

М. В. Маркова, Г. С. Росінський

ПОРУШЕННЯ ЗДОРОВ'Я СІМ'Ї ДЕМОБІЛІЗОВАНИХ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ — УЧАСНИКІВ АТО: ПСИХОПАТОЛОГІЧНИЙ, ПСИХОЛОГІЧНИЙ, ПСИХОСОЦІАЛЬНИЙ І СІМЕЙНИЙ ВИМІРИ ПРОБЛЕМИ

М. В. Маркова, Г. С. Россинский

Нарушение здоровья семьи демобилизованных военнослужащих — участников АТО: психопатологический, психологический, психосоциальный и семейный аспекты проблемы

M. V. Markova, G. S. Rosinskyi

Deterioration of the health of families of demobilized soldiers participating in the ATO: psychopathological, psychological, psychosocial and family dimensions of the problem

Мета роботи — первинна ідентифікація структурних вимірів проблеми порушення здоров'я сім'ї демобілізованих військовослужбовців — учасників АТО та виявлення їх співвідношення з проявами постстресової психологічної дезадаптації комбатантів для визначення мішеней подальшої психокорекційної роботи.

На базі КЗОЗ «Харківський обласний психоневрологічний диспансер» протягом 2015—2017 рр. було комплексно обстежено 100 сімей демобілізованих військовослужбовців, що брали участь у бойових діях — комбатантів, та їхніх дружин. Дослідження проводили за допомогою клініко-психопатологічного, сексологічного і психодіагностичного методів.

У більшості обстежених комбатантів та їхніх дружин виявлені ознаки постстресової психологічної дезадаптації різного змісту і вираженості. Вони проявлялися у вигляді ознак психічної дезадаптації; поведінкової дезадаптації (у вигляді аддиктивної реалізації різного ступеня вираженості — від клінічно окреслених розладів до шкідливого або небезпечного вживання; особистісної, соціальної, сексуальної та сімейної дезадаптації).

Незважаючи на те, що дезадаптивні прояви спостерігались практично в усіх обстежених, 28 % з обстежених подружжів відрізнялися успішністю подружніх стосунків, тоді як у інших 72 % спостерігалися порушення здоров'я сім'ї (розлади сексуальної сфери та деформація сімейної взаємодії у вигляді браку родинної підтримки з боку партнера та конфлікту один з одним).

Виходячи з отриманих даних, можна зробити попередній висновок щодо поліmodalності феномена порушення здоров'я родин комбатантів, що має, зокрема, психопатологічний, психологічний, психосоціальний і сімейний виміри проблеми. Однак, наявні результати не дозволяють стверджувати про наявність кумулятивного/потенціуючого впливу різноманітних мозаїчно організованих проявів постстресової психологічної дезадаптації в генезі порушення здоров'я сім'ї у цього контингенту. Проте, факт успішності подружніх стосунків у 28 % родин демобілізованих військовослужбовців розглядається нами як свідчення наявності у них внутрішньособистісних і міжособистісних ресурсів щодо збереження здоров'я сім'ї та сімейної підтримки, ідентифікація яких становить подальші завдання нашої роботи.

Ключові слова: здоров'я сім'ї, постстресова психологічна дезадаптація, учасники АТО, дружини учасників АТО

Цель работы — первичная идентификация структурных критериев проблемы нарушения здоровья семьи демобилизованных военнослужащих — участников АТО и выявление их соотношения с проявлениями постстрессовой психологической дезадаптации комбатантов для определения мишеней дальнейшей психокоррекционной работы.

На базе КУЗ «Областной психоневрологический диспансер» в течение 2015—2017 гг. были комплексно обследованы 100 семей демобилизованных военнослужащих, участвовавших в боевых действиях — комбатантов, и их жен. Исследование проводилось с помощью клинико-психопатологического, сексологического и психодиагностического методов.

У большинства обследованных комбатантов и их жен обнаружены признаки постстрессовой психологической дезадаптации различного содержания и степени выраженности. Они проявлялись в виде признаков психической дезадаптации; поведенческой дезадаптации (в виде аддиктивной реализации разной степени выраженности — от клинически выраженных расстройств до вредного или опасного употребления; личностной, социальной, сексуальной и семейной дезадаптации).

