

*Г. С. Росінський***СТАН СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я, ТИПОЛОГІЯ РОДИННИХ СТОСУНКІВ
ТА ФУНКЦІОНУВАННЯ СІМ'Ї У КОМБАТАНТІВ***Г. С. Росинский***Состояние сексуального здоровья, типология семейных отношений
и функционирование семьи у комбатантов***G. S. Rosinskyi***State of sexual health, typology of family relations and functioning of the family in combatants**

Мета роботи — вивчити стан сексуального здоров'я, тип родинних стосунків та сімейне функціонування комбатантів для виявлення можливих ресурсних джерел збереження гармонійної сімейної взаємодії та мішеней подальшої психокорекційної роботи.

Протягом 2015—2017 рр. було комплексно обстежено 100 демобілізованих військовослужбовців, що брали участь у бойових діях, та їхніх дружин. Дослідження проводили за допомогою клініко-психопатологічного і психодіагностичного методів. За критерієм успішності подружніх стосунків обстежені родини були поділені на дві групи. Основну групу склали 72 подружніх пари з порушенням здоров'я родини, групу порівняння — 28 успішних сімейних пар.

Встановлено, що в родинях комбатантів зі значною подружною незадоволеністю (29,0 %) спостерігається виражене порушення сексуальної реалізації, деструктивний тип сімейних відносин та патологічна конгруентність вираженого невиконання подружжями більшої частини сімейних функцій. Сім'ї комбатантів з відносною подружною незадоволеністю (43,0 %) відрізнялися відносним порушенням сексуального здоров'я, відносно деструктивним типом родини та дисконгруентною оцінкою часткового невиконання родинних функцій. Для сімей комбатантів, задоволених подружніми стосунками (28,0 %), не були характерними порушення сексуальності, їм виявився притаманним конструктивний тип родинних стосунків та конгруентне успішне виконання більшої частини функцій сім'ї.

Отримані дані покладені нами в основу розроблення комплексу заходів психокорекції і психологічної підтримки здоров'я сім'ї комбатантів

Ключові слова: здоров'я сім'ї, комбатанти, сексуальне здоров'я, функціонування родини

Цель работы — изучить состояние сексуального здоровья, тип семейных отношений и семейное функционирование комбатантов для выявления возможных ресурсных источников сохранения гармоничного семейного взаимодействия и мишеней дальнейшей психокоррекционной работы.

В течение 2015—2017 гг. комплексно обследованы 100 демобилизованных военнослужащих, участвовавших в боевых действиях, и их жен. Исследование проводилось с помощью клинико-психопатологического и психодиагностического методов. По критерию успешности супружеских отношений обследованные семьи были разделены на две группы. Основную группу составили 72 супружеских пары с нарушением здоровья семьи, группу сравнения — 28 успешных семейных пар.

Установлено, что в семьях комбатантов со значительной супружеской неудовлетворенностью (29,0 %), имеют место выраженные нарушения сексуальной реализации, деструктивный тип семейных отношений и патологическая конгруэнтность выраженного невыполнения супругами большинства семейных функций. Семьи комбатантов с относительной супружеской неудовлетворенностью (43,0 %) отличались относительным нарушением сексуального здоровья, относительно деструктивным типом семьи и дисконгруэнтной оценкой частичного невыполнения семейных функций. Для семей комбатантов, довольных супружескими отношениями (28,0 %), нарушения сексуальности не были характерными, им оказался присущ конструктивный тип семейных отношений и конгруэнтное успешное выполнение большинства функций семьи.

Полученные данные положены нами в основу разработки комплекса мер психокоррекции и психологической поддержки здоровья семьи комбатантов.

Ключевые слова: здоровье семьи, комбатанты, сексуальное здоровье, функционирование семьи

The purpose of the work is to study the state of sexual health, the type of family relations and functioning of the family in combatants, in order to identify possible resource sources for maintaining harmonious family interaction and targets for further psychocorrective work.

