

М. В. Савіна
**ТИПОЛОГІЯ СТРАТЕГІЙ ПОДОЛАННЯ У ЖІНОК З РІЗНИМ СТАНОМ
 АДДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ТА ЗДОРОВ'Я СІМ'Ї**

М. В. Савіна
**Типология стратегий преодоления у женщин с разным состоянием
 аддиктивного поведения и здоровья семьи**

M. V. Savina
Typology of strategies to overcome in women with different addictive behavior and family health

На ґрунті клініко-психологічно-го і психодіагностичного обстеження 421 подружньої пари, серед яких у 321 подружньої пари діагностовано порушення сімейних стосунків та аддиктивну поведінку (АП) у жінок, у інших 50 пар — порушення здоров'я сім'ї, й 50 гармонійних пар, визначені особливості стратегій подолання у жінок з різним станом аддиктивної поведінки та здоров'я сім'ї.

У подружжів з порушенням родинних стосунків діагностовано 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. Жінкам з гармонійних родин були притаманні адаптивні — когнітивно-усвідомлений, емоційно-рішучий і поведінково-діяльнісний типи реагування.

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

Ключові слова: стратегії подолання, аддиктивна поведінка, жінки, порушення здоров'я сім'ї

Дослідження останніх років фіксують невпинне збільшення кількості жінок з залежною поведінкою [1—5]. Це стосується як так званих «класичних» аддикцій (таких, наприклад, як алкогольна залежність), так і так званих «нових», в першу чергу нехімічних (поведінкових) аддикцій, багато видів з яких є соціально прийнятними для суспільства. Наявність подібних станів не викликає осуду з боку суспільної оцінки мезосоціуму, а в багатьох випадках — і мікросоціального оточення, що сприяє їх формуванню та швидкому прогресуванню до клінічно окреслених аддиктивних розладів, існування яких «не помічається» за рахунок анозогнозії як з боку хворої, так і її оточення.

Захворювання жінки на аддиктивні розлади відбивається на тільки на її психопатологічному стані, рівні

На основе клинико-психологического и психодиагностического обследования 421 супружеской пары, среди которых у 321 супружеской пары диагностированы нарушения семейных отношений и аддиктивное поведение (АП) у женщин, у других 50 пар — нарушение здоровья семьи, и 50 гармоничных пар, определены особенности стратегий преодоления у женщин с различным состоянием аддиктивного поведения и здоровья семьи.

У супругов с нарушением семейных отношений диагностировано преобладание неадаптивных стратегий преодоления, независимо от состояния АП у женщин. Однако среди женщин из проблемных семей выявлены качественные различия типов сочетаний и комбинаций копинг-стратегий разных уровней. Так, женщинам с АП были присущи когнитивно-беспомощный, аддиктивно-избегающий и зависимо-псевдокомпенсаторный типы реагирования, в структуре которых АП играла роль дополнительного деформированного копинга. Женщинам с некомпроментированным аддиктивным статусом — когнитивно-некритичный, деструктивно-конфликтный и эмоционально-дезадаптивный типы реагирования, имевшие выраженное деструктивное влияние на процесс совладания со стрессовыми ситуациями. Женщинам из гармоничных семей были присущи адаптивные — когнитивно-осознанный, эмоционально-решительный и поведенчески-деятельностный типы реагирования.

Полученные данные были положены нами в основу при разработке системы психологической коррекции и психопрофилактической поддержки здоровья семьи при наличии АП у женщин.

Ключевые слова: стратегии преодоления, аддиктивное поведение, женщины, нарушения здоровья семьи

соціального функціонування та якості життя, при цьому головного «удару» зазнає сім'я хворої, бо внаслідок розвитку стану залежності у жінки деформації піддається, в першу чергу, функціонування її родини, з невиконанням низки базових сімейних функцій — емоційної, духовної, господарсько-побутової, виховної та ін., що призводить до подальшого руйнування сімейних стосунків, посилює перебіг наркопатології, і в багатьох випадках призводить до порушення сімейної взаємодії на психофізіологічному, соціальному та мікросоціальному, психологічному та соціально-психологічному рівнях, та кінцевого руйнування сім'ї [6—9].

