж	Клінічно виражений + відсутній	Відсутній
<i>Поведінкова дезадаптація (рівень вираженості адиктивних феноменів)</i>			
Об'єкт адикції: алкоголь	Ч	Залежність + небезпечне вживання	Шкідливе + безпечне вживання
	Ж	Безпечне вживання	Безпечне вживання

Параметр оцінки	Стать	Деструктивно-конгруентний варіант ПЗС, n = 29	Травматично-неузгоджений варіант ПЗС, n = 43
тютюн	Ч	Залежність	Залежність + шкідливе + безпечне вживання
	Ж	Залежність	Залежність + шкідливе + безпечне вживання
чай, кава	Ч	Залежність + небезпечне вживання	Безпечне вживання
	Ж	Безпечне вживання	Безпечне вживання
<i>Особистісна дезадаптація</i>			
Інтерперсональні особливості	Ч	Депресивно-інтровертивний, інтровертивно-агресивний профілі	Невротично-депресивний, афективно-лабільний профілі
	Ж	Депресивно-інтровертивний, афективно-лабільний профілі	Афективно-стабільний, невротично-депресивний, афективно-лабільний профілі
Поведінка у конфлікті	Ч	Суперництво, уникання	Співпраця, компроміс, пристосування, уникання
	Ж	Суперництво, уникання	Співпраця, компроміс, пристосування
Копінг-поведінка	Ч	Неадаптивні когнітивний, емоційний, поведінковий копінги	Неадаптивні + відносно адаптивні когнітивний, емоційний, поведінковий копінги
	Ж	Відносно адаптивні + адаптивні когнітивний, емоційний, поведінковий копінги	Адаптивні когнітивний, емоційний, поведінковий копінги
<i>Психосоціальна дезадаптація (↑ — ступінь вираженості труднощів функціонування)</i>			
Сфери труднощів функціонування	Ч	Подружнє життя↑↑, професійна сфера↑↑, соціальна сфера↑↑, взаємини з родичами↑	Подружнє життя↑, професійна сфера↑, соціальна сфера↑
	Ж	Подружнє життя↑↑, професійна сфера↑, соціальна сфера↑, взаємини з родичами↑	Подружнє життя↑, взаємини з родичами↑
Соціально-психологічна адаптація	Ч	Зниження загальної адаптованості, прийняття себе та інших, психоемоційного комфорту, інтернальності, збалансованого домінування та збільшення дезадаптивності, фрагментації та відчуження власного "Я", неприйняття інакшого іншого, психічного дискомфорту, підлеглості, залежності від ситуації та ставлення оточення, уникнення вирішення проблем	
	Ж	Менша вираженість дезадаптивних проявів	
Якість життя	Ч	Низька	Знижена
	Ж	Нижче середнього рівня	Знижена
<i>Сексуальна дезадаптація</i>			
Порушення сексуального здоров'я	Ч	Втрата статевого потягу, відсутність психосексуального задоволення, еректильна дисфункція, передчасна еякуляція	
	Ж	Втрата статевого потягу, відсутність психосексуального задоволення, оргазмічна дисфункція	Часткова втрата статевого потягу, відсутність психосексуального задоволення
Системно-структурний аналіз сексуального здоров'я		Виражене порушення зі стрижневим ураженням психологічного і соціально-психологічного компонентів	Відносне порушення зі стрижневим ураженням соціально-психологічного компонента
<i>Сімейна дезадаптація</i>			
Подружня задоволеність		Значна подружня незадоволеність	Часткова подружня незадоволеність
Тип сімейних стосунків		Виражений деструктивний тип	Відносно деструктивний тип
Виконання функцій сім'ї		Повне конгруентне невиконання більшості функцій	Часткове дисконгруентне невиконання більшості функцій

