

М.В. Савіна

РІВЕНЬ ПСИХОСОЦІАЛЬНОГО СТРЕСУ І ПАТОЛОГІЧНОЇ ТРИВОГИ У ПОДРУЖЖІВ В РОДИНАХ ЖІНОК З РІЗНИМ СТАНОМ АДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ТА ЗДОРОВ'Я СІМ'Ї

Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна МОН України, м. Харків

ms@kharkov.ua

Мета роботи – вивчення особливостей психосоціального стресу і тривожного реагування подружжів з різним станом здоров'я сім'ї та адиктивної поведінки (АП) у жінок для виявлення мішеней подальшої психокорекційної роботи.

Контингент і методи дослідження. Обстежено 321 подружню пару (ПП), які звернулися за допомогою з приводу порушення сімейних стосунків та АП у жінок (досліджувана група). В якості груп порівняння також обстежено 50 ПП з порушенням здоров'я родини, в яких у жінок не було проблем адиктивного характеру (група порівняння 1), та 50 умовно гармонійних ПП (група порівняння 2). Рівень психосоціального стресу визначали за однойменною шкалою Л. Рідера, рівень патологічної тривоги – за шкалою Д. Шихана.

Результати. Найбільша вираженість психосоціального стресу та патологічного тривожного реагування (на рівні клінічно вираженого тривожного розладу) спостерігалася у жінок з залежною поведінкою та порушенням здоров'я сім'ї. Вид адикції, яка превалювала, у даному випадку не мав особливого значення.

Жінки з нескомпроментованим адиктивним статусом та проблемними родинними стосунками демонстрували наявність ознак психосоціального стресу в сфері сімейних стосунків, а половина з них – ще й вираженість патологічної тривоги клінічно окресленого рівня.

Жінки зі здорових сімей мали нормативні показники тривожного реагування, психосоціальний стрес у них був відсутній.

Чоловіки з неблагополучних родин характеризувалися психосоціальною напруженістю в сфері сімейних стосунків. Більше третини чоловіків, дружини яких мали адиктивні проблеми, демонстрували ознаки клінічно виражених тривожних проявів, які також виявились притаманні 20% чоловіків, дружини яких не мали проявів АП.

Чоловіки з гармонійних родин відрізнялися станом загального психологічного благополуччя з окремими мозаїчними ознаками ситуативного тривожного реагування.

Висновок. Отримані дані покладені нами в основу розробки системи психологічної корекції та психопрофілактичної підтримки здоров'я сім'ї за наявності АП у жінок.

Ключові слова:

здоров'я сім'ї, адиктивна поведінка, жінки, психосоціальний стрес, тривожний розлад.

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

Захворювання жінки на адиктивні розлади відображається не тільки на її психопатологічному стані, рівні соціального функціонування та якості життя. При цьому головного «удару» зазнає сім'я хворої, адже внаслідок розвитку стану залежності у жінки деформації піддається функціонування її родини, не виконується ряд базових сімейних функцій – емоційна, духовна, господарсько-побутова, виховна тощо; це призводить до подальшого руйнування сімейних стосунків, посилює перебіг наркопатології; призводить до порушення сімейної взаємодії на психофізіологічному, соціальному та мікросоціальному, психологічному та соціально-психологічному рівнях або й до остаточного руйнування сім'ї [6–9].

З огляду на вищезазначене, у своїй роботі ми мали за мету вивчення взаємозв'язків між механізмами формування й проявів адиктивної поведінки (АП) у жінок та феноменом здоров'я сім'ї, що є важливою проблемою медичної психології.

Метою роботи було вивчення особливостей психосоціального стресу і тривожного реагування подружжя з різним станом здоров'я сім'ї та залежної поведінки у жінок, для виявлення мішеней подальшої психокорекційної роботи.

