

М. В. Савіна

**ОБҐРУНТУВАННЯ ЗАСАД ТА ЕФЕКТИВНОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ
ТА ПСИХОПРОФІЛАКТИЧНОЇ ПІДТРИМКИ ЗДОРОВ'Я СІМ'Ї
ЗА НАЯВНОСТІ АДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ У ЖІНОК**Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна МОН України, м. Харків
ms@3s.kharkov.ua

Актуальність. Порушення здоров'я сім'ї має складний ґенез, вивчення якого вимагає системного підходу, так само як його діагностика і корекція. У випадку наявності адиктивної поведінки (АП) у дружини дана проблема набуває особливої специфіки, що потребує її окремого вивчення, для розробки ефективних корекційних стратегій, патогномонічних для даного контингенту.

Мета – обґрунтування загальних засад психологічної корекції та психопрофілактичної підтримки здоров'я сім'ї за наявності АП у жінок та визначення ефективності їх впровадження.

Матеріали та методи. За допомогою клініко-психологічного та психодіагностичного методів обстежено 371 подружню пару (ПП), які звернулися за допомогою з приводу порушення сімейних стосунків (досліджувана група, ДГ). У 321 ПП виявлені прояви адиктивної поведінки (АП) у дружин. В якості групи порівняння обстежено 50 умовно гармонійних ПП (ГП).

Результати. Визначені провокуючі фактори розвитку порушення здоров'я родини у жінок з різним станом АП. Встановлено, що соціально-прийнятні види АП, притаманні обстеженим, виступають як патологічний спосіб каналізації психоемоційного напруження, що виникає у них внаслідок деформації сімейних стосунків, та знижують рівень подружньої конфліктності й деформації батьківсько-дитячих взаємин. На основі отриманих даних сформульована загальна конфігурація системи психологічної корекції та психопрофілактичної підтримки здоров'я сім'ї за наявності АП у жінок у вигляді алгоритму дій, а також узагальнення цілей та засобів їх досягнення.

Висновки. Визначення ефективності зазначених підходів довело їх результативність в аспекті покращення родинного функціонування та редукції АП у жінок.

Ключові слова: жінки, адиктивна поведінка, порушення здоров'я сім'ї, подружня пара, психологічна корекція, ефективність.

Актуальність. На сьогоднішній день у всьому світі відбувається криза інституту сім'ї [1–3]. Сім'я переживає складний етап у зв'язку з трансформацією ролестатусних позицій подружжя, що в деяких випадках призводить до відсутності прагнення створювати сім'ю або бажання докласти зусилля для її збереження та зміцнення. Інтерес до вивчення цієї тематики, що здавна привертала увагу дослідників, є зрозумілим, адже саме інститут сім'ї є однією з основ будь-якого суспільства. 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 [4–6].

Здоров'я сім'ї є складним феноменом, який має багатфакторне забезпечення, воно можливе тільки за умови узгодженої взаємодії подружжя на всіх рівнях – соціальному, психологічному, соціально-психологічному, біологічному. Тому порушення здоров'я сім'ї має складний ґенез, вивчення якого вимагає системного підходу, так само як його діагностика і корекція. Здоров'я сім'ї та його порушення є вельми актуальною медико-психоло-

гічною та соціальною проблемою, яка привертала увагу багатьох дослідників, у їх роботах висвітлені різноманітні причини і поліморфні клінічні прояви цього феномена [7–12]. Однак у випадку наявності адиктивної поведінки (АП) у дружини дана проблема набуває особливої специфіки, що потребує її окремого вивчення для розробки ефективних корекційних стратегій, патогномонічних для вказаного контингенту.

Мета – обґрунтування загальних засад психологічної корекції та психопрофілактичної підтримки здоров'я сім'ї за наявності АП у жінок та визначення ефективності їх впровадження.

Матеріали та методи дослідження

Для досягнення поставленої мети на основі інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики та деонтології на клінічних базах кафедри психіатрії, наркології, неврології та медичної психології Харківського національного університету імені 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 є діти, причому у 58 пар – двоє, у решти – одна дитина.

У роботі використано наступний психодіагностичний інструментарій.

Для оцінки стану подружнього й батьківсько-дитячого рівнів сімейної взаємодії було використано методу вивчення батьківських установок Parental Attitude Research Instrument – PARI [13]. Ця методика складається з 23 шкал, 8 з яких описують відношення до сімейної ролі, тоді як 15 – власне стосунки між батьками та дитиною, що згруповані у три змістовні блоки, а саме – емоційний контакт, емоційна дистанція та надмірна концентрація на дитині. Для поглибленого вивчення внутрішньосімейних процесів застосовували методу Е. Г. Ейдемільера «Аналіз сімейної тривоги» [14].

Вивчення аддиктивного статусу обстежених здійснювали з використанням батареї AUDIT-подібних тестів, розроблених колективом авторів під керівництвом І. В. Лінського [15].

Рівень психосоціального стресу визначали за одноіменною шкалою Л. Рідера [16], рівень патологічної тривоги – за шкалою Д. Шихана [17], депресивного реагування – за шкалою Бека [17].

Дослідження індивідуально-психологічного рівня сімейної взаємодії здійснювали з використанням Фрайбурзького особистісного опитувальника (FPI) [13]. Особливості поведінкового рівня сімейної взаємодії досліджували з використанням методу психологічної діагностики копінг-поведінки Е. Хейма [18].

Оцінку стану сексуальної функції проводили із застосуванням критеріїв стану сексуального здоров'я та проявів сексуальності, розроблених В. В. Кришталем [6]. Для оцінки ступеня вираженості та синдромального наповнення сексуальних розладів у обстежених був застосований валідизований багатовимірний опитувальник MIEF (R. C. Rosen, 1997) [19]. Для змістовного аналізу стану реалізації сексуальності та її конгруентності в парі визначали Індекс сексуальної збудливості (D. Hulbert, 1988) [19]. Для визначення впливу соціальних, соціально-психологічних, психологічних і біологічних чинників на особливості сексуальності обстежених використовували метод системно-структурного аналізу. При цьому ми керувалися чотирифакторною системною концепцією сексуального здоров'я, запропонованою В. В. Кришталем [6], згідно з якою воно забезпечується взаємодією біологічних, психологічних, соціально-психологічних і соціальних факторів.

Стан комунікативних процесів вивчали за допомогою методу «Спілкування в сім'ї», розробленої Ю. Є. Альшиною, Л. Я. Гозманом, Е. М. Дубовською на основі результатів досліджень Р. Льюїса і Дж. Спаньєра [20].

Для вивчення особливостей функціонування родини та виконання її функцій кожним з подружньої пари ви-

користували методу, розроблену В. В. Кришталем, І. А. Семенкіною [4], рівень внутрішньосімейної адаптації вивчали за допомогою методу Д. Н. Sprenkle, В. L. Fisher [21].