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

Based on the clinical and psychological survey of 421 married couples, among which 321 married couples diagnosed abuse of family relationships and addictive behavior (AB) women in the other 50 couples — a impairment of family health, and 50 harmonious couples, the features of coping strategies in women from different states of addictive behavior and family health were investigated.

The couple in impairment of the relationship has been a prevalence disadaptive coping strategies, regardless of the status of women in the AB. However, women with troubled families found qualitative differences meaningful combinations of types and combinations of coping strategies at different levels. Thus, women with AB were inherent cognitive helpless addictive dodging and depending pseudocompensation types of responses, the structure of which the AB has acquired as an additional strain coping. Women without AB had cognitive uncritical, conflict-destructive and maladaptive emotional types of responses that have expressed a destructive impact on the mastery of them stress.

Women with harmonious families were inherent adaptive cognitive-conscious, emotionally strong and behavioral responses and activity types.

The data were put in the basis to develop the system of psychological correction and psychoprophylactic support family health in the presence of AB in women

Keywords: coping strategies, addictive behavior, women, family health disorders

Метою цієї роботи було вивчення стратегій подолання у жінок з різним станом залежної поведінки та здоров'я сім'ї, для виявлення мішеней подальшої психокорекційної роботи.

Для досягнення поставленої мети на підставі інформованої згоди, з дотриманням принципів біоетики і деонтології обстежено 321 подружню пару (ПП), які звернулися за допомогою до закладів, що є клінічними базами 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, з приводу порушення сімейних стосунків та АП у жінок (досліджувана група, ДГ). Додатковими критеріями включення в дослідження були скарги на «соціально прийнятні» форми АП, відсутність в анамнезі психічних і поведінкових розладів, а також тяжких соматичних захворювань, наявність дитини. Як групи порівняння також обстежено 50 ПП з порушенням здоров'я родини, в яких у жінок не було проблем аддиктивного характеру (група порівняння 1, ГП1), та 50 умовно гармонійних ПП (група порівняння 2, ГП2).

Вивчення аддиктивного статусу обстежуваних здійснювали з використанням батареї AUDIT-подібних тестів, розроблених колективом авторів під керівництвом І. В. Лінського [10, 11]. Рівень психосоціального стресу визначали за однойменною шкалою Л. Рідера [12], особливості копінгу досліджували з використанням методики психологічної діагностики копінг-поведінки Е. Хейма [13], яка дозволяє досліджувати 26 ситуаційно-специфічних варіантів копінг, класифікованих відповідно до трьох основних сфер психічної діяльності, як когнітивний, емоційний і поведінковий копінг-механізми. Методика призначена для виявлення індивідуального стилю подолання стресу. Її можна використовувати в цілях діагностики як непродуктивних паттернів поведінки, так і ресурсів особистості.

Переважає більшість жінок ДГ продемонстрували захоплення аддиктивним об'єктом, вираженим до рівня залежності у рамках поведінкових та/або фізіологічних аддикцій, на відміну від хімічних, серед яких провідне місце за розповсюдженістю та вираженістю посідає тютюн.

Переважає більшість чоловіків ДГ демонстрували форми АП на рівні вживання зі шкідливими наслідками та небезпечного вживання. Такі форми АП безпосередньо впливали на особистість та функціонування дружин, та сприяли розвитку й прогресуванню у жінок власних поведінкових, хімічних й фізіологічних аддикцій, а також сприяли розвитку порушення здоров'я родини.

Подружжя ГП1 продемонстрували наявність захоплення аддиктивним об'єктом, вираженим до рівня залежності у рамках поведінкових, хімічних та фізіологічної аддикцій, у значно менших кількісних і якісних параметрах, ніж подружжя ДГ. Проте, жінок з порушенням здоров'я родини можна віднести до зони ризику внаслідок високої частки серед них осіб з захопленням аддиктивним об'єктом або/та вживання речовини на рівні небезпечного вживання та вживання зі шкідливими наслідками. Чоловіки ГП1, як й чоловіки ДГ, мали так звані межові — деструктивні форми АП (на рівні вживання зі шкідливими наслідками та небезпечного вживання). Такі форми аддикції безпосередньо не впливали на особистість та функціонування дружин, але були підґрунтям порушення здоров'я родини.