Несмотря на то, что дезадаптивные проявления наблюдались практически у всех обследованных, 28 % из обследованных супругов отличались успешностью супружеских отношений, в то время как у других 72 % наблюдалось нарушение здоровья семьи (расстройства сексуальной сферы и деформация семейного взаимодействия в виде недостатка семейной поддержки со стороны партнера и конфликты друг с другом).

Исходя из полученных данных, можно сделать предварительный вывод о полиmodalности феномена нарушения здоровья семей комбатантов, который имеет, по меньшей мере, психопатологический, психологический, психосоциальный и семейный аспекты проблемы. Однако имеющиеся результаты не позволяют утверждать о наличии кумулятивного/потенцирующего влияния различных мозаично организованных проявлений постстрессовой психологической дезадаптации в генезе нарушения здоровья семьи у данного контингента. Между тем, факт успешности супружеских отношений у 28 % семей демобилизованных военнослужащих рассматривается нами как свидетельство наличия у них внутрличностных и межличностных ресурсов сохранения здоровья семьи и семейной поддержки, идентификация которых составляет дальнейшие задачи нашей работы.

Ключевые слова: здоровье семьи, постстрессовая психологическая дезадаптация, участники АТО, жены участников АТО

The purpose of the study is the initial identification of the structural dimensions of the problem of deterioration of health of families of demobilized soldiers participating in the ATO, and their correlation with the manifestations of post-stress psychological maladaptation of the combatants, to determine the targets for further psychocorrective work.

On the basis of the Communal Health Care Facility "Kharkiv Regional Psychoneurological Dispensary", during the period from 2015 to 2017, 100 families of demobilized soldiers who participated in combat operations — combatants and their wives were fully examined. The research was conducted with the help of clinico-psychopathological, sexologic and psychodiagnostic methods.

In most surveyed combatants and their wives, it was revealed signs of post-stress psychological maladaptation of different meaning and severity. They were manifested as signs of psychic maladaptation; behavioral maladaptation (in the form of addictive implementation of varying stages of expressiveness — from clinically defined disorders to harmful or dangerous use; personal, social, sexual, family maladaptation).

Despite the fact that maladaptive manifestations were observed in almost all the surveyed people, 28 % of the surveyed married couples were successful in marital relationships, while in the other 72 % there was a deterioration of the family health (sexual disorders and deformation of family interaction in the form of lack of family support from the partner and conflicts with each other).

Based on the data obtained, it is possible to make a preliminary conclusion regarding the polymodality of the phenomenon of deterioration of the health of families of soldiers, which exists at least in psychopathological, psychological, psychosocial and family dimensions of the problem. However, the available results do not allow to state that there is a cumulative/potentiating effect of various/mosaic-organized manifestations of post-stress psychological maladaptation in the genesis of deterioration of the health of families in this contingent. Meanwhile, the fact of the success of marital relationships in 28 % of families of demobilized soldiers is considered by us as an evidence of the presence of their interpersonal resources for the preservation of health of the family and family support, the identification of which is the further tasks of our study.

Key words: health of the family, post-stress psychological maladaptation, participants of the ATO, wives of participants of the ATO

Значні політичні, суспільні, економічні зміни в Україні, які виходять за рамки звичайного людського досвіду, впливають на стан психічного здоров'я населення й призводять до збільшення поширеності соціально-стресових розладів та дезадаптивних станів [1—6].

Серед загальної кількості сучасних факторів соціального стресу найбільший ступінь негативного впливу на окремі групи людей мають воєнний або цивільно-військовий фактори [7—10].

Вразливою групою щодо дії воєнного фактору стають бійці та комбатанти, що захищали країну, беручи участь у бойових діях (станом на кінець 2017 статус учасника бойових дій отримали близько 200 тисяч осіб). Найбільш впливовими стресорами при цьому стають:

- а) відчуття перманентної вітальної загрози;
- б) необхідність вбивати;
- в) смерть побратимів;
- г) побутова невлаштованість;
- г) військові фізіологічні стресори [7].

Під негативний вплив цивільно-військового фактору підпадають, насамперед, члени родин військовослужбовців — як ті, хто втратили своїх захисників, так і ті, хто дочекався повернення рідних. В цьому разі найбільш значущий стресовий вплив має потреба перебудови звичного способу життя, існування в умовах невизначеності майбутнього та перманентної тривоги за близьку людину, що бере участь в бойових діях [11—14].