Визначення механізмів формування порушення здоров'я родини здійснювали з використанням системно-структурного аналізу даного феномену, розробленого В. В. Кришталем [6].

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 здійснювали за допомогою критерію Стьюдента для визначення вірогідності розбіжностей між групами [22]. Математичну обробку результатів проводили 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.

Результати та їх обговорення

При аналізі результатів вивчення специфіки сімейних стосунків, здійсненого за методикою PARI, за базовим критерієм – шкалою 7 «Подружні конфлікти», серед ПП ДГ було виділено дві підгрупи, ранжовані залежно від глибини і тяжкості подружньої конфліктності, що достовірно відрізнялися між собою та від ГП ($p < 0,05$). У підгрупу з помірною подружньою конфліктністю (1 рівень) увійшли 86,5 % сімей ДГ (ДГ1); з високою подружньою конфліктністю (2-й рівень) – 13,5 % сімей ДГ (ДГ2).

Спираючись на отримані результати щодо наявності в загальній вибірці подружжів з порушенням сімейних стосунків двох нерівномірно представлених груп, ранжованих залежно від рівня подружньої конфліктності, для пошуку можливих критеріїв, що визначають дану диференціацію, ми провели аналіз АП подружжів, результати якого наведені в таблиці 1.

У жінок ГП дослідження аддиктивного статусу виявило абсолютну відсутність його напруженості. У жінок ДГ1 було діагностовано ознаки напруженості аддиктивного статусу ($p < 0,05$) (в основному на рівні вживання з шкідливими наслідками або небезпечного вживання) за так званими соціально-прийнятними адикціями – поведінковою (надмірне захоплення роботою, шопінгом, переглядом телебачення, інтернетом, читанням, комп'ютерними або азартними іграми, 34,6 %), фізіологічною (надмірне захоплення їжею, фітнесом, вживанням чаю / кави, 32,1 %) або хімічною (вживання алкоголю, тютюну, психостимуляторів, канабіноїдів, седативно-снотворних препаратів, які не досягають рівня залежності, 33,3 %).

У жінок з ДГ2 показники, що характеризували вираженість АП, відповідали нормативним (більше ніж у половини – безпечний рівень вживання / захоплення об'єктом, у решти – вживання зі шкідливими наслідками поведінкових або фізіологічних об'єктів). Однак саме серед цих ПП було виявлено високий – другий – рівень подружньої конфліктності.

Таблиця 1. Порівняльна характеристика усереднених показників захоплення адиктивним об'єктом або / та вживанням речовини у обстежених подружжів (батарея AUDIT-подібних тестів, середній бал)

Об'єкт залежності	Усереднені показники захоплення адиктивним об'єктом або / та вживанням речовини					
	жінки			чоловіки		
	ДГ1, n=321	ДГ2, n=50	ГП, n=50	ДГ1, n=321	ДГ2, n=50	ГП, n=50
Їжа	15,7	11,0	7,6	7,9	7,1	6,6
Чай, кава	16,2	11,9	7,8	8,6	7,4	6,9
Секс	14,7	7,9	3,1	8,2	6,9	2,5
Робота	15,0	10,1	7,4	8,9	7,3	6,5
Шопінг	17,2	12,6	7,4	9,5	8,5	6,5
Телебачення	17,1	10,3	6,7	9,1	7,6	6,4
Інтернет	15,9	11,3	7,1	8,1	7,8	6,7
Читання	15,5	7,9	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
Канабіноїди	8,0	7,0	2,8	7,6	6,9	2,3
Седативно-снотворні засоби	13,2	6,3	2,9	7,2	5,9	2,6

Узагальнення результатів дослідження дозволило систематизувати фактори, які визначають стан складових сімейного здоров'я у жінок, та визначити роль цих факторів у розвитку його порушень (табл. 2).

На підставі вивчення сімейних ролей і батьківсько-дитячої взаємодії ми виділили три варіанти розвитку цих параметрів залежно від рівня подружньої конфліктності: високий рівень подружньої конфліктності і непродуктивна стратегія батьківсько-дитячих взаємин; помірно виражена конфліктність і спотворення батьківсько-дитячих взаємин; подружня згуртованість і батьківсько-дитяча адаптація. Перші два варіанти були притаманні сім'ям ДГ, третій – ГП.

Серед сімей ДГ найвищий рівень конфліктності і деформації батьківсько-дитячих відносин був властивий подружжям з порушенням сімейного здоров'я та відсутністю адиктивних проявів у жінок (ДГ2); помірний рівень був виявлений у сім'ях, в яких жінки відрізнялися напруженістю адиктивного статусу за соціально-прийнятими адикціями (ДГ1).

У жінок з адиктивною компрометацією виявлено значний рівень переживань провини, тривожності і напруги, пов'язаних з порушенням сімейних стосунків, не дивлячись на помірний рівень деформації сімейної взаємодії, тоді як у жінок без адиктивних проявів загальне почуття сімейної тривоги, як і переживання її складових (крім нервового напруження), були практично відсутні, на відміну від їхніх чоловіків, у яких виявлено високий рівень сімейної тривоги і переживань з приводу наявних порушень сімейного здоров'я.

У подружжів з порушенням родинних стосунків превалювали негармонійні особистісні риси та дезадаптивні

комбінації їх поєднань, на відміну від гармонійних ПП. Встановлені особистісні властивості типологізовані нами у три кластери індивідуально-психологічних патернів, що мали різне наповнення та прояви. У гармонійних парах мав місце адаптивний варіант поєднання особистісних рис. У подружжів з порушенням родинних стосунків встановлено два варіанти дезадаптивних комбінацій особистісних рис: деструктивно-конгруентний та дезінтеграційний. Деструктивно-конгруентний виявився характерним для сімей, в яких жінки не мали адиктивних 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 у жінок з проблемних родин виявлено якісні розбіжності змістовних типів поєднань і комбінацій копінг-стратегій різних рівнів. Так, жінкам з АП були притаманні когнітивно-безпорадний, адиктивно-унікаючий і залежно-псевдокомпенсаційний типи реагування, в структурі яких АП набула ролі додаткового деформованого допінгу; жінкам з некомпрометованим адиктивним статусом – когнітивно-некритичний, деструктивно-конфліктний і емоційно-дезадаптивний типи реагування, які мали виражений деструктивний вплив на процес опанування ними стресових ситуацій.

Для ПП ДГ1 були характерними відносні, а для ПП ДГ2 – виражені порушення сексуальної взаємодії. У ПП, в яких у жінки встановлена АП, у генезі порушення сексуальної взаємодії стрижневим виявилось ураження психологічного його компонента у обох з подружжя, а наявність проявів АП й викривлення психоемоційної сфери у дружини – лише патопластичним фактором ($p < 0,05$). У механізмах розвитку порушення сексуальної взаємодії у ДГ2 стрижневими були ураження психологічного та соціально-психологічного компонентів, інші мали патопластичний вплив на формування деформації сексуальної взаємодії ($p < 0,05$). З огляду на те, що вираженість деструктивного впливу порушення психологічного компонента сексуальної взаємодії, як стрижневого ураження, мало більш виражений характер у подружжів ДГ2, ніж у ДГ1 ($p < 0,05$), можна припустити наявність пом'якшувальної дії АП на вираженість деформації подружніх стосунків та сексуальної взаємодії за рахунок її псевдокомпенсаційного змісту.