Контингент і методи дослідження

Для досягнення поставленої мети на основі інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики і деонтології ми обстежили 321 подружню пару (ПП), які звернулися за допомогою 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. Групи порівняння склали 50 ПП з порушенням здоров'я родини, в яких у жінок не було проблем адиктивного характеру (група порівняння 1, ГП1), та 50 умовно гармонійних ПП (група порівняння 2, ГП2).

Опираючись на попередні результати вивчення адиктивного статусу обстежених [10], отримані з використанням батареї AUDIT-подібних тестів, розроблених колективом авторів під керівництвом І.В. Лінського [11, 12], ми поділили жінок ДГ залежно від типу АП:

- ДГ1 – жінки з хімічною адикцією (вживання алкоголю, тютюну, психостимуляторів, канабіноїдів, седативно-снодійних препаратів) – 33,3% (107 ПП);
- ДГ2 – жінки з поведінковою адикцією (надмірне захоплення роботою, шопінгом, переглядом телебачення, Інтернетом, читанням, комп'ютерними або азартними іграми) – 34,6% (111 ПП);
- ДГ3 – жінки з фізіологічною адикцією (надмірне захоплення їжею, сексом, чаєм/кавою або фітнесом) – 32,1% (103 ПП).

Рівень психосоціального стресу визначали за однойменною шкалою Л. Рідера [13], рівень патологічної тривоги – за шкалою Д. Шихана [14]. Шкала Л. Рідера була створена для виявлення впливу психосоціальних чинників ризику (насамперед психоемоційного стресу), з урахуванням рекомендацій експертів ВООЗ для проведення популяційних досліджень психосоціальних факторів, що впливають на здоров'я населення різних країн. Шкала Д. Шихана була сформована на підставі основних клінічних симптомів тривоги та панічних атак на

популяції дорослих осіб з передбачуваним тривожним розладом, вона заповнюється на підставі структурованого інтерв'ю, яке в якості питань включає її пункти.

Результати та їх обговорення

Результати розподілу рівня психосоціального стресу у досліджуваних групах жінок за (шкала Л. Рідера) відображено на рисунку 1, чоловіків – на рисунку 2.

З даних, наведених на рисунку 1, бачимо, що у жінок ДГ1, ДГ2, ДГ3 діагностовано подібні показники психосоціального стресу як за його рівнем, так й у відсотковому відображенні. Високий рівень психосоціального стресу виявлено 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 ($p \leq 0,05$). Середній рівень психосоціального стресу виявлено 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 ($p \leq 0,05$).

З даних рисунка 2 бачимо таку ж тенденцію щодо подібності показників психосоціального стресу у чоловіків усіх підгруп, який, однак, виявився значно меншим, ніж

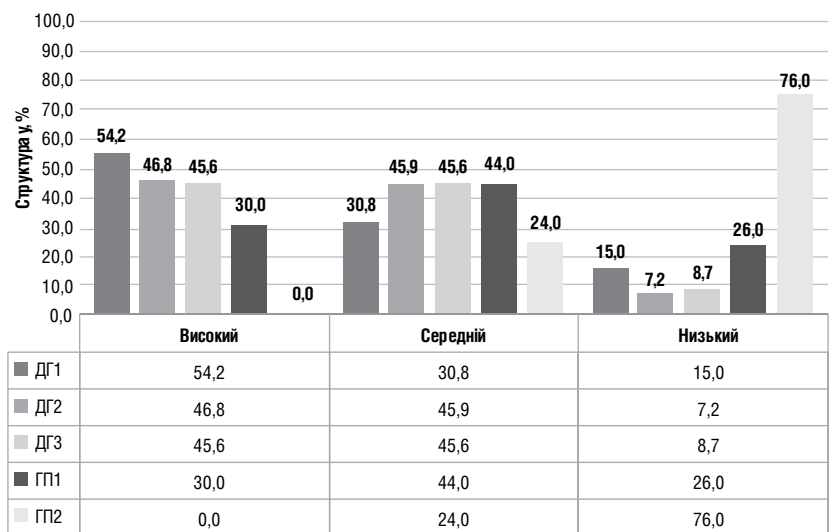


Рис. 1. Розподіл рівня психосоціального стресу у досліджуваних групах жінок (шкала Л. Рідера)