Програма заходів психологічної корекції порушення здоров'я сім'ї у комбатантів

Етап	Мета	Мішень	Засіб
Мотиваційний (1 зустріч)	Формування терапевтичного альянсу і мотивації на участь у роботі	Негативні установки щодо співпраці з лікарем-психологом	Елементи мотиваційного інтерв'ю
Діагностичний (2 зустрічі)	Ідентифікація мішеней психокорекції	Психоемоційний і адиктивний статус, особистісні та поведінкові патерни, особливості психосоціального функціонування, сексуальної реалізації і сімейної взаємодії	Психодіагностика
Інформаційної підтримки (2 зустрічі)	Підвищення інформованості щодо постстресової психологічної дезадаптації та її впливу на функціонування комбатанта та його близьких	Брак інформації щодо впливу психотравматичного досвіду на стан психічного здоров'я, соціального і сімейного функціонування	Елементи психоосвіти
Активної психокорекції (приблизно півроку) Стадія стабілізації	Редукція психопатологічної симптоматики, нівеляція напруженості адиктивного статусу комбатанта	Психічна і поведінкова постстресова дезадаптація	Травмофокусована КПТ, групова ПТ, АТ, стрес-менеджмент, м'язова релаксація
Партнерська стадія	Редукція психопатологічної симптоматики, профілактика вторинної травматизації дружини	Психічна і поведінкова постстресова дезадаптація	Групова ПТ, АТ, стрес-менеджмент, м'язова релаксація
Подружня стадія	Гармонізація дезадаптивних особистісних і поведінкових патернів, нівеляція соціально-психологічної дезадаптації подружжів	Особистісна і психосоціальна постстресова дезадаптація	КПТ, когнітивно орієнтована ПТ, реконструктивна й персоналістична ПТ, тренінги ефективної комунікації та подолання конфліктів
Сімейна стадія	Нормалізація сімейної взаємодії	Сексуальна і сімейна постстресова дезадаптація	Сімейна, парна ПТ, елементи сексуально-еротичного, рольового психосексуального тренінгів
Стадія визначення ефективності	Оцінка успішності психокорекції	Психоемоційний статус, особливості сімейної взаємодії	Психодіагностика
Психологічної підтримки (за запитом)	Підтримка і збереження позитивних змін	Нові навички адекватного сімейного функціонування	Групова ПТ, групи самодопомоги

Примітка: КПТ — когнітивно-поведінкова терапія; ПТ — психотерапія; АТ — аутогенне тренування.

Список літератури

1. Марков А. Р. Особливості психосоціального функціонування у пацієнтів первинної медичної мережі в залежності від залученості до користування засобами консцієнтальної війни / А. Р. Марков // Психологічний часопис.— 2016.— Вип. 4, № 2.— С. 189–210.
2. Рибик Л. А. Вторинний посттравматичний стресовий розлад у дружин учасників бойових дій / Л. А. Рибик // Юридична психологія.— 2016.— № 2 (19)— С. 148–158.
3. Маркова М. В. Порушення здоров'я сім'ї демобілізованих військовослужбовців — учасників АТО: психопатологічний, психологічний, психосоціальний і сімейний виміри проблеми / М. В. Маркова, Г. С. Росінський // Укр. вісн. психоневрології.— 2018.— Т. 26, вип. 1 (94)— С. 78–82.
4. Problems in families of male Vietnam veterans with post-traumatic stress disorder / B. K. Jordan, C. R. Marmar, J. A. Fairbank [et al.] // J. Consult. Clin. Psychol.— 1992.— Vol. 60 (6)— P. 916–926.
5. Chronic Pain and Secondary Traumatization in Wives of Croatian War Veterans Treated for Post Traumatic Stress Disorder / E. Koić, T. Francišković, L. Mužinić-Masle [et al.] // Acta clinica Croatica.— 2002.— Vol. 41, № 4.— P. 295–306.
6. Kimhi S. Conscripted without Induction Order: Wives of Former Combat Veterans with PTSD Speak / S. Kimhi, H. Doron // Psychology.— 2013.— Vol. 4, № 3.— P. 189–195.— doi: org/10.4236/psych.2013.43029
7. Кришталь В. В. Сексологія: навч. посіб. / В. В. Кришталь, Є. В. Кришталь, Т. В. Кришталь.— У 4-х ч.— Харків: Фоліо, 2008.— 990 с.