У ПП ДГ2 з високим рівнем подружньої конфліктності встановлено низький рівень родинної комунікації та тяжкий ступінь порушення сімейної взаємодії. Для подружжів ДГ1 були характерними помірний рівень подружньої конфліктності та низько-середній рівень родинних комунікаційних процесів, що, в цілому, формувало середній ступінь порушення сімейної взаємодії. Показовим виявився факт «буферизації» тяжкості проявів порушень сімейної взаємодії за умови наявності АП у дружини як патологічного способу псевдокомпенсації та каналізації негативних ефектів викривлення родинних стосунків.

Для ПП ДГ1 притаманними виявилися дисконгруентна взаємна оцінка сімейного функціонування з його порушенням на рівні середньої вираженості та помірне зниження внутрішньосімейної адаптації з превалюванням неузгодженого типу шлюбу. На відміну від них, у ПП

Таблиця 2. Фактори, які впливають вплив на стан сімейного здоров'я у жінок

Фактори, що визначають стан сімейного здоров'я	ДГ1, n=321	ДГ2, n=50	ГП, n=50
Прояви АП	Напруженість адиктивного статусу за соціально-прийнятими видами АП	Немає	Немає
Психоемоційний стан, сімейна тривога	Виражене стресове тривожно-депресивне реагування	Ознаки стресового тривожно-депресивного реагування	Нормативний
Рівень подружньої конфліктності	Помірний	Високий	Низький
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
	Адиктивно-уникаючий	Емоційно-дезадаптивний	Емоційно-рішучий
	Залежно-псевдокомпенсаційний	Деструктивно-конфліктний	Поведінково-діяльнісний
Стан сексуальної взаємодії	Відносне порушення зі стрижневим ураженням психологічного компонента	Виражене порушення зі стрижневим ураженням психологічного і соціально-психологічного компонентів	Гармонійна
Стан комунікаційних родинних процесів	Деадаптивний		Адекватно-адаптивний
	Низько-середній рівень	Низький рівень	
Стан сімейної взаємодії (функціонування)	Середній ступінь порушення	Тяжкий ступінь порушення	Гармонійний
Тип внутрішньосімейної адаптації	Неузгоджений / дезадаптивний	Деадаптивний / неузгоджений	Адаптивний / відносно адаптивний
Клінічний варіант порушення здоров'я сім'ї	Аддиктивно-псевдокомпенсаційний	Напружено-деструктивний	–

ДГ2 встановлена патологічна конгруентність невиконання обома з подружжя родинних функцій, з порушенням сімейного функціонування високого рівня вираженості, та значне зниження внутрішньосімейної адаптації з формуванням дезадаптивного типу шлюбу. Родини ГП продемонстрували успішність сімейного функціонування та високу внутрішньосімейну адаптацію з адаптованим типом шлюбу.

Аналіз і узагальнення отриманих результатів дали змогу виділити два варіанти порушення здоров'я сім'ї залежно від наявності / відсутності у жінок соціально-прийнятних форм АП.

При першому, *напружено-деструктивному*, варіанті, що спостерігався у подружжів ДГ2, мали місце патологічно-конгруентне суцільне порушення становлення родини на усіх стадіях і етапах її розвитку, зі стрижневим ураженням психологічного і соціально-психологічного й патоластичним ураженням соціального компонентів, та обтяженням у вигляді порушення психічної складової біологічного компонента здоров'я сім'ї, яке підтримувало й посилювало наявний дистрес. Взаємодія зазначених чинників за принципом «порочного кола» індукувала взаємний розвиток, створюючи тим самим ланцюг негативних взаємопотенціюючих впливів.

Для другого, *адиктивно-псевдокомпенсаційного*, варіанта (подружжя ДГ1) було характерним одновекторно-неузгоджене мозаїчне порушення становлення

сімейних процесів зі стрижневим ураженням психологічного компонента родинного здоров'я, патоластичною дією соціально-психологічного і соціального компонентів та порушенням психічної складової біологічного компонента у вигляді АП у жінки, яке, на відміну від напружено-деструктивного варіанта, ставало патологічним способом псевдокомпенсації та нівелювання психоемоційного напруження, що виникало внаслідок відсутності взаємного бажання порозумітися, взаємної любові, глибоких емоційних зв'язків, невідповідності спрямованості особистості і рольових позицій, невідповідності рівня домагань, а також невідповідності чоловіка бажаному образу в уявленні жінки, які формувались за рахунок ураження психологічного компонента взаємодії, та виконувала буферні функції стосовно рівня його вираженості.

Наявні результати переконливо свідчать, що порушення здоров'я сім'ї за умови наявності АП у жінок є самостійним клініко-психологічним феноменом, який потребує специфічних підходів до психотерапії та психопрофілактики.

Спираючись на отримані дані ми сформулювали загальну конфігурацію системи психологічної корекції та психопрофілактичної підтримки здоров'я сім'ї за наявності АП у жінок у вигляді алгоритму дій (рис. 1) та узагальнили цілі та засоби їх досягнення (табл. 3).

Таблиця 3. Цілі і засоби системи психологічної корекції та психопрофілактичної підтримки здоров'я сім'ї за наявності соціально-прийнятних форм АП у жінок

Мета	Спосіб досягнення
Нормалізація психоемоційного стану	Групова патогенетична психотерапія; когнітивно-поведінкова психотерапія (КПТ); (за необхідності та за згодою – призначення психіатром фармакотерапії)
Профілактика прогресування АП	Раціональна психотерапія
Корекція патологічних індивідуально-психологічних патернів	Особистісно-орієнтована персоналістична психотерапія, КПТ, екзистенційна психотерапія
Корекція патологічних поведінкових патернів	КПТ
Оптимізація сексуальної взаємодії	Парна сексуальна терапія
Зниження рівня подружньої конфліктності, нормалізація подружньої взаємодії	КПТ, сімейна психотерапія
Формування адекватних дитячо-батьківських взаємин	КПТ, сімейна, групова, арт-терапія
Відновлення адекватного рівня сімейного функціонування й внутрішньосімейної адаптації	КПТ, сімейна, гештальт-терапія

На етапі втілення в клінічну практику даної системи медико-психологічних заходів обстежені ДГ1 були поділені нами на терапевтичну й контрольну групи.

Терапевтична досліджувана група (ТГ) – група, в якій проводили заходи системи психологічної корекції та психопрофілактичної підтримки порушення здоров'я сім'ї у жінок з АП, – складала 162 ПП. Контрольна група (КГ) – група, в якій не проводили розробле-

них заходів, складалась з 159 ПП. Забір ефективності проводили через півроку від початку терапевтичної роботи.