Але, навіть після благополучного повернення комбатанта додому фізично неушкодженим, він сам та його родина стикаються з новими неочікуваними викликами. Кожен учасник бойових дій потребує певного часу для адаптації до мирного життя. З проблемами адаптації демобілізованого військовослужбовця сім'я стикається вже в перший місяць після повернення бійця додому. При поверненні демобілізованого до мирного життя у багатьох випадках сприйняття ним навколишнього середовища відбувається через «військову призму дійсності», загострення відчуття біполярного сприймання світу за парадигмою «свій» — «чужий»: *«Ми повернулися з дуже-дуже глибокого АТО. Колишніми нам не стати... і не дуже хочеться. Як ви тепер будете розмовляти з нами, людьми, які не розуміють відтінків сірого? Нова чорно-біла система координат проста: є свій — є ворог»* [15].

Якщо клінічно окреслені психопатологічні розлади спостерігаються, за даними літератури, у 25—80 % комбатантів, то поствоєнні донозологічні патологічні зміни у вигляді постстресової психологічної дезадаптації, що концептуалізується в рамках моделі «передхвороби», виявляються у більшості учасників бойових дій [16, 17].

Основними проявами постстресової психологічної дезадаптації у комбатантів на теперішній час вважаються такі:

- а) відчуття відчуження, «покинутості» і «непотрібності»;
- б) когнітивний дисонанс через байдужість «мирного» суспільства до війни;
- в) стійке переконання, що усі цивільні не можуть зрозуміти, що пережив воїн;
- г) соціальна непристосованість, безробіття;
- г) спроба застосувати в мирному житті нові набуті поведінкові стратегії, що негативно оцінюється близькими;
- д) неспроможність мирного врегулювання сімейних конфліктів, випадки фізичного, сексуального й психологічного насильства;
- е) надмірна актуалізація відчуття «бойового братерства» та протиставлення його «мирному» світу;

є) досвід зняття психоемоційного напруження вживанням психоактивних речовин [7, 18].

Все це, безперечно, накладає відбиток на сімейні відносини, бо більшість з членів родин демобілізованих військовослужбовців не готові приймати об'єктивні зміни, що відбулися з їхніми рідними, чекаючи допомоги від них, замість того, щоб бути готовими цю допомогу надати бійцям [11—14].

Отже, замість потужного джерела психологічного реабілітаційного ресурсу, родина бійця перетворюється на додатковий психотравмуючий чинник, обтяжуючи і без того складний психологічний стан комбатанта.

За даними Науково-дослідницького центру гуманітарних проблем Збройних Сил України, 80 % військовослужбовців — учасників АТО є психологічно травмованими на момент демобілізації [19]. Можливо, тому, згідно з сучасними статистичними даними, 80 % розлучень, що зафіксовані в Україні протягом 2015—2016 рр., відбулися в родинах демобілізованих бійців, причому здебільшого — в перші півроку після повернення з війни.

За іншими даними, протягом року після демобілізації розпадаються або опиняються на межі розлучення від 35 до 60 % родин учасників АТО [20]. А, за інформацією Луцької міської ради, у Луцьку, наприклад, розлучився кожен другий демобілізований воїн [21].

З огляду на зазначене, актуальність і необхідність вивчення специфіки клінічних проявів та механізмів формування порушення здоров'я сім'ї демобілізованих військовослужбовців та розроблення на цьому ґрунті заходів його психологічної корекції та психопрофілактики не викликає сумніву.

З огляду на зазначене, метою цієї роботи стала первинна ідентифікація структурних вимірів проблеми порушення здоров'я сім'ї демобілізованих військовослужбовців — учасників АТО та виявлення їх співвідношення з проявами постстресової психологічної дезадаптації комбатантів для визначення мішеней подальшої психокорекційної роботи.

Для досягнення поставленої мети, на базі КЗОЗ «Харківський обласний психоневрологічний диспансер» протягом 2015—2017 рр. було комплексно обстежено 100 сімей демобілізованих військовослужбовців, що брали участь у бойових діях — комбатантів, та їх дружин.

Дослідження проводилось за допомогою клініко-психопатологічного, сексологічного і психодіагностичного методів і включало поглиблене клінічне стандартизоване інтерв'ю з використанням діагностичних критеріїв МКХ-10 з аналізом психічного стану, анамнестичних даних, сексологічного обстеження, на ґрунті чого встановлювали не тільки психопатологічні особливості психічного стану респондентів, а й специфіку притаманних їм контекстуальних чинників та проблем сексуальної реалізації і родинного функціонування.