Жінки та чоловіки ГП2 характеризувались відсутністю напруженості аддиктивного статусу. Окремі показники

небезпечного вживання та вживання зі шкідливими наслідками не мали клінічних ознак та були зумовлені соціокультурними чинниками.

У жінок ДГ, порівняно з ГП1, виявлено значне переважання показників вираженості АП за такими об'єктами: сексуальна (майже у 2 рази), комп'ютерна (майже у 2 рази), ігрова (майже у 2 рази) аддикції, а також за вживанням седативно-снодійних препаратів (майже у 2 рази). Під час порівняння ДГ і ГП2 достовірно більш високі показники (майже в 2 рази) вираженості захоплення аддиктивним об'єктом і/або вживання речовини виявлено у жінок ДГ майже за всіма об'єктами, окрім тютюну.

Порівняльний аналіз показників у досліджуваних чоловіків ДГ, ГП1 та ГП2 дозволив виокремити достовірно вищі показники вираженості захоплення аддиктивним об'єктом або/та вживання речовини. Так, значне переважання у ДГ порівняно з ГП1 було лише за показниками ігрової аддикції (майже у 2 рази). Під час порівняння ДГ та ГП2 достовірно вищі показники вираженості захоплення аддиктивним об'єктом або/та вживання речовини було виявлено у ДГ за такими аддикціями: сексуальна (майже у 3 рази), комп'ютерна (майже у 2 рази), ігрова (майже у 3 рази), а також вживання канабіноїдів (майже у 2 рази) та седативно-снодійних препаратів (майже у 3 рази).

Чоловіки ДГ за усіма виявленими аддикціями (окрім тютюну) мали межові деструктивні її форми на рівні вживання зі шкідливими наслідками або небезпечне вживання. Такі форми аддикції безпосередньо впливали на особистість та функціонування дружин. Проявом такого впливу почасти виявлено розвиток у жінок власних поведінкових, хімічних або фізіологічних аддикцій. У більшості, чоловіки не визнавали наявності власних аддиктивних проблем. У ГП1 чоловіки також мали межові — деструктивні форми аддикції (на рівні вживання зі шкідливими наслідками та небезпечного вживання). Такі форми аддикції не впливали на особистість та функціонування дружин але призводили до порушення здоров'я родини. У ГП2 прояви АП у чоловіків не надавали деструктивного — руйнуючого впливу на особистість жінки чи на відносини у родині, тим самим не порушуючи її здоров'я.

На ґрунті аналізу й узагальнення результатів вивчення аддиктивного статусу жінки ДГ були поділені нами в залежності від виду АП:

ДГ1 — жінки з хімічною аддикцією (вживання алкоголю, тютюну, психостимуляторів, канабіноїдів, седативно-снодійних препаратів; провідний аддиктивний об'єкт — тютюн) — 33,3 % (107 осіб);

ДГ2 — жінки з поведінковою аддикцією (надмірне захоплення роботою, шопінгом, переглядом телебачення, Інтернетом, читанням, комп'ютерними або азартними іграми; провідні аддиктивні об'єкти — шопінг, робота) — 34,6 % (111 осіб);

ДГ3 — жінки з фізіологічною аддикцією (надмірне захоплення їжею, сексом, фітнесом, чаєм/кавою; провідні аддиктивні об'єкти — їжа, чай/кава, фітнес) — 32,1 % (103 особи).