Результати розподілу діагностованих симптомів депресії у жінок ТГ та КГ за вираженістю відображено у таблиці 4.

З представлених у таблиці 4 даних видно, що виявлені депресивні симптоми у жінок ТГ розподілилися у рамках легкого та помірного ступенів вираженості. У свою чергу, у КГ симптоми розподілилися наступним чином. Виражений ступінь – серед афективних проявів виявлено відповідно: настрій 22,6 %, відчуття неспроможності 22,6 %, незадоволеність 26,4 %, роздратованість 26,4 %, порушення соціальних зв'язків 22,6 %, нерішучість 26,4 %, образ тіла 26,4 % ($p \leq 0,001$). Тяжкий ступінь – серед афективних проявів виявлено, відповідно: настрій – 13,2 %, відчуття, що буду покараний – 7,5 %, порушення соціальних зв'язків – 10,9 %, слізливість – 9,4 %, драгівливість – 7,5 %, втомлюваність – 11,3 %, втрата ваги – 7,5 % ($p \leq 0,001$).

Загалом за допомогою статистичного аналізу встановлено достовірний взаємозв'язок між зменшенням ступеня вираженості симптому депресії та його руйнівної дією на психологічний комфорт й появу незадоволеності у взаємовідносинах у родинах жінок та чоловіків ТГ ($p \leq 0,001$). Треба зазначити, що тяжкого та вираженого ступенів проявів симптомів депресії у жінок ТГ не виявлено, що свідчить про дієвість та ефективність розробленої нами системи психологічної корекції та психопрофілактичної підтримки порушення здоров'я сім'ї у жінок з АП.

Легкий та помірний ступені депресії у жінок мали свої особливості ($p \leq 0,001$). Аналізуючи виявлені симптоми за ступенем виразності можна стверджувати про змен-

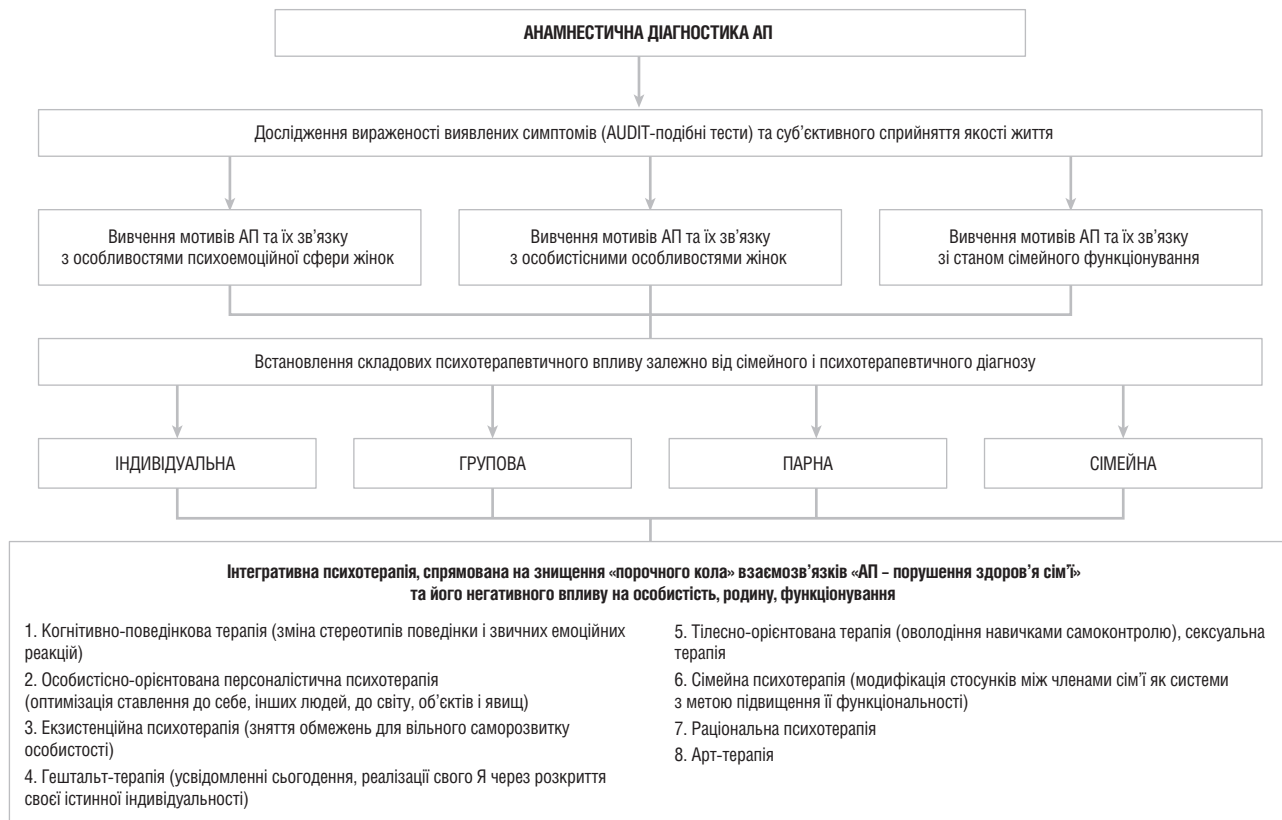


Рис. 1. Загальний алгоритм психологічної корекції та психопрофілактичної підтримки здоров'я сім'ї за наявності АП у жінок

Таблиця 4. Порівняльний аналіз розподілу наявних симптомів депресії за ступенем вираженості (шкала Бека) у жінок ТД та КГ