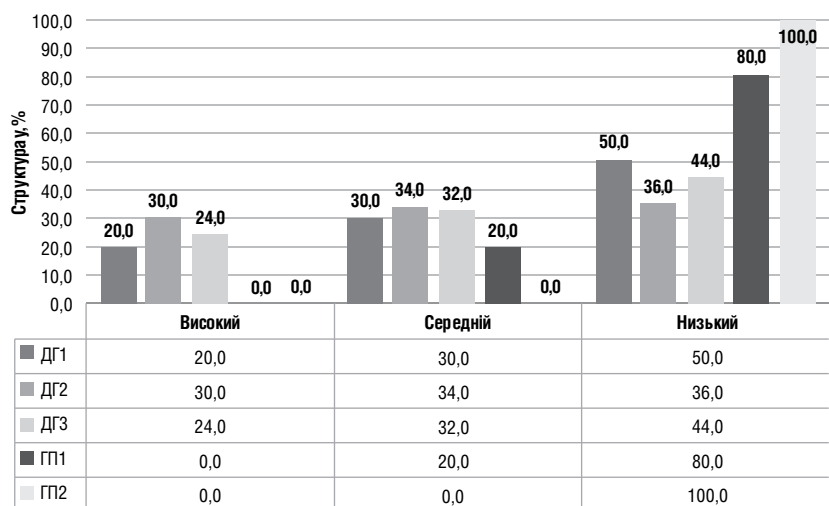


Рис. 2. Розподіл рівня психосоціального стресу у досліджуваних групах чоловіків (шкала Л. Рідера)

у їх дружин. Високий рівень психосоціального стресу виявлено у 20,0% чоловіків ДГ1, 30,0% ДГ2 і 24,0% ДГ3 (середній бал, відповідно, 2,71, 2,80, 2,81, 2,2). 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 обстежених не є несподіваним, оскільки він підкреслює емоційну значущість проблем, пов'язаних з АП у жінок та порушенням сімейного функціонування ПП.

Аналіз вираженості патологічного стресового реагування за його структурними компонентами у жінок представлено в таблиці 1.

З даних таблиці 1 видно, що серед відповідей жінок усіх ДГ превалювали відповіді «Згодна», що свідчить про високу вираженість у них усіх компонентів психосоціального стресу. Зокрема нервовою людиною вважали себе 74,8% обстежених ДГ1, 73,0% ДГ2, 75,7% ДГ3 ($p \leq 0,001$); дуже турбувалися про власну роботу 70,1% респонденток ДГ1, 68,5% ДГ2, 71,8% ДГ3 ($p \leq 0,001$); часте відчуття нервової напруги було притаманне 70,1% осіб ДГ1, 68,5% ДГ2, 70,9% ДГ3 ($p \leq 0,001$); погоджувались з твердженням, що їх повсякденна діяльність викликає велику напругу, 72,0% ДГ1, 69,4% ДГ2, 71,8% ДГ3 ($p \leq 0,001$); спілкуючись із людьми, відчували нервову напругу 72,0% ДГ1, 69,4% ДГ2, 71,8% ДГ3 ($p \leq 0,001$); повне виснаження у кінці дня

було характерним для 70,1% жінок ДГ1, 68,5% ДГ2, 69,9% ДГ3 ($p \leq 0,001$). Наявність у родині постійних напружених стосунків відмічали практично усі респондентки ДГ: 82,2% ДГ1, 87,4% ДГ2, 81,6% ДГ3, а також 78,0% ГП1 були повністю згодні з даним твердженням; усі інші жінки даних груп відзначили наявність частих ситуацій сімейного напруження ($p \leq 0,001$).