Під час вивчення рівня психосоціального стресу було встановлено, що у жінок ДГ1, ДГ2, ДГ3 як за абсолютними значеннями, так й у відсотковому співвідношенні, його показники були подібними. Так, високий рівень психосоціального стресу виявився у 54,2 % жінок ДГ1, 46,8 % ДГ2, 45,6 % ДГ3, 30,0 % ГП1; середній бал, відповідно — 2,70, 2,79, 2,80, 2,20. У жінок групи ГП2 високого рівня психосоціального стресу не виявлено ($p \leq 0,05$). Рівень психосоціального стресу як середній встановлено у 30,8 % жінок ДГ1,

45,9 % ДГ2, 45,6 % ДГ3, 44,0 % ГП1, 24,0 % ГП2; середній бал, відповідно — 1,70, 1,78, 1,80, 1,62, 1,18 ($p \leq 0,05$). Низький рівень психосоціального стресу виявлено у 15,0 % жінок ДГ1, 7,2 % ДГ2, 8,7 % ДГ3, 26,0 % ГП1, 76,0 % ГП2; середній бал, відповідно — 1,15, 1,10, 1,0, 0,70, 0,50 ($p \leq 0,05$).

Така ж тенденція щодо подібності показників психосоціального стресу спостерігалась у чоловіків усіх підгруп, який, однак, був значно меншим, ніж у їхніх дружин. Так, високий рівень психосоціального стресу виявлений у 20,0 % чоловіків ДГ1, 30,0 % ДГ2 і 24,0 % ДГ3 (середній бал, відповідно — 2,71, 2,80, 2,81). У чоловіків ГП1 та ГП2 високого рівня психосоціального стресу не виявлено ($p \leq 0,05$). Середній рівень психосоціального стресу у чоловіків діагностовано у 30,8 % ДГ1, 34,0 % ДГ2, 32,0 % ДГ3, 20,0 % ГП1 (середній бал, відповідно — 1,71, 1,77, 1,81, 1,63) ($p \leq 0,05$). Низький рівень психосоціального стресу виявлено у 50,0 % чоловіків ДГ1, 36,0 % ДГ2, 44,0 % ДГ3, 80,0 % ГП1, 100,0 % ГП2 (середній бал, відповідно, склав 1,16, 1,11, 1,1, 0,60, 0,60) ($p \leq 0,05$).

Такий розподіл вираженості патологічного стресового реагування у обстежуваних не є несподіваним, оскільки він підкреслює емоційну значимість проблем, що виникають у жінок, пов'язаних з АП та порушенням сімейного функціонування ПП.

Вивчення особливостей копінг-поведінки обстежуваних довело таке.

У жінок ДГ1, ДГ2, ДГ3 серед когнітивних копінг-стратегій переважали неадаптивні: ігнорування 24,3 %, 26,1 %, 25,2 %; смирення 25,2 %, 25,2 %, 26,2 %; дисимуляція 26,2 %, 26,1 %, 26,2 %; розгубленість 24,3 %, 22,5 %, 22,3 %. Серед емоційних копінг-стратегій — придушення емоцій 24,3 %, 28,8 %, 24,3 %; покірність 26,2 %, 25,2 %, 26,2 %; самозвинувачення 25,2 %, 23,4 %, 25,2 %; агресивність 24,3 %, 22,5 %, 24,3 % ($p \leq 0,05$). Серед поведінкових копінг-стратегій — активне уникнення 42,1 %, 40,5 %, 41,7 %; відступ 40,2 %, 38,7 %, 39,8 % ($p \leq 0,05$).

У чоловіків ДГ1, ДГ2, ДГ3 серед когнітивних копінг-стратегій переважали ігнорування 13,1 %, 15,3 %, 15,5 %; смирення 14,0 %, 14,4 %, 14,6 %; дисимуляція 13,1 %, 14,4 %, 13,6 %; відносність 15,9 %, 13,5 %, 14,6 %; релігійність 14,0 %, 14,4 %, 14,6 %; розгубленість 15,9 %, 14,4 %, 12,6 %; додача сенсу 14,0 %, 13,5 %, у ДГ3 не виявлено. Серед емоційних копінг-стратегій, відповідно: емоційна розрядка 17,8 %, 18,0 %, 15,5 %; придушення емоцій 17,8 %, 17,1 %, у ДГ3 не виявлено; пасивна кооперація 13,1 %, 19,8 %, 21,4 %; покірність 15,9 %, 16,2 %, 24,3 %; самозвинувачення 18,7 %, 15,3 %, 21,4 %; агресивність 16,8 %, 13,5 %, 17,5 % ($p \leq 0,05$). Серед поведінкових копінг-стратегій, відповідно: відволікання 17,8 %, 18,9 %, 20,4 %; активне уникнення 27,1 %, 19,8 %, 20,4 %; компенсація 15,0 %, 20,7 %, 16,5 %; конструктивна активність 19,6 %, 19,8 %, 24,3 %; відступ 20,6 %, 20,7 %, 18,4 % ($p \leq 0,05$).