Симптом	Ступінь вираженості симптомів									
	0 (0-9 балів)		1 (10-15 балів)		2 (16-19 балів)		3 (20-29 балів)		4 (30-63 бали)	
	ТГ, %	КГ, %	ТГ, %	КГ, %	ТГ, %	КГ, %	ТГ, %	КГ, %	ТГ, %	КГ, %
Когнітивна афективна субшкала										
Настрій	57,4	13,2	29,6	22,6	13,0	28,3	–	22,6	–	13,2
Песимізм	59,3	13,2	31,5	24,5	9,3	30,2	–	24,5	–	7,5
Відчуття неспроможності	61,1	15,1	27,8	26,4	11,1	32,1	–	22,6	–	3,8
Незадоволеність	57,4	11,3	29,6	28,3	13,0	30,2	–	26,4	–	3,8
Почуття провини	59,3	13,2	33,3	22,6	7,4	32,1	–	28,3	–	3,8
Відчуття, що буду покараний	61,1	11,3	31,5	24,5	7,4	34,0	–	22,6	–	7,5
Відраза до самого себе	57,4	14,5	27,8	21,8	14,8	29,1	–	23,6	–	10,9
Ідеї самозвинувачення	55,6	13,2	29,6	22,6	14,8	32,1	–	26,4	–	5,7
Суїцидальні думки	53,7	11,3	31,5	26,4	14,8	30,2	–	28,3	–	3,8
Слізливість	51,9	15,1	33,3	24,5	14,8	26,4	–	24,5	–	9,4
Дратівливість	59,3	13,2	37,0	24,5	3,7	28,3	–	26,4	–	7,5
Порушення соціальних зв'язків	59,3	15,1	35,2	24,5	5,6	34,0	–	22,6	–	3,8
Нерішучість	61,1	13,2	31,5	28,3	7,4	28,3	–	26,4	–	3,8
Субшкала соматизації										
Образ тіла	59,3	15,1	33,3	22,6	7,4	30,2	–	26,4	–	5,7
Втрата працездатності	59,3	13,2	29,6	22,6	11,1	32,1	–	28,3	–	3,8
Порушення сну	63,0	15,1	24,1	24,5	13,0	26,4	–	26,4	–	7,5
Стомлюваність	57,4	13,2	29,6	26,4	13,0	24,5	–	24,5	–	11,3
Втрата апетиту	79,6	18,9	13,0	26,4	7,4	24,5	–	22,6	–	7,5
Втрата ваги	81,5	22,6	11,1	22,6	7,4	24,5	–	22,6	–	7,5
Захопленість почуттям власного тіла	59,3	24,5	29,6	24,5	11,1	24,5	–	20,8	–	5,7
Втрата лібідо	63,0	20,8	31,5	24,5	5,6	24,5	–	22,6	–	7,5

Примітка. Достовірність розбіжностей показників за шкалами у групах $p \leq 0,001$.

шення палітри психопатологічних проявів за кількістю й вираженістю діагностованих симптомів. Загалом вони не досягали клінічного рівня депресії, були переважно ситуаційними та не відповідали клінічним ознакам депресивних розладів відповідно МКХ-10. На відміну від них, у жінок КГ виявлено тяжкий та виражений ступені проявів симптомів депресії за усіма показниками ($p \leq 0,001$).

Результати **розподілу діагностованих симптомів депресії у чоловіків ТГ та КГ за вираженістю** відображено у таблиці 5.

Порівнюючи наведені у таблиці 5 дані можна узагальнити наступне: у чоловіків ТГ, на відміну чоловіків КГ, не виявлено помірного ступеня симптомів, що свідчило про позитивне прийняття та переробку чоловіками тих змін у родині та власній особистості, які відбувалися у жінки під впливом психологічної корекції та психопрофілактичної підтримки порушення здоров'я сім'ї. Загалом можна зазначити, що у ПП ТГ, порівняно із ПП КГ, відбулося зменшення усіх симптомів депресії як у жінок, так і у чоловіків, вони суб'єктивно відмічали значне поліпшення власного психоемоційного стану.

Вивчення вираженості тривожного реагування (за допомогою шкали Шихана), виявило схожу тенденцію

(табл. 6). Загалом високий рівень тривоги спостерігався у 7,4 % жінок ТГ, у чоловіків високого рівня не виявлено ($p \leq 0,001$). Помірний рівень тривоги спостерігався у 27,8 % жінок та у 26,4 % чоловіків ($p \leq 0,001$). Низький рівень тривоги спостерігався у 64,8 % жінок та у 73,6 % чоловіків ($p \leq 0,001$). У КГ в цілому високий рівень тривоги спостерігався у 61,1 % жінок та у 30,2 % чоловіків ($p \leq 0,001$), помірний – у 25,9 % жінок та у 18,9 % чоловіків ($p \leq 0,001$), низький – у 13,0 % жінок та у 50,9 % чоловіків ($p \leq 0,001$).

Дослідження стану внутрішньосімейної адаптації довело її позитивну динаміку серед ПП ТГ, на відміну від КГ (табл. 7).

До початку психокорекційної роботи серед загальної кількості ДГ1 у 83,2 % ПП був діагностований неузгоджений тип шлюбу, а у 16,8 % – дезадаптивний тип, з них в ТГ неузгоджений тип мав місце у 83,3 %, в КГ – у 83,0 %, дезадаптивний, відповідно, у 16,7 % ТГ і 17,0 % КГ. Через півроку психокорекційної роботи серед ТГ дезадаптивних ПП не було; неузгоджений тип встановлено у 21,0 %, відносно адаптований – у 59,9 % ПП, адаптований тип шлюбу – у 19,1 %. У КГ спостерігалась зворотна динаміка: неузгоджений тип був притаманний 62,9 %, у інших 30,8 % встановлено дезадаптивний тип шлюбу.

Таблиця 5. Порівняльний аналіз розподілу наявних симптомів депресії за ступенем вираженості (шкала Бека) у чоловіків ТД та КГ

Симптом	Ступінь вираженості симптомів									
	0 (0-9 балів)		1 (10-15 балів)		2 (16-19 балів)		3 (20-29 балів)		4 (30-63 бала)	
	ТГ, %	КГ, %	ТГ, %	КГ, %	ТГ, %	КГ, %	ТГ, %	КГ, %	ТГ, %	КГ, %
Когнітивна афективна субшкала										
Настрій	83,3	52,8	16,7	24,5	–	22,6	–	–	–	–
Песимізм	85,2	54,7	14,8	26,4	–	18,9	–	–	–	–
Відчуття неспроможності	79,6	56,6	20,4	22,6	–	20,8	–	–	–	–
Незадоволеність	83,3	58,5	16,7	26,4	–	15,1	–	–	–	–
Почуття провини	81,5	60,4	18,5	22,6	–	17,0	–	–	–	–
Відчуття, що буду покараний	83,3	58,5	16,7	24,5	–	17,0	–	–	–	–
Відраза до самого себе	81,5	58,2	18,5	25,5	–	16,4	–	–	–	–
Ідеї самозвинувачення	79,6	56,6	20,4	28,3	–	15,1	–	–	–	–
Суїцидальні думки	85,2	56,6	14,8	24,5	–	18,9	–	–	–	–
Слізливість	83,3	58,5	16,7	26,4	–	15,1	–	–	–	–
Дратівливість	81,5	52,8	18,5	24,5	–	22,6	–	–	–	–
Порушення соціальних зв'язків	83,3	54,7	16,7	26,4	–	18,9	–	–	–	–
Нерішучість	79,6	54,7	20,4	28,3	–	17,0	–	–	–	–
Субшкала соматизації										
Образ тіла	81,5	52,8	18,5	26,4	–	20,8	–	–	–	–
Втрата працездатності	83,3	54,7	16,7	26,4	–	18,9	–	–	–	–
Порушення сну	85,2	56,6	14,8	28,3	–	15,1	–	–	–	–
Втомлюваність	87,0	58,5	13,0	28,3	–	13,2	–	–	–	–
Втрата апетиту	83,3	56,6	16,7	26,4	–	17,0	–	–	–	–
Втрата ваги	83,3	56,6	16,7	24,5	–	18,9	–	–	–	–
Захопленість почуттям власного тіла	85,2	54,7	14,8	26,4	–	18,9	–	–	–	–
Втрата лібідо	85,2	52,8	14,8	28,3	–	18,9	–	–	–	–

Примітка. Достовірність розбіжностей показників за шкалами у групах $p \leq 0,001$.