В процесі роботи було отримано такі результати. Зміни психічного стану на рівні клінічно окреслених розладів виявлено у 78 % комбатантів і у 24 % їхніх дружин. Перше місце за поширеністю займали адаптаційні розлади F43.2, що були діагностовані у 31 % комбатантів та 17 % їхніх дружин (з них — F43.22 змішана тривожно-депресивна реакція — у 14 % чоловіків й 13 % жінок; F43.21 пролонгована депресивна реакція — у 11 % чоловіків; F43.23 з переважаючим порушенням інших емоцій — у 6 % чоловіків і 4 % жінок). Посттравматичний стресовий розлад діагностовано у 20 % комбатантів. Серед інших нозологій спостерігались: F45.3 соматоформна вегетативна дисфункція — у 9 % чоловіків і 7 % жінок; F06.6

органічний емоційно нестійкий (астенічний) розлад — у 8 % комбатантів; F34.1 дистимію діагностовано у 5 % респондентів, F07.2 посткомоційний синдром — у 3 %, а F62.0 стійкі зміни особистості після катастрофічного переживання — у 2 % комбатантів.

Серед проявів залежної поведінки клінічно значущого рівня вираженості переважали психічні і поведінкові розлади внаслідок вживання тютюну, синдром залежності (постійне вживання) F17.25 — у 64 % чоловіків та 33 % жінок. Клінічні проблеми, пов'язані зі вживанням алкоголю, були виявлені у 23 % комбатантів: у 10 % — синдром залежності внаслідок вживання алкоголю, епізодичне вживання (дипсоманія) F10.26; у 8 % — синдром залежності внаслідок вживання алкоголю, на теперішній час утримання (часткова ремісія) F10.201; у 5 % — синдром залежності внаслідок вживання алкоголю, постійне вживання F10.25. Для 11 % чоловіків притаманними були проблеми, що виникли внаслідок вживання інших стимуляторів, включаючи кофеїн F15.25, для 5 % — внаслідок вживання каннабіноїдів F12.26.

Значне поширення серед обстежених мали розлади сексуального здоров'я. Зокрема, відсутність або втрата статевого потягу F52.0 спостерігалась у 24 % чоловіків та 51 % жінок; відсутність сексуального задоволення (переважно відносна) — у 23 % чоловіків і 67 % жінок; ерекційна дисфункція F52.2 виявлено у 15 %, *ejaculatio praecox* F52.4 — у 6 % чоловіків; оргазмічна дисфункція F52.3 — у 58 % жінок.

Однак, крім клінічно окреслених розладів психічного і сексуального здоров'я, у обстежених здебільшого встановлені також інші порушення, які були класифіковані нами за допомогою кодів Z за МКХ-10 (розділ XXI: чинники, що впливають на стан здоров'я і контакти зі службами охорони здоров'я).

Зокрема, для 68 % комбатантів та 35 % жінок виявились притаманними проблеми, пов'язані зі способом життя Z72. Серед них превалювали проблеми, пов'язані зі вживанням алкоголю (39 % чоловіків та 18 % жінок); зі вживанням тютюну (12 % чоловіків та 16 % жінок); з участю в азартних іграх (7 % чоловіків) та захоплення комп'ютерними іграми або Інтернетом (10 % чоловіків і 1 % жінок).

Проблеми, що утруднюють вирішення повсякденних життєвих питань Z73, спостерігались у більшості респондентів обох статей. Зокрема, брак розслаблення і відпочинку відчували абсолютно усі обстежувані (по 100 %, від-

повідно); акцентуація особистісних рис була притаманна 89 % чоловіків та 73 % жінок; негативний вплив стресу, що не класифікований в інших рубриках, встановлено у 27 % чоловіків і 32 % жінок; через неадекватні соціальні навички потерпали 31 % комбатантів.

Проблеми, пов'язані з соціальним оточенням Z60, насамперед, проблеми адаптації при переході від одного життєвого циклу до другого, зазнавали усі респонденти (по 100 %, відповідно); від проблем, пов'язаних з зайнятістю та безробіттям, потерпали 64 % чоловіків і 72 % жінок, а від проблем, пов'язаних з житлом і економічними обставинами — 58 % комбатантів та 63 % їх дружин.

Про проблеми, пов'язані з сімейними обставинами Z63, повідомляла значна частина респондентів. Проблеми у стосунках з подружжям зазнавали 64 % чоловіків і 72 % жінок; проблеми з батьками — 25 % чоловіків і 36 % жінок; брак сімейної підтримки гостро відчували 72 % з усіх обстежених подружжів.