During 2015—2017, 100 demobilized soldiers who had participated in military actions and their wives were examined comprehensively. The study was conducted using clinical-psychopathological and psychodiagnostic methods. According to the criterion of success of marital relations, the examined families were divided into two groups. The main group consisted of 72 married couples with family health disorders, and the comparison group included 28 successful married couples.

It was established that in families of combatants with significant marital dissatisfaction (29.0 %), there is a severe violation of sexual realization, a destructive type of family relations and a pathological congruence of severe non-fulfillment of most family functions by the spouses. Families of combatants with relative marital dissatisfaction (43.0 %) were distinguished by sexual health disorders, a relatively destructive type of family, and an incongruent indicator of partial failure to perform family functions. For families of combatants who were satisfied with their marital relations (28.0 %), violations of sexuality were not characteristic, they were characterized by a constructive type of family relations and the congruent successful performance of most family functions.

The obtained data was taken by us as the basis for the development of a set of measures for psychocorrection and psychological support for the health of the family of combatants.

Key words: family health, combatants, sexual health, functioning of the family

Однією з проблем, з якими стикаються країни, які проводять військові операції, є психологічні наслідки участі в бойових діях, що розвиваються як відповідь на потужне джерело травматичного досвіду не тільки у комбатантів, а й у членів їхніх родин, насамперед, дружин [1, 2]. З проблемами адаптації демобілізованого військовослужбовця сім'я стикається відразу після по-

вернення бійця додому, і в багатьох випадках родина неспроможна подолати наявні труднощі, що перетворює її на додатковий психотравмувальний чинник, який робить ще важчим і без того складний психологічний стан комбатанта та його рідних [3].

За даними Науково-дослідницького центру гуманітарних проблем Збройних Сил України, 80 % учасників бойових дій є психологічно травмованими на момент демобілізації. Можливо, тому 80 % розлучень,

що зафіксовані в Україні протягом 2015—2016 рр., відбулися в родинах демобілізованих бійців, причому здебільшого — в перші півроку після повернення з війни [3]. За іншими даними, протягом року після демобілізації розпадаються або опиняються на межі розлучення від 35 до 60 % родин учасників Антитерористичної операції [4].

Американським дослідженням ще 1992 року було доведено, що в родинах ветеранів В'єтнамської війни спостерігався вдвічі вищий, порівняно зі звичайними сім'ями, індекс подружніх проблем, на 30 % збільшений рівень насильства та в шість разів менш виражене відчуття щастя [5]. Зарубіжні публікації останніх років описують феномен вторинної травматизації дружин бійців, що повернулися після участі в бойових діях [6—11].

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

Метою цієї роботи було вивчення стану сексуального здоров'я, типу родинних стосунків та сімейного функціонування комбатантів для виявлення можливих ресурсних джерел збереження гармонійної сімейної взаємодії та мішеней подальшої психокорекційної роботи.

Для досягнення поставленої мети, на підставі інформованої згоди, з дотриманням принципів біоетики і деонтології, на базі КНП ХОР «Обласний психоневрологічний диспансер» протягом 2015—2017 рр. було комплексно обстежено 100 сімей демобілізованих військовослужбовців, що брали участь у бойових діях — усього 200 осіб.

У дослідженні використовували метод системно-структурного аналізу сексуального здоров'я, розроблений В. В. Кришталем на базі авторської чотирьох-факторної концепції забезпечення сексуального здоров'я [12] та психодіагностичний метод. Психодіагностику проводили з використанням опитувальника подружньої задоволеності А. Лазаруса [13], опитувальника «Конструктивно-деструктивна родина» Е. Ейдемільера, В. Юстицькіса [14] та методики оцінки виконання функцій сім'ї В. В. Кришталю, І. А. Семенкіної [15]. Отримані результати піддавали аналізу за допомогою методів математичної статистики [16].