У жінок ГП1 серед когнітивних копінг-стратегій також переважали неадаптивні: ігнорування 22,0 %, смирення 20,0 %, дисимуляція 20,0 %, розгубленість 22,0 % ($p \leq 0,05$). У ГП2, навпаки, переважали: збереження самовладання 28,0 %, проблемний аналіз 28,0 %, настанова власної цінності 28,0 % ($p \leq 0,05$). Серед емоційних копінг-стратегій у жінок ГП1 переважали придушення емоцій 22,0 %, покірність 24,0 %, самозвинувачення 22,0 %, агресивність 24,0 % ($p \leq 0,05$). У ГП2 переважали протест 46,0 % і оптимізм 40,0 % ($p \leq 0,05$). Серед поведінкових копінг-стратегій у жінок ГП1 переважали активне уникнення 42,0 % і відступ 48,0 % ($p \leq 0,05$). У жінок ГП2 переважали альтруїзм 30,0 %, конструктивна активність 6,0 %, співпраця 24,0 %, звернення 26,0 % ($p \leq 0,05$).

У чоловіків ГП1 серед когнітивних копінг-стратегій переважали ігнорування 26,0 %, смирення 26,0 %, дисимуляція 24,0 %, розгубленість 16,0 % ($p \leq 0,05$). У чоловіків ГП2 переважали збереження самовладання 26,0 %, проблемний аналіз 28,0 %, настанова власної цінності 26,0 % ($p \leq 0,05$). Серед емоційних копінг-стратегій у чоловіків ГП1 переважали придушення емоцій 26,0 %, покірність 22,0 %, самозвинувачення 24,0 %, агресивність 22,0 % ($p \leq 0,05$). У чоловіків ГП2 переважали протест 38,0 %, оптимізм 50,0 % ($p \leq 0,05$). Серед поведінкових копінг-стратегій у чоловіків ГП1 переважали активне уникнення 46,0 %, відступ 44,0 %. У чоловіків ГП2 переважали альтруїзм 26,0 %, конструктивна активність 6,0 %, співпраця 30,0 %, звернення 26,0 % ($p \leq 0,05$).

В цілому, види та структура копінгів у жінок дослідницьких груп ДГ1, ДГ2, ДГ3 розподілилися таким чином: когнітивний компонент: адаптивні та відносно адаптивні — не виявлено, неадаптивні — 100,0 %, 100,0 %, 100,0 %. Емоційний компонент: адаптивні та відносно адаптивні — не виявлено, неадаптивні — 100,0 %, 100,0 %, 100,0 %. Поведінковий компонент: адаптивні — не виявлено, відносно адаптивні — 17,8 %, 20,7 %, 18,4 %, неадаптивні — 82,2 %, 79,3 %, 81,6 % ($p \leq 0,05$).

У чоловіків ДГ1, ДГ2, ДГ3, відповідно: когнітивний компонент: адаптивні — не виявлено, відносно адаптивні — 43,9 %, 41,4 %, 29,1 %, неадаптивні — 56,1 %, 58,6 %, 56,3 %. Емоційний компонент: адаптивні — не виявлено, відносно адаптивні — 30,8 %, 37,8 %, 36,9 %, неадаптивні — 69,2 %, 62,2 %, 63,1 %. Поведінковий компонент: адаптивні — не виявлено, відносно адаптивні — 52,3 %, 59,5 %, 61,2 %, неадаптивні — 47,7 %, 40,5 %, 38,8 % ($p \leq 0,05$).