Обстежені ГП1 за більшістю ознак психосоціального стресу оцінили свій стан як «не згодна», окрім питання про родинне функціонування, проблеми в якому різного ступеня вираженості відмічали усі обстежені.

На відміну від них, жінки ГП2 на усі питання відповіли «не згодна», що було свідченням відсутності у них ознак патологічного стресового реагування на психосоціальні фактори ($p \leq 0,001$).

Розподіл оцінки вираженості ознак психосоціального стресу у чоловіків наведено в таблиці 2, дані якої свідчать про відсутність у них вираженого патологічного реагування на зазначені стресові чинники, окрім незадовільного стану їх сімейних стосунків. Наявність напружених стосунків у родині відмітили 73,8% чоловіків ДГ1, 75,7% ДГ2, 74,8% ДГ3, а також 66,0% ГП1 (24,3% ДГ1, 24,3% ДГ2, 21,4% ДГ3 та 34,0% ГП1 оцінювали сімейну атмосферу як нерідко напружену). Однак, не вважали себе нервовою людиною 75,7% чоловіків ДГ1, 75,7% ДГ2, 73,8% ДГ3, 80,0% ГП1 і 92,0% ГП2 ($p \leq 0,001$), а нервової напруги чи виснаженості через повсякденну діяльність або спілкування з людьми не відчували 72,0% ДГ1, 74,8% ДГ2, 70,9% ДГ3, 84,0% ГП1, 94,0% ГП2 ($p \leq 0,001$).

Аналіз результатів, отриманих з використанням шкали тривоги Шихана (табл. 3), показав наступне. Переважали

Таблиця 1. Структура психосоціального стресу за шкалою Л. Рідера у обстежених жінок (%)

№	ДГ1				ДГ2				ДГ3				ГП1				ГП2			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1	74,8	9,3	11,2	4,7	73,0	10,8	10,8	5,4	75,7	8,7	10,7	4,9	16,0	16,0	8,0	60,0	-	-	10,0	90,0
2	70,1	14,0	10,3	5,6	68,5	15,3	9,9	6,3	71,8	11,7	10,7	5,8	16,0	14,0	10,0	60,0	-	-	8,0	92,0
3	70,1	12,1	12,1	5,6	68,5	13,5	11,7	6,3	70,9	11,7	12,6	4,9	14,0	16,0	6,0	64,0	-	-	6,0	94,0
4	72,0	12,1	12,1	3,7	69,4	14,4	11,7	4,5	71,8	11,7	12,6	3,9	26,0	14,0	12,0	48,0	-	-	-	100,0
5	72,0	14,0	11,2	2,8	69,4	13,5	13,5	3,6	71,8	14,6	11,7	1,9	22,0	16,0	6,0	56,0	-	-	8,0	92,0
6	70,1	12,1	12,1	5,6	68,5	11,7	13,5	6,3	69,9	12,6	11,7	5,8	24,0	16,0	8,0	52,0	-	-	6,0	94,0
7	82,2	17,8	-	-	87,4	12,6	-	-	81,6	18,4	-	-	78,0	22,0	-	-	-	-	6,0	94,0

Примітки: 1. Мабуть, я людина нервова; 2. Я дуже турбуюся про свою роботу; 3. Я часто відчуваю нервову напругу; 4. Моя повсякденна діяльність викликає велику напругу; 5. Спілкуючись із людьми, я часто відчуваю нервову напругу; 6. У кінці дня я зовсім виснажена фізично й психічно; 7. У моїй родині часто виникають напружені відносини.
I – Згодна; II – Скоріше згодна; III – Скоріше не згодна; IV – Не згодна.