Таблиця 6. Розподіл досліджених жінок та чоловіків ТГ та КГ за рівнем тривоги (шкала Шихана)

Рівень тривоги	Жінки				Чоловіки			
	ТГ, n=162		КГ, n=159		ТГ, n=162		КГ, n=159	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Низький (<30 балів)	105	64,8	21	13,0	117	73,6	81	50,9
Помірний (30 – 79 балів)	45	27,8	42	25,9	42	26,4	30	18,9
Високий (>80 балів)	12	7,4	99	61,1	–	–	48	30,2

Таблиця 7. Динаміка типів внутрішньосімейної адаптації у обстежених родин, %±m

Тип шлюбу	До психокорекції		Після психокорекції	
	ТГ, n=162	КГ, n=159	ТГ, n=162	КГ, n=159
Адаптований	–	–	19,1±3,9	–
Відносно адаптований	–	–	59,9±4,9	–
Неузгоджений	83,3±3,7	83,0±3,8	21,0±4,1	62,9±4,8
Деадаптивний	16,7±3,7	17,0±3,8	–	30,8±4,8

Вважаючи доведеною гіпотезу стосовно вторинності формування АП у жінок як патологічного способу псевдокомпенсації негативного впливу порушення сімейного здоров'я, в розроблену систему психологічної корекції не включали окремі заходи, спрямовані на редукцію та нівелювання АП у жінок, крім прийомів раціональної психотерапії. Дослідивши напруженість адиктивного статусу жінок після участі в психокорекційних заходах ми отримали переконливі дані, які ще раз підтвердили отримані нами результати. Порівняльний аналіз усереднених показників захоплення адиктивним об'єктом або / та уживанням речовини у досліджених групах жінок ТГ та КГ, представлений у таблиці 8, дозволив виділити достовірно нижчі показники вираженості захоплення адиктивним об'єктом або / та уживанням речовини у жінок ТГ, порівняно із жінками КГ ($p \leq 0,001$).

Висновки

Отримані результати доводять ефективність розробленої системи психологічної корекції і психопрофілактичної підтримки здоров'я сім'ї за наявності АП у жінок, як у напрямку оптимізації внутрішньосімейної адаптації та родинної взаємодії, так і редукції АП у жінок.

Таблиця 8. Порівняльна характеристика усереднених показників захоплення адиктивним об'єктом або / та уживанням речовини у жінок ТГ та КГ (батарея AUDIT-подібних тестів, середній бал)

Об'єкт залежності	Усереднені показники захоплення адиктивним об'єктом або / та уживанням речовини	
	ТГ, n=162	КГ, n=159
Їжа	7,4*	14,1
Чай, кава	7,7*	14,6
Секс	7,1*	13,5
Робота	8,0*	13,9
Шопінг	8,8*	16,2
Телебачення	8,5*	15,6
Інтернет	7,9*	14,5
Читання	6,1*	14,5
Комп'ютерні ігри	7,3*	13,9
Азартні ігри	7,3	7,8
Алкоголь	7,6	7,7
Тютюн	8,1*	15,9
Психостимулятори	3,4	3,2
Канабіноїди	3,0*	7,6
Седативно-снودійні засоби	3,1*	12,3

Примітка. * Достовірність розбіжностей міжгрупових показників дорівнювала $p \leq 0,01$.

Список використаної літератури

- Маркова М. В. Загальний погляд на проблему формування та функціонування сім'ї / М. В. Маркова, Т. Г. Ветрила // Український вісник психоневрології. – 2009. – Т. 17, вип. 1 (58). – С. 89–92.
- Маркова М. В. До проблеми трансформації інституту сім'ї / М. В. Маркова // Міжнародний психіатричний, психотерапевтичний та психоаналітичний журнал. – 2007. – № 1. – С. 91–94.
- Маркова М. В. Криза інституту сім'ї як "дзеркало" загальної трансформації суспільства / М. В. Маркова // Актуальні питання медичної психології та психотерапії. Матеріали науково-практичної конференції, присвяченої 45-річчю кафедри психотерапії Харківської медичної академії післядипломної освіти. – Харків – Ялта, 2007. – С. 27–28.
- Кришталь В. В. Системний підхід к діагностикі, психотерапії та психопрофілактиці порушення здоров'я сім'ї / В. В. Кришталь, І. А. Семенкіна // Международный медицинский журнал. – 2000. – Т. 6, № 1. – С. 11–15.
- Кришталь В. В. Системная семейная психотерапия нарушений здоровья семьи / В. В. Кришталь, О. В. Носкова, Н. Е. Веремьев // Медицинская психология. – 2007. – Т. 2, № 2 (6). – С. 51–55.
- Кришталь В. В. Сексологія : навчальний посібник: в 4-х ч. / В. В. Кришталь, Є. В. Кришталь, Т. В. Кришталь. – Харків : Фолио, 2008. – 990 с.
- Агарков С. Т. Супружеская дезадаптация / С. Т. Агарков. – М.: Едиториал УРСС, 2004. – 256 с.
- Агишева Н. К. Психологическая несовместимость и конфликтологическая некомпетентность в супружеской жизни / Н. К. Агишева // Междунар. мед. журнал. – 2007. – № 4, Т. 13. – С. 6–9.
- Білобровка Р. І. Порушення сексуального здоров'я та функціонування сім'ї при афективних розладах у чоловіків (медико-психологічні аспекти) : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук : спец. 19.00.04 «Медична психологія» / Р. І. Білобровка. – Харків, 2011. – 31 с.
- Каденко О. А. Супружеская дезадаптация и внебрачные сексуальные связи : монография / О. А. Каденко. – Хмельницкий : ХНУ, 2006. – 239 с.
- Семёнкина И. А. Супружеская дезадаптация при нарушении функций семьи и ее психологическая коррекция : дис. на соискание уч. степени канд. психол. наук : спец. 19.00.04 «Медицинская психология» / И. А. Семёнкина. – Харьков, 2001. – 278 с.
- Скрипніков А. М. Порушення сексуального здоров'я подружжя і функціонування сім'ї при розладах особистості у чоловіка і їх психотерапевтична корекція : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук : спец. 14.01.16 «Психіатрія» / А. М. Скрипніков. – Харків, 2001. – 35 с.

- Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты / Д. Я. Райгородский. – Самара : Изд. дом «Бахрах-М», 2016. – 672 с.
- Системная семейная психотерапия / под ред. Э. Г. Эйдемиллера. – Москва – Харьков – Минск : Питер, 2002. – С. 83–95.
- 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.
- 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.
- Психологические тесты / под ред. А. А. Карелина: В 2 т. – М.: Гуманит. Изд. Центр ВЛАДОС, 2002. – Т. 1. – С. 25–29.
- Карвасарский Б. Д. Клиническая психология / Б. Д. Карвасарский, М. Пере; под ред. Б. Д. Карвасарского. – [2-е изд.]. – СПб.: Питер, 2007. – 960 с.
- Доморацкий В. А. Медицинская сексология и психотерапия сексуальных расстройств / В. А. Доморацкий. – М.: Академический Проект; Культура, 2009. – 470 с.
- Алешина Ю. Е. Социально-психологические методы исследования супружеских отношений (Спецпрактикум по социальной психологии) / Ю. Е. Алешина, Л. Я. Гозман, Е. М. Дубовская. – М.: Издательство Московского университета, 1987. – 120 с.
- Кочарян Г. С. Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов / Г. С. Кочарян, А. С. Кочарян. – М.: Медицина, 1994. – 224 с.
- Лапач С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel. Экспериментальные исследования. Клинические испытания. Анализ фармацевтического рынка / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич. – 2-е изд., перераб. и доп. – К.: Морион, 2001. – 408 с.
- Критерий качества жизни в психиатрической практике / Н. А. Марута, Т. В. Панько, И. А. Явдак [и др.]. – Х.: РИФ АРСИС, ЛТД, 2004. – 239 с.

References

- Markova, M. V., & Vetryla, T. G. (2009). Zahalny pohliad na problemu formuvannia ta funkcionuvannia sim'i [General view to the problem of forming and functioning of family]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrolohii – Ukrainian Journal Psychoneurology*, vol. 17, issue 1 (58), pp. 89–92. (In Ukrainian).
- Markova, M. V. (2007). Do problemy transformatsii instytutu sim'i [The problem of transformation of the family]. *Mizhnarodnyi psykhiatrychnyi, psykhoterapevtychnyi ta psykhoanalitichnyi zhurnal – International psychiatric, psychotherapeutic and psychoanalytic journal*, no. 1, pp. 91–94. (In Ukrainian).
- Markova, M. V. (2007). Kryza instytutu sim'i yak "dzerkalo" zahalnoi transformatsii suspilstva [The crisis of the family as a "mirror" of total transformation of society]. *Aktualni pytannia medychnoi psykhologhii ta psykhoterapii: materialy naukovopraktychnoi konferentsii, prysviachenoї 45-richchiu kafedry psykhoterapii Kharkivskoi medychnoi akademii pisladyplomnoi osvity* [Current issues of medical psychology and psychotherapy: proc. of the conference on the 45th anniversary of the Department of psychotherapy of Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education]. Kharkiv & Yalta, pp. 27–28. (In Ukrainian).
- Kryshthal, V. V., & Semjonkina, I. A. (2000). Sistemnyj podhod k diagnostike, psihoterapii i psihoprofilaktike narusheniya zdorov'ja sem'i [System approach to diagnosis, psychotherapy and psycho-prophylaxis of family health disorders]. *Mezhdunarodnyj medicinskij zhurnal – International Medical Journal*, vol. 6, no. 1, pp. 11–15. (In Russian).
- Kryshthal, V. V., Noskova, O. V., & Veremiov, N. E. (2007). Sistemnaja semejnjaja psihoterapija narusheniya zdorov'ja sem'i [Systemic family psychotherapy for family health disorders]. *Medychna Psykhologhiia – Medical Psychology*, vol 2, no. 2 (6), pp. 51–55. (In Russian).
- Kryshthal, V. V., Kryshthal, Ye. V., & Kryshthal, T. V. (2008). *Seksologhiia* [Sexology]. Kharkiv: Folio, 990 p. (In Ukrainian).
- Agarkov, S. T. (2004). *Supruzheskaja dezadaptacija* [Marital disadaptation]. Moscow: Editorial URSS, 256 p. (In Russian).
- Agisheva, N. K. (2007). Psihologicheskaja nesovmestimost' i konfliktologicheskaja nekompetentnost' v supruzheskoj zhizni [Psychological incompatibility and conflict incompetence in married life]. *Mezhdunarodnyj medicinskij zhurnal – International Medical Journal*, vol. 13, no. 4, pp. 6–9. (In Russian).
- Bilobryvka, R. I. (2011). Porushennia seksualnoho zdorov'ia ta funkcionuvannia sim'i pry afektyvnykh rozladakh u cholovikiv (medyko-psykhologhichni aspekty) [The internal picture of marital disharmony with true mental and sexual disorders in men and its psychotherapeutic correction]. Extended abstract of Doctor's thesis, Kharkiv, 31 p. (In Ukrainian).
- Kadenko, O. A. (2006). *Supruzheskaja dezadaptacija i vnebrachnye seksual'nye svyazi* [Marital disadaptation and extramarital sexual relations]. Khmelnytskyi: KhNU, 239 p. (In Russian).
- Semjonkina, I. A. (2001). *Supruzheskaja dezadaptacija pri narushenii funkcij sem'i i ee psihologicheskaja korrekciija* [Marital disadaptation in case of violation of family functions and its psychological correction]. Candidate's thesis, Kharkiv, 278 p. (In Russian).
- Skrypnikov, A. M. (2001). Porushennia seksualnoho zdorov'ia podruzzhia i funkcionuvannia sim'i pry rozladakh osobystosti u cholovika i yikh psykhoterapevtychna korektsiia [Violation of the sexual health of marriage and family functioning, where husband has personality disorders and their