Скринінгове оцінювання стану подружніх стосунків, здійснюване з використанням опитувальника подружньої задоволеності А. Лазаруса, виявило у більшій частині обстежених подружніх пар (72,0 %) наявність

подружньої незадоволеності: значної (загальний показник подружньої задоволеності у обох з подружжя менше ніж 80 балів) — 29,0 % від загальної вибірки, 40,3 % від родин з подружньою незадоволеністю; або часткової (загальний показник менше ніж 80 балів виявлено у одного з подружжя, частіше — у дружини) — 43,0 % від загальної вибірки, 59,7 % від кількості осіб, незадоволених подружніми стосунками. 28,0 % подружжів продемонстрували успішність родинної взаємодії, про що свідчили конгруентні високі (понад 80 балів) показники подружньої задоволеності. Отже, за критерієм успішності подружніх стосунків обстежені родини були поділені на дві групи. Основну групу (ОГ) склали 72 подружніх пари з порушенням здоров'я родини, групу порівняння (ГП) — 28 успішних сімейних пар.

Дослідження стану реалізації сексуальності обстежених подружжів виявило чимало розповсюдженість серед них розладів сексуального здоров'я. Зокрема, відсутність або втрата статевого потягу F52.0 спостерігалась у 24,0 % чоловіків та 51,0 % жінок; відсутність сексуального задоволення (переважно — відносна) — у 23,0 % чоловіків і 67,0 % жінок; еректильна дисфункція F52.2 виявлена у 15,0 %, *ejaculatio praecox* F52.4 — у 6,0 % чоловіків; оргазмічна дисфункція F52.3 — у 58,0 % жінок [3].

Міжгруповий аналіз виявив, що зазначені порушення сексуального здоров'я спостерігались винятково у подружжів ОГ: зокрема, відсутність або втрата статевого потягу F52.0 спостерігалась у 33,3 % чоловіків та 70,8 % жінок; відсутність сексуального задоволення — у 32,0 % і 93,0 % жінок; еректильна дисфункція — у 20,8 % чоловіків, передчасна еякуляція — у 20,8 % чоловіків; оргазмічна дисфункція — у 80,6 % жінок цієї групи.

Системно-структурний аналіз стану сексуального здоров'я за його компонентами і складовими дав змогу визначити їх сукупне порушення у подружніх пар ОГ та відсутність суттєвих ознак їх порушень серед респондентів ГП. Крім того, системно-структурний аналіз сексуального здоров'я дозволив виокремити два клінічних варіанти порушення сексуального здоров'я в обстежених ОГ: виражене порушення зі стрижньовим ураженням психологічного і соціально-психологічного компонентів було діагностовано у 29 пар (в яких за опитувальником А. Лазаруса було виявлено значну подружню незадоволеність), відносно порушення зі стрижньовим ураженням соціально-психологічного компонента — у 43 подружжів ОГ, в яких діагностовано відносно подружню незадоволеність (табл. 1).

Таблиця 1. Системно-структурний аналіз порушення сексуального здоров'я за його компонентами і складовими у подружжів основної групи

Компоненти та складові сексуального здоров'я		Чоловіки (n = 72)				Жінки (n = 72)			
		Ступінь ураження							
		відсутнє	легкий	середній	стрижневий	відсутнє	легкий	середній	стрижневий
Соціальний	соціокультурна	20,8	38,9	40,3	—	29,2	50,0	20,8	—
	інформаційно-оціночна	—	41,7	58,3	—	13,9	40,3	45,8	—
Психологічний		—	—	59,7	40,3	16,7	21,8	22,2	40,3
Соціально-психологічний		—	—	—	100,0	—	—	—	100,0
Біологічний	психічна	—	—	61,1	38,9	16,7	50,0	33,3	—
	генітальна	47,2	43,1	9,7	—	80,6	19,4	—	—

Соціокультурна складова соціального компонента сексуального здоров'я у більшості частини обстежених була уражена внаслідок браку загальної і негармонійної сексуальної культури подружжя (переважно були прихильними примітивний або невротичний типи сексуальної культури) — на рівні легкого (38,9 % чоловіків і 50,0 % жінок) або середнього ступеня вираженості (40,3 % чоловіків і 20,8 % жінок); інформаційно-оціночна складова — внаслідок недостатнього рівня поінформованості з питань сексу і психогігієни статевих життів (порушення мали легкий — 41,7 % чоловіків і 40,3 % жінок та середній ступінь ураження — 58,3 % чоловіків і 45,8 % жінок).