Таблиця 2. Структура психосоціального стресу за шкалою Л. Рідера у обстежених чоловіків (%)

№	ДГ1				ДГ2				ДГ3				ГП1				ГП2			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1	-	11,2	13,1	75,7	-	10,8	13,5	75,7	-	12,6	13,6	73,8	-	-	20,0	80,0	-	-	8,0	92,0
2	-	15,0	14,0	71,0	-	13,5	12,6	73,9	-	16,5	14,6	68,9	-	-	18,0	82,0	-	-	10,0	90,0
3	-	13,1	15,0	72,0	-	11,7	13,5	74,8	-	13,6	15,5	70,9	-	-	16,0	84,0	-	-	6,0	94,0
4	-	13,1	16,8	70,1	-	12,6	15,3	72,1	-	14,6	13,6	71,8	-	-	14,0	86,0	-	-	-	100,0
5	-	15,9	13,1	71,0	-	14,4	13,5	72,1	-	16,5	14,6	68,9	-	-	16,0	84,0	-	-	6,0	94,0
6	-	14,0	15,0	71,0	-	13,5	13,5	73,0	-	13,6	15,5	70,9	-	-	18,0	82,0	-	-	4,0	96,0
7	73,8	24,3	1,9	-	75,7	24,3	-	-	74,8	21,4	3,9	-	66,0	34,0	-	-	-	-	6,0	94,0

Примітки: 1. Мабуть, я людина нервова; 2. Я дуже турбуюся про свою роботу; 3. Я часто відчуваю нервову напругу; 4. Моя повсякденна діяльність викликає велику напругу; 5. Спілкуючись із людьми, я часто відчуваю нервову напругу; 6. У кінці дня я зовсім виснажений фізично й психічно; 7. У моїй родині часто виникають напружені відносини.
I – Згоден; II – Скоріше згоден; III – Скоріше не згоден; IV – Не згоден.

Таблиця 3. Розподіл досліджених груп жінок та чоловіків за рівнем тривоги (шкала Д. Шихана)

Загальний бал	Групи жінок									
	ДГ1, n=107		ДГ2, n=111		ДГ3, n=103		ГП1, n=50		ГП2, n=50	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Відсутність клінічно вираженої тривоги (<30 балів)	13	12,1	15	13,5	14	13,6	25	50,0	45	90,0
Клінічно виражений тривожний розлад (30–79 балів)	94	87,9	96	86,5	89	86,4	25	50,0	5	10,0
Рівень тривоги	Групи чоловіків									
	ДГ1, n=107		ДГ2, n=111		ДГ3, n=103		ГП1, n=50		ГП2, n=50	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Відсутність клінічно вираженої тривоги (<30 балів)	75	70,1	76	68,5	79	76,7	40	80,0	50	100,0
Клінічно виражений тривожний розлад (30–79 балів)	32	29,9	35	31,5	24	23,3	10	20,0	–	–

на більшість жінок з АП характеризувались тривожним реагуванням клінічно окресленого рівня (87,9% осіб ДГ1, 86,5% ДГ2, 86,4% ДГ3). Клінічно виражену тривогу діагностовано також у половини жінок ГП1. У обстежених ГП2 виявлено відсутність клінічно виражених тривожних проявів.

Серед чоловіків з проблемних родин, дружини яких мали прояви АП, приблизно у третини (29,9% ДГ1, 31,5% ДГ2, 23,3% ДГ3) встановлені клінічно виражені тривожні розлади, на відміну від чоловіків, у дружин яких не було АП (20,0 %), або з гармонійних родин (у всіх – низький рівень тривожного реагування).

Таким чином, в результаті дослідження ми встановили тенденції щодо стану афективної сфери у подружжів з різним станом здоров'я сім'ї та залежної поведінки у жінок.

Висновки та перспективи подальших досліджень

Найбільша вираженість психосоціального стресу та патологічного тривожного реагування (на рівні клінічно вираженого тривожного розладу) виявлена у жінок із залежною поведінкою та порушенням здоров'я сім'ї. Вид адикції, що превалювала, у даному випадку не мав особливого значення.