Види та структура копінгів у жінок ГП1, ГП2 розподілилися таким чином: когнітивний компонент: у ГП1 адаптивні не виявлено, відносно адаптивні — 16,0 %, неадаптивні — 84,0 %. У ГП2: адаптивні — 84,0 %, відносно адаптивні — 16,0 %, неадаптивні не виявлено. Емоційний компонент: у ГП1 адаптивні — не виявлено, відносно адаптивні — 8,0 %, неадаптивні — 92,0 %. У ГП2: адаптивні — 86,0 %, відносно адаптивні — 14,0 %, неадаптивні не виявлено. Поведінковий компонент: у ГП1 адаптивні не виявлено, відносно адаптивні — 10,0 %, неадаптивні — 90,0 %. У ГП2: адаптивні — 80,0 %, відносно адаптивні — 20,0 %, неадаптивні не виявлено ($p \leq 0,05$).

У чоловіків ГП1, ГП2 копінги розподілилися таким чином: когнітивний компонент: у ГП1 адаптивні не виявлено, відносно адаптивні — 8,0 %, неадаптивні — 92,0 %. У ГП2: адаптивні — 80,0 %, відносно адаптивні — 20,0 %, неадаптивні не виявлено. Емоційний компонент: у ГП1 адаптивні не виявлено, відносно адаптивні — 6,0 %, неадаптивні — 94,0 %. У ГП2: адаптивні — 88,0 %, відносно адаптивні — 12,0 %, неадаптивні не виявлено. Поведінковий компонент: у ГП1 адаптивні не виявлено, відносно адаптивні — 10,0 %, неадаптивні — 90,0 %. У ГП2: адаптивні — 82,0 %, відносно адаптивні — 18,0 %, неадаптивні не виявлено ($p \leq 0,05$).

Результати роботи свідчать, що відсутність використання неадаптивних копінг-стратегій притаманна усім проблемним подружжям. Ці поведінкові паттерни, які, з одного боку, ставали підґрунтям розвитку порушень здоров'я сім'ї, а з іншого — потенціювали його прогресування, не мали значущих різниць серед подружжів ДГ1, ДГ2, ДГ3 та ГП1. Ми вважаємо, що копінг-поведінка, притаманна жінкам з АП, не мала суттєвого впливу на її формування, проте, наявність АП, особливо на рівні клінічно окресленого розладу, негативно впливала на підтримку та прогресування неконструктивної поведінки, 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 ДГ, ми об'єднали їх специфіку у когнітивно-безпорадний тип реагування, при якому когнітивне перероблення інформації призводило до усвідомлення жінкою своєї неспроможності й безпорадності як в плані подолання аддиктивного проявів, так і нормалізації сімейного функціонування, що ставало підґрунтям виникнення внутрішньособистісного невротичного конфлікту та подальшого розвитку аддиктивної реалізації й погіршення сімейних стосунків.

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

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

Неадаптивні та, частково, відносно адаптивні стратегії подолання, виявлені у жінок ГП1, виявились іншими, порівняно з жінками ДГ. Так, мозаїчний розподіл неконструктивних когнітивних копінгів призводив до формування когнітивно-некритичного типу реагування, при якому жінки ГП1 відмовлялися визнавати свою роль у виникненні порушення сімейних стосунків, перекладаючи всю провину на чоловіка або інших оточуючих, тому вважали непотрібною будь-яку трансформацію індивідуально-психологічних особливостей власного реагування.

Компіляція неконструктивних емоційних копінгів призводила до виникнення в них емоційно-дезадаптивного типу реагування, який характеризувався імпульсивністю та великою амплітудою негативних емоційних реакцій — від демонстрування активної діяльності з вираженими негативними емоційними переживаннями — до повної бездіяльності із 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 її оточуючих, покладаючи на них відповідальність за порушення здоров'я родини, що супроводжувалось проявами конфліктної поведінки.