Розглядаючи отримані результати в світлі континууму «норма — передхвороба — захворювання», ми об'єднали виявлені порушення в рамках психологічного конструкта постстресової психологічної дезадаптації воїнів, наслідки якої сприяли виникненню вторинної дезадаптації у їхніх дружин (таблиця). Відповідно до результатів, згрупованих у табл. 1, прояви постстресової психологічної дезадаптації проявлялися у вигляді ознак психічної дезадаптації (клінічно виражена психопатологічна симптоматика — 78 % чоловіків і 17 % жінок); поведінкової дезадаптації (у вигляді аддиктивної реалізації різного ступеня вираженості — від клінічно окреслених розладів до шкідливого або небезпечного вживання, часто — деяких аддиктивних об'єктів, на кшталт алкоголю й тютюну) (100 % чоловіків і 78 % жінок); особистісної дезадаптації (у вигляді акцентуації особистісних рис або браку розслаблення і відпочинку — 100 % подружжів); соціальної дезадаптації (у вигляді як загальної проблеми адаптації при переході від одного життєвого циклу до другого — 100 % подружжів, так і окремих соціально-економічних проблем — 64 % чоловіків і 72 % жінок); сексуальної дезадаптації (окрім специфічних проблем, пов'язаних з ерекційною дисфункцією (15 %) чи передчасною еякуляцією (6 %) у чоловіків, або гіпо- чи аноргазмією (58 %) у жінок, найбільш поширеною було психосексуальне невдоволення (23 % чоловіків і 67 % жінок); сімейної дезадаптації (брак сімейної підтримки або проблеми у стосунках з подружжям відчували 72 % чоловіків і жінок).

Клініко-психологічний зміст і поширеність проявів складників постстресової психологічної дезадаптації в родинах демобілізованих військовослужбовців — учасників бойових дій

| Кластер МКХ-10 | Нозологія | чоловіки | | жінки | | p |
|--------------------------------------|--|----------|------|-------|-----|--------|
| | | абс. | % | абс. | % | |
| Прояви психічної дезадаптації | | | | | | |
| F43 | Реакція на тяжкий стрес та адаптаційні розлади | | | | | |
| F43.1 | Посттравматичний стресовий розлад | 20 | 20,0 | 0 | 0,0 | 0,0001 |
| F43.2 | Адаптаційні розлади | 31 | 31,0 | 0 | 0,0 | 0,0001 |
| F43.22 | Адаптаційний розлад, змішана тривожно-депресивна реакція | 14 | 14,0 | 0 | 0,0 | 0,0001 |
| F43.21 | Адаптаційний розлад, пролонгована депресивна реакція | 11 | 11,0 | 0 | 0,0 | 0,0004 |
| F43.23 | Розлад адаптації з переважанням порушення інших емоцій | 6 | 6,0 | 4 | 4,0 | 0,3738 |
| F45.3 | Соматоформна вегетативна дисфункція | 9 | 9,0 | 7 | 7,0 | 0,3976 |
| F06.6 | Органічний емоційно нестійкий (астенічний) розлад | 8 | 8,0 | 0 | 0,0 | 0,0034 |
| F34.1 | Дистимія | 5 | 5,0 | 0 | 0,0 | 0,0297 |

Продовження табл.