Жінки з некомпроментованим адиктивним статусом та проблемними родинними стосунками демонстрували ознаки психосоціального стресу в сфері сімейних стосунків, а половина з них – ще й вираженість патологічної тривоги клінічно окресленого рівня.

Жінки зі здорових сімей мали нормативні показники тривожного реагування, психосоціальний стрес у них був відсутній.

Чоловіки з неблагополучних родин характеризувалися психосоціальною напруженістю в сфері сімейних стосунків. Більше третини чоловіків, дружини яких мали адиктивні проблеми, мали ознаки клінічно виражених тривожних проявів, які також виявились притаманні 20% чоловіків, дружини яких не мали проявів АП.

Чоловіки з гармонійних родин відрізнялися станом загального психологічного благополуччя, з окремими мозаїчними ознаками ситуаційного тривожного реагування.

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

Список використаної літератури

1. Рябухін К. В. Питання формування алкогольної залежності у жінок / К. В. Рябухін // Тавричеський журнал психіатрії. – 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 / К. Д. Гапонов // 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: видавець Строчков 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. Напрєєнко. – К.: Здоров'я, 2011. – 208 с.
5. Сосин И. К. О наркологической ситуации в Украине / И. К. Сосин, Ю. Ф. Чувєв // Український вісник психоневрології. – 2010. – Т. 18, Вип. 3 (64). – С. 174.
6. Кришталь В. В. Любовь и секс как лечебный фактор / В. В. Кришталь // Медицинская психология. – 2006. – № 2. – С. 14–19.
7. Кришталь В. В. Системная семейная психотерапия нарушеней здоровья семьи / В. В. Кришталь // Медицинская психология. – 2007. – Т. 1, № 2. – С. 3–8.
8. Жданова М. П. Психотерапия нарушения здоровья семьи при алкоголизме у жены / М. П. Жданова // Украинский вестник психоневрологии. – 2007. – Т. 15, № 2 (51). – С. 60–67.
9. Markova M. Behavioral addiction as a codependence's manifestation of wife men with alcohol dependence / M. Markova, V. Yaru // WPA Congress «Psychiatric epidemiology meets genetics: the public health consequences», 29.03–01.04.2016, Munich. Book of Abstracts. – P. 54–55.
10. Савіна М. В. Структурні й феноменологічні особливості аддиктивної поведінки у жінок з порушенням сімейної взаємодії / М. В. Савіна // Український вісник психоневрології. – 2016. – Т. 24, Вип. 1 (86). – С. 111–115.
11. Метод комплексної оцінки аддиктивного статусу індивіда і популяції з допомогою системи AUDIT-подібних тестів / [Линский И. В., Минко А. И., Артемчук А. Ф. и др.] // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. – 2009. – № 2 (16). – С. 56–60.
12. 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.
13. Оцінка психосоціальних чинників ризику розвитку хвороб системи кровообігу у пацієнтів первинної ланки медико-санітарної допомоги (методичні рекомендації) / В. М. Корнацький, М. В. Маркова. – Київ, 2007. – 14 с.
14. Психологические тесты / под ред. А. А. Карелина: В 2 т. – М.: Гуманит. Узд. Центр ВЛАДОС, 2002. – Т. 1. – С. 25–29.