Комбінація когнітивних копінгів жінок ГП2 складала когнітивно-усвідомлений тип реагування, який характеризувався спрямованістю на подолання стресової ситуації через її когнітивний аналіз та вибір шляху її можливого вирішення. Використовували жінками ГП2 емоційні копінг-стратегії утворювали емоційно-рішучий тип реагування, при якому вибір конструктивних стратегій подолання здійснювався через відчуття відповідальності перед близькими та прагнення демонструвати спроможність опанування викликів середовища. Задіяні поведінкові копінги формували поведінково-діяльнісний тип реагування, головною ознакою якого була спрямованість на самостійну діяльність у вирішенні проблем, з прагненням покладатися на себе та відмовою від допомоги оточуючих.

Таким чином, 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 різниці 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 копінгу. Жінкам з некомпроментованим аддиктивним статусом — когнітивно-некритичний, деструктивно-конфліктний й емоційно-дезадаптивний типи реагування, які мали виражений деструктивний вплив на процес опанування ними стресових ситуацій.

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

Список літератури

1. Рябухін К. В. Питання формування алкогольної залежності у жінок // Таврический журнал психиатрии. 2013. № 4 (65). С. 52—55.
2. Гапонов К. Д. Клініко-психопатологічні та соціальні індикатори вираженості шкідливих наслідків алкогольної залежності в світлі оптимізації її комплексного лікування // Архів психіатрії. 2012. Т. 18, № 2 (69). С. 111—120.
3. Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин та стан наркологічної допомоги населенню України (інформаційно-аналітичний огляд за 1990—2010 рр.). Харків : Строков В. Д., 2011. 144 с.
4. Наркологія. Психічні та поведінкові розлади внаслідок зловживання психоактивними речовинами : довідкове видання / О. К. Напрєєнко, Л. В. Животовська, Л. В. Рахман, Н. Ю. Петрина ; за ред. О. К. Напрєєнка. Київ : Здоров'я, 2011. 208 с.
5. Сосин І. К., Чувєв Ю. Ф. О наркологической ситуации в Украине // Український вісник психоневрології. 2010. Т. 18, вип. 3 (64). С. 174.
6. Кришталь В. В. Любовь и секс как лечебный фактор // Медицинская психология. 2006. № 2. С. 14—19.
7. Кришталь В. В. Системная семейная психотерапия нарушенной здоровья семьи // Там же. 2007. Т. 1, № 2. С. 3—8.
8. Жданова М. П. Психотерапия нарушения здоровья семьи при алкоголизме у жены / М. П. Жданова // Український вісник психоневрології. 2007. Т. 15, № 2 (51). С. 60—67.
9. Markova M., Yaru V. Behavioral addiction as a codependence's manifestation of wife men with alcohol dependence // WPA Congress "Psychiatric epidemiology meets genetics: the public health consequences", 29.03 — 01.04.2016, Munich. Book of Abstracts. P. 54—55.
10. Метод комплексной оценки аддиктивного статуса индивида и популяции с помощью системы AUDIT-подобных тестов / Линский И. В., Минко А. И., Артемчук А. Ф. [и др.] // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. 2009. № 2 (16). С. 56—70.
11. Аддиктивный статус и метод его комплексной оценки при помощи системы AUDIT-подобных тестов / Линский И. В., Минко А. И., Артемчук А. Ф. [и др.] // Психическое здоровье. 2010. № 6 (49). С. 33—45.
12. Корнацький В. М., Маркова М. В. Оцінка психосоціальних чинників ризику розвитку хвороб системи кровообігу у пацієнтів первинної ланки медико-санітарної допомоги (методичні рекомендації). Київ, 2007. 14 с.
13. Карвасарский Б. Д. Клиническая психология : учебник для вузов. 4-е изд. СПб. : Питер, 2011. 864 с.

Надійшла до редакції 11.10.2016 р.

САВІНА Майя Василівна, кандидат медичних наук, доцент кафедри психіатрії, наркології, неврології та медичної психології Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна Міністерства освіти та науки України, м. Харків, Україна; e-mail: ms@kharkov.ua

SAVINA Maia, MD, PhD, Associated Professor, Department of Psychiatry, Narcology, Neurology and Medical Psychology of V. N. Karazin's Kharkiv National University of Ministry of Education and Science of Ukraine, Kharkiv, Ukraine; e-mail: ms@kharkov.ua