| Кластер МКХ-10 | Нозологія | чоловіки | | жінки | | p |
|---|--|----------|-------|-------|-------|--------|
| | | абс. | % | абс. | % | |
| F62.0 | Стійкі зміни особистості після катастрофічного переживання | 2 | 2,0 | 0 | 0,0 | 0,2487 |
| F07.2 | Посткомоційний синдром | 3 | 3,0 | 0 | 0,0 | 0,1231 |
| Прояви залежної поведінки | | | | | | |
| F10.2 | Психічні і поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю | | | | | |
| F10.201 | Синдром залежності внаслідок вживання алкоголю, на теперішній час утримання (часткова ремісія) | 8 | 8,0 | 0 | 0,0 | 0,0034 |
| F10.25 | Синдром залежності внаслідок вживання алкоголю, постійне вживання | 5 | 5,0 | 0 | 0,0 | 0,0297 |
| F10.26 | Синдром залежності внаслідок вживання алкоголю, епізодичне вживання (дипсоманія) | 10 | 10,0 | 0 | 0,0 | 0,0008 |
| F17.25 | Психічні і поведінкові розлади внаслідок вживання тютюну, синдром залежності (постійне вживання) | 64 | 64,0 | 33 | 33,0 | 0,0001 |
| F15.25 | Психічні і поведінкові розлади внаслідок вживання інших стимуляторів, включаючи кофеїн, синдром залежності (постійне вживання) | 11 | 11,0 | 0 | 0,0 | 0,0004 |
| F12.26 | Психічні і поведінкові розлади внаслідок вживання каннабіноїдів, синдром залежності, епізодичне вживання | 5 | 5,0 | 0 | 0,0 | 0,0297 |
| Z72 | Проблеми, пов'язані зі способом життя | | | | | |
| Z72.0 | Вживання тютюну | 12 | 12,0 | 13 | 13,0 | 0,5000 |
| Z72.1 | Вживання алкоголю | 39 | 39,0 | 28 | 28,0 | 0,0669 |
| Z72.6 | Участь у азартних іграх | 7 | 7,0 | 0 | 0,0 | 0,0070 |
| Z72.8 | Інші проблеми, пов'язані зі способом життя (захоплення комп'ютерними іграми, інтернет-серфінг) | 10 | 10,0 | 1 | 1,0 | 0,0048 |
| Прояви особистісної дезадаптації | | | | | | |
| Z73 | Проблеми, що стосуються утруднень у вирішенні повсякденних життєвих питань | | | | | |
| Z73.1 | Акцентуація особистісних рис | 89 | 89,0 | 73 | 73,0 | 0,0032 |
| Z73.2 | Брак розслаблення та відпочинку | 100 | 100,0 | 100 | 100,0 | 1,0000 |
| Z73.3 | Стрес, що не класифікований у інших рубриках | 27 | 27,0 | 32 | 32,0 | 0,2677 |
| Z73.4 | Неадекватні соціальні навички, що не класифікуються в інших рубриках | 31 | 31,0 | 0 | 0,0 | 0,0001 |
| Прояви соціальної дезадаптації | | | | | | |
| Z59 | Проблеми, пов'язані з житлом та економічними обставинами | 58 | 58,0 | 63 | 63,0 | 0,2815 |
| Z56 | Проблеми, пов'язані з зайнятістю та безробіттям | 64 | 64,0 | 72 | 72,0 | 0,1443 |
| Z60 | Проблеми, пов'язані з соціальним оточенням | | | | | |
| Z60.0 | Проблеми адаптації при переході від одного життєвого циклу до іншого | 100 | 100,0 | 100 | 100,0 | 1,0000 |
| Прояви сексуальної дезадаптації | | | | | | |
| F52 | Статева дисфункція, не зумовлена органічним розладом або хворобою | | | | | |
| F52.0 | Відсутність або втрата статевого потягу | 24 | 24,0 | 51 | 51,0 | 0,0001 |
| F52.11 | Відсутність сексуального задоволення | 23 | 23,0 | 67 | 67,0 | 0,0001 |
| F52.2 | Відсутність генітальної реакції | 15 | 15,0 | 0 | 0,0 | 0,0001 |
| F52.3 | Оргазмічна дисфункція | 7 | 7,0 | 58 | 58,0 | 0,0001 |
| F52.4 | Передчасна еякуляція | 6 | 6,0 | 0 | 0,0 | — |
| Прояви сімейної дезадаптації | | | | | | |
| Z63 | Проблеми, пов'язані з сімейними обставинами | | | | | |
| Z63.0 | Проблеми у стосунках з дружиною/чоловіком | 64 | 64,0 | 72 | 72,0 | 0,1443 |
| Z63.1 | Проблеми у стосунках з батьками або батьками дружини/чоловіка | 25 | 25,0 | 36 | 36,0 | 0,0621 |
| Z63.2 | Брак сімейної підтримки | 72 | 72,0 | 72 | 72,0 | 1,0000 |

Скринінгове оцінювання стану подружніх стосунків, здійснюване з використанням опитувальника подружньої задоволеності А.Лазаруса (1997) [22], показало таку картину.