References

1. Riabukhin K. V. Pytannia formuvannia alkoholnoi zalezhnosti u zhinkov [Question of forming of alcohol dependence in women]. Tavrycheskyi zhurnal psykhyatryi, 2013, no. 4 (65), pp. 52–55.
2. Haponov K. D. Kliniko-psykhopatolohichni ta sotsialni indykatory vyrazhenosti shkidlyvykh naslidkiv alkoholnoi zalezhnosti v svitli optymizatsii yii kompleksnoho likuvannia [Clinical and psychopathological and social indicators of the severity of the harmful effects of alcohol abuse in light of optimization of complex treatment]. Arkhiv psykhiatrii, 2012, no. 18, 2 (69), pp. 111–120.
3. Psykhichni ta povedinkovi rozlady vnaslidok vzhvyvannia psykhoaktyvnykh rechovyv ta stan narcolohichnoi dopomohy naselenniu Ukrainy (informatsiino-analitychnyi ohliad za 1990–2010 rr.). [Mental and behavioral disorders due to substance use and state drug assistance to the population of Ukraine (information and analytical review for 1990–2010)]. Kharkiv: vydavets Strokov V. D., 2011, 144 p.
4. O. K. Naprieenko, L. V. Zhyvotovska, eds. Narkolohiia. Psykhichni ta povedinkovi rozlady vnaslidok zlovzhvyvannia psykhoaktyvnykh rechovyvamy: dovidkove vydannia [Narcology. Mental and behavioral disorders due to substance abuse, reference book]. Kyiv. Zdorov'ia, 2011. 208 p.

5. Sosyn Y. K. O narkolohycheskoi sytuatsiyi v Ukrainy [About the drug situation in Ukraine]. *Ukrainskyi visnyk psikhonevrolohii*, 2010, no. 18, 3 (64), pp. 174.
6. Kryshchal V. V. Liubov u seks kak lechebnyi faktor [Love and sex as a therapeutic factor]. *Medytsynskaia psikhologhiya*, 2006, no. 2, pp. 14–19.
7. Kryshchal V. V. Systemnaia semeinaia psykhoterapiia narushenyi zdorovia semy [Systemic family therapy family health problems]. *Medytsynskaia psikhologhiya*, 2007, no. 2, pp. 3–8.
8. Zhdanova M. P. Psykhoterapiia narushenyi zdorovia semy pry alkoholizme u zheny [Psychotherapy violations of family health in alcoholism his wife]. *Ukrainskyi vestnyk psikhonevrolohyy*, 2007, no. 2 (51), pp. 60–67.
9. Markova M., Yarus V. [Behavioral addiction as a codependence's manifestation of wife men with alcohol dependence] WPA Congress «Psychiatric epidemiology meets genetics: the public health consequences». Munich. 29.03 – 01.04.2016, pp. 54–55.
10. Savina M. V. Strukturni i fenomenolohichni osoblyvosti addyktivnoi povedinky u zhinok z porushenniam simeinoi vzaiemodii [Structural and phenomenological features addictive behavior in women with violation of family interaction]. *Ukrainskyi visnyk psikhonevrolohii*, 2016, no. 1 (86), pp. 111–115.
11. Lysynky Y. V., Mynko A. Y., Artemchuk A. F., eds. *Metod kompleksnoi otsenky addyktivnoho statusa yndyvyda u populatsiyi s pomoshchiu systemy AUDIT-podobnykh testov* [The method of integrated assessment addictive status of the individual and the population using the AUDIT-like system tests]. *Visnyk psykhiatrii ta psykhofarmakoterapii*, 2009, no. 2 (16), pp. 56–70.
12. Lysynky Y. V., Mynko A. Y., Artemchuk A. F., eds. *Addyktivnyi status y metod eho kompleksnoi otsenky pry pomoshchiu systemy AUDIT-podobnykh testov* [Addictive status and method of its comprehensive assessment using the AUDIT-like system tests]. *Psykhycheskoe zdorove*, 2010, no. 6(49), pp. 33–45.
13. Kornatskyi V. M., Markova M. V. *Otsinka psykhosotsialnykh chynnykiv ryzyku rozvytku khvorob systemy krovoobihu u patsientiv pervynnoi lanky medyko-sanitarnoi dopomohy (metodychni rekomendatsii)* [Assessment of psychosocial risk factors for cardiovascular diseases in patients primary health care (guidelines)]. Kyiv, 2007, 14 p.
14. *Psykholohycheskye testy* [Psychological tests]. Pod red. A. A. Karelyna. M.: Humant. Uzd. Tsentr VLADOS, 2002, no. 1, pp. 25–29.