8. *Лапач С. Н.* Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич.— К.: Морион, 2000.— 320 с.
9. Метод комплексной оценки аддиктивного статуса индивида и популяции с помощью системы AUDIT-подобных тестов / И. В. Линский, А. И. Минко, А. Ф. Артемчук [и др.] // Вісн. психіатрії та психофармакотерапії.— 2009.— № 2 (16).— С. 56–70.
10. *Подкорытов В. С.* Депрессии (современная терапия) / В. С. Подкорытов, Ю. Ю. Чайка.— Харьков: Торнадо, 2003.— 350 с.
11. Клиническая психология; под. общ. ред. Б. Д. Карвасарского: учеб. для вузов.— 4-е изд., перераб. и доп.— СПб.: Питер, 2013.— 864 с.
12. *Райгородский Д. Я.* Практическая психодиагностика. Методики и тесты / Д. Я. Райгородский.— М.: Бахрах-М, 2011.— 670 с.
13. Критерий качества жизни в психиатрической практике; под общ. ред. Н. А. Маруты / Н. А. Марута, Т. В. Панько, И. А. Явдак [и др.]— Харьков: РИФ Арсис, 2004.— 240 с.
14. *Доморацкий В. А.* Медицинская сексология и психотерапия сексуальных расстройств / В. А. Доморацкий.— М.: Академический Проект; Культура, 2009.— 470 с.
15. *Эйдемиллер Э.* Психология и психотерапия семьи / Э. Эйдемиллер, В. Юстицкис.— 4-е изд., перераб. и доп.— СПб.: Питер, 2008.— 672 с.
16. *Кришталь В. В.* Системный подход к диагностике, психотерапии и психопрофилактике нарушения здоровья семьи / В. В. Кришталь, И. А. Семенкина // Междунар. мед. журн.— 2000.— Т. 6, № 1.— С. 11–15.
17. Secondary traumatisation and systemic traumatic stress / M. Klaric, A. Kvesic, V. Mandic [et al.] // Psychiatr. Danub.— 2013.— № 25, Suppl. 1.— P. 29–36. [PubMed: 23806964]
18. Secondary traumatization of partners of war veterans: The role of boundary ambiguity / R. Dekel, Y. Levinstein, A. Siegel [et al.] // J. Fam. Psychol.— 2016.— Vol. 30 (1).— P. 63–71.— doi: 10.1037/fam0000163 [PubMed: 26618520]
19. *Маркова М. В.* Постстрессова психологічна дезадаптація у співробітників МВС України — учасників бойових дій та її патогенетична психокорекція / М. В. Маркова, Н. К. Агішева, П. В. Козира // Психосоціальна підтримка осіб з травмою війни: міжнародний досвід та українські реалії: зб. матеріалів Всеукр. наук.-практич. конф.; м. Маріуполь, 28 січня 2018 р.— Маріуполь: ДонДУУ, 2018.— С. 251–254.
20. *Маркова М. В.* Постстрессові дезадаптивні стани на тлі соціальних змін: аналіз проблеми / М. В. Маркова, П. В. Козира // Медична психологія.— 2015.— № 1 (37).— С. 8–13.

НАРУШЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ СЕМЬИ У УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ: ФЕНОМЕНОЛОГИЯ, МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ, ПСИХОКОРРЕКЦИЯ

М. В. МАРКОВА, Г. С. РОСИНСКИЙ

Исследованы феноменология и механизмы развития нарушения здоровья семьи демобилизованных участников боевых действий. Обобщение полученных результатов подтвердило полимодальность феномена нарушения здоровья семей комбатантов. Разработана программа психокоррекции нарушения здоровья семей комбатантов, учитывающая как общие закономерности его развития, так и содержательные отличия его проявлений в зависимости от клинико-психологического варианта. Оценка эффективности, проведенная путем сравнительного анализа показателей супружеской удовлетворенности и качества жизни респондентов, доказала их действенность относительно избранных мишеней психокоррекционного воздействия.

Ключевые слова: нарушение здоровья семьи, комбатанты, психокоррекция.

FAMILY HEALTH PROBLEM IN COMBATANTS: PHENOMENOLOGY, DEVELOPMENT MECHANISMS, PSYCHOLOGICAL CORRECTION

M. V. MARKOVA, G. S. ROSINSKYI

The phenomenology and development mechanisms of family health problem in discharged combatants have been studied. The summarized findings confirmed the polymodality of the health problem phenomenon in combatant families. There has been developed the program of psychological correction for combatant families with health problem, which takes into account both the common regularities of its development, and informative differences in its manifestations depending on clinical and psychological variant as well. The assessment of the efficiency through a comparative analysis of the indices of marital satisfaction and life quality in respondents, proved the efficiency as for the selected targets of psychological correction impact.

Key words: family health problem, combatants, psychological correction.

Надійшла 19.12.2018