Здебільшого в обстежених подружніх пар (72 %) виявлена незадоволеність подружніми стосунками: або значна (за дискурсом автора методики) — загальний

показник подружньої задоволеності у обох з подружжя — менше ніж 80 балів (29 % від загальної вибірки; 40,3 % від родин з подружньою незадоволеністю), або часткова — загальний показник менше ніж 80 балів виявлено у одного з подружжя (частіше — у дружини) (43 % від загальної вибірки; 59,7 % від кількості осіб, незадоволених подружніми стосунками).

28 % подружжів продемонстрували успішність родинної взаємодії, про що свідчили конгруентні високі (вище ніж 80 балів) показники подружньої задоволеності.

Подальший аналіз виявив, що описані вище ознаки постстресової психологічної дезадаптації у вигляді окремих проявів психічної, поведінкової, особистісної та соціальної дезадаптації спостерігалися в усіх обстежених чоловіків і більшості їх дружин. Проте, незважаючи на це, 28 % з обстежених подружжів відрізнялись успішністю подружніх стосунків, тоді як у інших 72 % спостерігались порушення здоров'я сім'ї. Саме в них спостерігались розлади сексуальної сфери та деформація сімейної взаємодії у вигляді браку родинної підтримки з боку партнера та конфлікти один з одним.

Отже, виходячи з отриманих даних, можна зробити попередній висновок щодо полімодальності феномена порушення здоров'я родин комбатантів, що має, що найменше, психопатологічний, психологічний, психо-соціальний і сімейний виміри проблеми. Однак, наявні результати не дозволяють стверджувати про наявність кумулятивного/потенціюючого впливу різноманітних / мозаїчно організованих проявів постстресової психологічної дезадаптації в генезі порушення здоров'я сім'ї у цього контингенту. Проте, факт успішності подружніх стосунків у 28 % родин демобілізованих військовослужбовців розглядається нами як свідчення наявності у них внутрішньособистісних і міжособистісних ресурсів щодо збереження здоров'я сім'ї та сімейної підтримки, ідентифікація яких становить подальші завдання нашої роботи.

Список літератури

1. Клінічна специфіка й особливості психопатогенезу дезадаптивних станів у цивільного населення в умовах соціального стресу і концентрованої війни / Хвисюк О. М., Маркова М. В., Марков А. Р. [та ін.] // Український вісник психоневрології. 2017. Т. 25, вип. 1 (90). С. 29—38.
2. Markova M. V., Markov A. R. Information & psychological warfare as a long stressful situation: extent and consequences // WPA Congress of Epidemiology and Public Health 2016, 29.03—01.04.2016. Book of Abstracts. Munich, Institute of Psychiatric Phenomics and Genomics, 2016. P. 52—53.
3. Маркова М. В., Марков А. Р. Інформаційно-психологічна війна як нова загроза здоров'ю населення України: реальність небезпеки та напрями протидії // Здоров'я України. Неврологія. Психіатрія. Психотерапія. 2016. № 1 (36). С. 51—53.
4. Волошин П. В., Марута Н. О. Стратегія охорони психічного здоров'я населення України: сучасні можливості та перешкоди // Український вісник психоневрології. 2015. Т. 23, вип. 1 (82). С. 5—11.
5. Марута Н. О., Маркова М. В. Інформаційно-психологічна війна як новий виклик сучасності: стан проблеми та напрями її подолання // Там само. 2015. Т. 23, вип. 3 (84). С. 21—28.
6. Гапонов К. Д. До проблеми патологічного взаємозв'язку посттравматичних стресових розладів та алкогольної залежності // Там само. С. 120—121.
7. Markova M. V., Gaponov K. D. Post-stressed disorders in servicemen who took part in the fighting: prevalence and expected consequences // WPA Congress of Epidemiology and Public Health 2016, 29.03—01.04.2016. Book of Abstracts. Munich : Institute of Psychiatric Phenomics and Genomics, 2016. P. 30—31.
8. Кожина Г. М., Маркова М. В., Михайлов В. Б., Фельдман Д. А. Клінічна специфіка емоційних розладів у біженців, які вимушено лишили місця постійного мешкання // Український вісник психоневрології. 2015. Т. 23, вип. 2 (83). С. 109—110.

9. Кожина Г. М., Маркова М. В., Михайлов В. Б., Фельдман Д. А. Клінічні особливості невротичних розладів у внутрішньо переміщених осіб // Там само. 2015. Т. 23, вип. 3 (84). С. 129—130.

10. Маркова М. В., Піонтовська О. В., Соловійова А. Г. Вплив вимушеного переміщення на психоемоційну сферу дитини // Там само. 2017. Т. 25, вип. 4 (93). С. 41—48.