УРОВЕНЬ ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО СТРЕССА И ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ТРЕВОГИ У СУПРУГОВ В СЕМЬЯХ ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНЫМ СОСТОЯНИЕМ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ И ЗДОРОВЬЯ СЕМЬИ

M. B. Savina

Цель работы – изучение особенностей психосоциального стресса и тревожного реагирования супругов с разным состоянием здоровья семьи и аддиктивного поведения (АП) у женщин, для выявления мишеней дальнейшей психокоррекционной работы.

Контингент и методы исследования. Обследована 321 супружеская пара (СП), обратившаяся за помощью по поводу нарушения семейных отношений и АП у женщин (исследуемая группа). В качестве групп сравнения также обследовано 50 СП с нарушением здоровья семьи, в которых у женщин не было проблем аддиктивного характера (группа сравнения 1) и 50 условно гармоничных СП (группа сравнения 2). Уровень психосоциального стресса определяли по одноименной шкале Л. Ридера, уровень патологической тревоги – по шкале Д. Шихана.

Результаты. Наибольшая выраженность психосоциального стресса и патологического тревожного реагирования (на уровне клинически выраженного тревожного расстройства) наблюдалась у женщин с зависимым поведением и нарушением здоровья семьи. Вид преобладающей аддикции в данном случае особого значения не имел.

Женщины с несомпрометированным аддиктивным статусом и проблемными семейными отношениями демонстрировали наличие признаков психосоциального стресса в сфере семейных отношений, а половина из них – еще и выраженность патологической тревоги клинически значимого уровня.

Женщины из здоровых семей отличались нормативными показателями тревожного реагирования и отсутствием психосоциального стресса.

Мужчины из неблагополучных семей характеризовались психосоциальной напряженностью в сфере семейных отношений. Более трети мужчин, жены которых имели аддиктивные проблемы, демонстрировали признаки клинически выраженных тревожных проявлений, которые также оказались присущи 20% мужей женщин без проявлений АП.

Мужчины из гармоничных семей отличались состоянием общего психологического благополучия с отдельными мозаичными проявлениями ситуационного тревожного реагирования.

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

Ключевые слова: здоровье семьи, аддиктивное поведение, женщины, психосоциальный стресс, тревожное расстройство.

PSYCHOSOCIAL STRESS LEVEL AND PATHOLOGICAL ANXIETY IN OF MARRIED COUPLES IN FAMILIES WITH DIFFERENT FAMILY HEALTH STATE AND ADDICTIVE BEHAVIOUR IN WOMEN

M. V. Savina

Purpose – to study the characteristics of psychosocial stress and anxiety responses of married couples in families with different family health state and addictive behavior in women.

Contingent and methods. 421 married couples participated in the clinical and psychological examination and diagnostics. In 321 married couples had been diagnosed family abuse and addictive behavior (AB) in women. The level of psychosocial stress measured on the same scale L. Reeder, the level of pathological anxiety – by D. Sheehan scale.

Results. The highest intensity of psychosocial stress and anxiety pathological response (at clinically significant anxiety disorder) were observed in women with AB and violation of family health. Type AB in this case had no special significance.

Women without AB and problematic family relations showed signs of psychosocial stress in family relationships, and half of them - and even the severity of pathological anxiety clinically outlined standards.

Women with healthy families differ normative indicators and anxiety response and lack of psychosocial stress.

Men from disadvantaged families characterized by psychosocial tensions in family relations. More than a third of men whose wives have addictive problems showed signs of symptomatic manifestations of anxiety, which appeared characterized as 20% of men without wives without AB.

Men from harmonious families differed as general psychological well-being, with some mosaic signs of situational anxiety response.

Conclusion. The results were the basis for developing a system of psychological correction and psychological prophylaxis of addictive behaviors in women and support of health in families.

Key words: family health, addictive behavior, women, psychosocial stress, anxiety disorder.