- psychotherapeutic correction]. Extended abstract of Doctor's thesis, Kharkiv, 35 p. (In Ukrainian).
13. Rajgorodskij, D. Ja. (2016). *Prakticheskaja psihodiagnostika. Metodiki i testy* [Practical psychodiagnosics. Methods and tests]. Samara: Bahrah-M, 672 p. (In Russian).
 14. Jejdemiller, Je. G. (Ed.). (2002). *Sistemnaja semejnaja psihoterapija* [Systemic family psychotherapy]. Moscow, Kharkiv, Minsk: Piter, pp. 83–95. (In Russian).
 15. Linskij, I. V., Minko, A. I., Artemchuk, A. F., Grinevich, E. G., Markova, M. V., Musienko, G. A., ... Vyglažova, O. V. (2010). Addiktivnyj status i metod ego kompleksnoj ocenki pri pomoshhi sistemy AUDIT-podobnyh testov [Addictive status and method of its comprehensive assessment using the AUDIT-like system tests]. *Psihicheskoe zdorov'e – Mental health*, no. 6 (49), pp. 33–45. (In Russian).
 16. Kornatskiy, V. M., & Markova, M. V. (2007). *Otsinka psichosotsialnykh chynnykiv ryzyku rozvytku khvorob systemy krovoobihu u patsientiv pervynnoi lanky medyko-sanitarnoi dopomohy* [Assessment of psychosocial risk factors for cardiovascular diseases in patients in primary health care]. Kyiv, 14 p. (In Ukrainian).
 17. Karelina, A. A. (Ed.). (2002). *Psihologicheskie testy* [Psychological tests]. (Vol. 1, pp. 25–29). Moscow: Gumanit. Izd. Centr VLADOS. (In Russian).
 18. Karvasarskij, B. D., & Pere, M. (2011). *Klinicheskaja psihologija* [Clinical psychology]. B. D. Karvasarskij (Ed.). (2nd ed.). Saint Petersburg, Piter, 960 p. (In Russian).
 19. Domorackij, V. A. (2009). *Medicinskaja seksologija i psihoterapija seksual'nyh rasstrojstv* [Medical Sexology and Psychotherapy of Sexual Disorders]. Moscow: Akademicheskij Proekt; Kul'tura, 470 p. (In Russian).
 20. Aleshina, Ju. E., Gozman, L. Ja., & Dubovskaja, E. M. (1987). *Social'no-psihologicheskie metody issledovanija supruzheskih odnoshenij* [Socio-psychological methods of studying marital relatio]. Moscow: Izdatel'ctvo Moskovskogo universiteta, p. 120. (In Russian).
 21. Kocharjan, G. S., & Kocharjan, A. S. (1994). *Psihoterapija seksual'nyh rasstrojstv i supruzheskih konfliktov* [Psychotherapy of sexual disorders and marital conflicts]. Moscow: Medicina, 224 p. (In Russian).
 22. Lapach, S. M., Chubenko, A. V., & Babych, P. M. (2001). *Statisticheskie metody v mediko-biologicheskijh issledovanijah s ispol'zovaniem Excel. Jeksperimental'nye issledovanija. Klinicheskie ispytaniya. Analiz farmacevticheskogo rynka* [Statistical methods in biomedical research using Excel. Experimental research. Clinical trials. Analysis of the pharmaceutical market]. (2nd ed.). Kyiv: Morion, 408 p.
 23. Maruta, N. O., Panko, T. V., Yavdak, I. O., Semykina, O. Ye., & Koliadko, S. P. (2004). *Kriterij kachestva zhizni v psihiatricheskoj praktike* [Criterion of quality of life in psychiatric practice]. N. O. Maruta (Ed.). Kharkiv: RIF ARSIS, LTD, 239 p. (In Russian).

ОБОСНОВАНИЕ ОБЩИХ ПОЛОЖЕНИЙ И ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ И ПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ ЗДОРОВЬЯ СЕМЬИ ПРИ АДДИКТИВНОМ ПОВЕДЕНИИ У ЖЕНЩИН

М. В. Савина

Актуальность. Нарушение здоровья семьи имеет сложный генез, изучение которого требует системного подхода, так же как его диагностика и коррекция. В случае наличия аддиктивного поведения (АП) у жены данная проблема приобретает особую специфику, что требует ее отдельного изучения для разработки эффективных коррекционных стратегий, патогномоничных для данного контингента.

Цель – обоснование общих принципов психологической коррекции и психопрофилактической поддержки здоровья семьи при наличии АП у женщин и определение эффективности их внедрения.

Материалы и методы. С помощью клинико-психологического и психодиагностического методов обследовано 371 супружескую пару (СП), которые обратились за помощью по поводу нарушения семейных отношений (исследуемая группа, ИГ). У 321 СП обнаружены проявления аддиктивного поведения (АП) у жены. В качестве группы сравнения обследовано 50 условно гармоничных СП (ГП).

Результаты. Определены провоцирующие факторы развития нарушения здоровья семьи у женщин с различным состоянием АП. Установлено, что социально-приемлемые виды АП, присущие обследованным, выступают как патологический способ канализации психоэмоционального напряжения, возникающего у них в результате деформации семейных отношений, и снижают уровень супружеской конфликтности и деформации родительско-детских отношений. На основе полученных данных сформулирована общая конфигурация системы психологической коррекции и психопрофилактической поддержки здоровья семьи при наличии АП у женщин в виде алгоритма действий, а также обобщения целей и способов их достижения.

Выводы. Определение эффективности указанных подходов показало их результативность, как в аспекте улучшения семейного функционирования, так и редукации АП у женщин.

Ключевые слова: женщины, аддиктивное поведение, нарушения здоровья семьи, супружеская пара, психологическая коррекция, эффективность.

JUSTIFICATION OF GENERAL PROVISIONS AND EFFECTIVENESS OF PSYCHOLOGICAL CORRECTION AND PSYCHOPROFILACTIC SUPPORT OF FAMILY WITH ADDICTIVE BEHAVIOR OF WIVES

M. V. Savina

Background. The family health disorder has a complex genesis, the study of which requires a systematic approach, as well as its diagnosis and correction. In the case of addictive behavior (AB) in the wife, this problem acquires a special specificity, which requires its separate study to develop effective correctional strategies, which are pathognomonic for this contingent.

Objective – justification of general principles of psychological correction and psychoprophylactic support family health where there is addictive behavior in women and to determine the effectiveness of their implementation.

Materials and methods. We examined the 371 married couples (MC), who applied for help due to violation of family relations (study group, SG). We used clinical-psychopathological and psychodiagnostic methods. In 321 MC we detected addictive behavior in the wife. Also we examined 50 conditionally harmonious couples, which constituted comparison group.

Results. Triggers of the development of family health disorders in women with a different state of addictive behavior have been defined. It has been established that socially acceptable types of addictive behavior in surveyed women act as a pathological way of sewerage of psychoemotional tension, arising in them as a result of deformation of family relationships. It reduced the level of marital conflict and deformation of parental-child relationships. The general provisions of the system of psychological correction and psycho-preventive support of family health with addictive behavior of wives have been formulated on the basis of the obtained data. They included algorithm of actions, as well as a generalization of the goals and ways to achieve them.

Conclusions. Determining the effectiveness of these approaches has shown their effectiveness, both in the aspect of improving family functioning and in the reduction of addictive behavior in women.

Keywords: women, addictive behavior, family health disorders, married couple, psychological correction, efficiency.

Стаття надійшла до редакції 20.10.2016 р.

САВИНА Майя Василівна, к.мед.н., доцент, доцент кафедри психіатрії, наркології, неврології та медичної психології Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна Міністерства освіти України, м. Харків, Україна; e-mail: ms@3s.kharkov.ua

САВИНА Майя Васильевна, к.мед.н., доцент, доцент кафедры психиатрии, наркологии, неврологии и медицинской психологии Харьковского национального университета имени В. Н. Каразина Министерства образования Украины, г. Харьков, Украина; e-mail: ms@3s.kharkov.ua

SAVINA Maiia Vasylyvna, MD, PhD, Docent, Associate Professor of Department of psychiatry, narcology and medical psychology of the V. N. Karazin's Kharkiv National University of Ministry of Education of Ukraine, Kharkiv, Ukraine; e-mail: ms@3s.kharkov.ua