11. Peraica T., Vidović A., Kovačić Petrović Z., Kozarić-Kovačić D. Quality of life of Croatian veterans' wives and veterans with post-traumatic stress disorder // Health Qual Life Outcomes. 2014. Vol. 12. P. 136. doi: 10.1186/s12955-014-0136-x.

12. Psychiatric and health impact of primary and secondary traumatization in wives of veterans with posttraumatic stress disorder / Klarić M., Frančišković T., Obrdaj E. C. [et al.] // Psychiatr Danub. 2012 Sep; 24(3). P. 280—286.

13. Caregiver burden and burnout in partners of war veterans with post-traumatic stress disorder / Klarić M., Francisković T., Pernar M. [et al.] // Coll Antropol. 2010 Mar; 34 Suppl 1. P. 15—21.

14. Secondary traumatization of wives of war veterans with posttraumatic stress disorder / Francisković T, Stevanović A, Jelusić I. [et al.] // Croat Med J. 2007 Apr; 48 (2). P. 177—184.

15. Голос війни: історії ветеранів. Правдиві історії з фронту. ГО «Інтерньюз-Україна», 2017.

16. Маркова М. В., Козира П. В. Фрустрація, психологічний захист та долаюча поведінка в генезі постстресової дезадаптації у співробітників МВС України — учасників АТО // Український вісник психоневрології. 2015. Т. 23, вип. 3 (84). С. 128—129.

17. Маркова М. В., Козира П. В. Клінічні варіанти і патогенетична структура постстресової психологічної дезадаптації у співробітників МВС України після участі в АТО // Сучасні методи організації медико-психологічної реабілітації учасників АТО в санаторно-курортних умовах (XX Платонівські читання) : матеріали наук.-практ. конф. / за ред. Б. В. Михайлова. Харків : Клінічний санаторій «Курорт Березівські мінеральні води» (19—20 травня 2017 року).

18. Маркова М. В., Козира П. В. Постстресові дезадаптивні стани на тлі соціальних змін: аналіз проблеми // Медична психологія. 2015. № 1 (37). С. 8—13.

19. Начальник Науково-дослідного центру гуманітарних проблем Збройних Сил України Назім Агаєв розповів про психологічні проблеми військовослужбовців — учасників АТО. <http://www.mil.gov.ua/news/2014/10/23/nachalnik-naukovo-doslidnogo-cenztru-gumanitarnih-problemi-zbrojnih-sil-ukraini-nazim-agaev-rozpoviv-pro-psihologichni-problemi-vijskovosluzhbovcziv-%E2%80%9393-uchasnikiv-ato/>

20. Війна прийшла в сім'ю: Чому розлучені бійці та покинуті дружини звинувачують в усьому АТО. Depo.ua <https://www.depo.ua/ukr/life/viyana-priyshla-v-sim-yu-chomu-rozluheni-biytsi-tapokinuti-24112016154900>

21. Як у Луцьку допомагають дружинам учасників АТО. Zik.ua http://zik.ua/news/2017/03/31/viynarozluchnytsya_yak_u_lutsku_dopomagayut_druzhynam_uchasnykiv_ato_1071245

22. Доморацкий В. А. Медичинская сексология и психотерапия сексуальных расстройств. Москва : Академический Проект ; Культура, 2009. 470 с.

Надійшла до редакції

МАРКОВА Маріанна Владиславівна, доктор медичних наук, професор, професор кафедри сексології, медичної психології, медичної та психологічної реабілітації Харківської медичної академії післядипломної освіти Міністерства охорони здоров'я України (ХМАПО МОЗ України), м. Харків, Україна; e-mail: mariannochka1@ukr.net

РОСІНСЬКИЙ Гліб Сергійович, асистент кафедри сексології, медичної психології, медичної і психологічної реабілітації ХМАПО МОЗ України, м. Харків, Україна

MARKOVA Marianna, Doctor of Medical Sciences, Professor, Professor of the Department of Sexology, Medical Psychology, Medical and Psychological Rehabilitation of the Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education of the Ministry of Health of Ukraine, Kharkiv, Ukraine; e-mail: mariannochka1@ukr.net

ROSINSKYI Glib, Assistant of the Department of Sexology, Medical Psychology, Medical and Psychological Rehabilitation of the Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education of the Ministry of Health of Ukraine, Kharkiv, Ukraine