Порушення психологічного компонента сексуального здоров'я було зумовлене наявністю у подружжя характерологічних особливостей, що сприяли виникненню особистісного конфлікту, дезактуалізації сексуальної сфери і дезадаптації сексуальної поведінки (100,0 % чоловіків та 83,3 % жінок, з яких 40,3 % й 61,1 %, відповідно, мали стрижневий ступінь ураження, 22,2 % жінок — середній ступінь вираженості).

Серед всіх подружжів ОГ максимально ураженим виявився соціально-психологічний компонент сексуальності. Внаслідок відсутності взаємного бажання порозумітися, взаємної любові, глибоких емоційних зв'язків, невідповідності спрямованості особистості і рольових позицій подружніх пар, невідповідності рівня домагань, а також невідповідності кожного бажаному образу в уявленні іншого, цей компонент виявився порушеним в 100,0 % випадків без гендерних відмінностей. Ураження цього компонента мало стрижневий характер та відіграло ключову роль в розвитку порушень сексуальної реалізації обстежених.

Психічна складова біологічного компонента внаслідок наявної психічної дезадаптації, загальної астенизації та часткової дезактуалізації сексуальних переживань середнього (61,1 %) або стрижневого (38,9 %) ступеня вираженості була порушена в усіх чоловіків; серед жінок у 83,3 % випадків також спостерігалось ураження психічної складової біологічного компонента легкого або середнього ступеня вираженості.

Генітальна складова біологічного компонента була порушена у 52,8 % чоловіків, з них в 43,1 % випадків — легкого ступеня вираженості, як наслідок порушень вегетативної регуляції статевої функції, а в 9,7 % — середнього ступеня (внаслідок перенесених запальних або застійних процесів у внутрішніх статевих органах). Порушення генітальної складової біологічного компонента сексуального здоров'я діагностовано і у 19,4 %

жінок (переважно, внаслідок хронічних запальних процесів органів тазового дна).

Отже, в родинних ОГ в 100,0 % випадків стрижневого ураження дістав соціально-психологічний компонент сексуальної реалізації, що мало безпосередній деструктивний патогенетичний вплив на родинні стосунки. Порушення психологічного компонента та психічної складової біологічного компонента серед чоловіків мали як стрижневий (40,3 % і 38,9 %, відповідно), так і патопластичний характер (59,7 % і 61,1 %, відповідно); така ж тенденція щодо психологічного компонента була характерною для 61,1 % і 22,2 % жінок, відповідно. Механізм порушення психічної складової біологічного компонента реалізовувався через виникнення синдрому психоемоційної напруги та негативних психоемоційних реакцій як відповіді на фрустраційну психотравматичну ситуацію, котру формувала поступова деструкція сімейних стосунків, та провокувала проблеми в сфері сексуальної взаємодії подружжя.

Аналіз за критеріями сексуального здоров'я показав також, що наявні у чоловіків сексуальні порушення спричиняли порушення (відносного характеру) сексуальної функції їхніх дружин, і навпаки, зумовлюючи таким способом сексуальну дисгармонію подружньої пари.

Серед подружжів ГП у більшості частини сімейних пар не було зниження і невідповідності показників сексуальної функції, а в тих окремих випадках, коли такі порушення були, вони не ставали патогенними, оскільки подружжя компенсували їх правильною сексуальною поведінкою.

Відповідно до виявлених за системно-структурним аналізом сексуального здоров'я клінічних варіантів порушення сексуального здоров'я (виражене та відносне), обстежених основної групи — 72 подружніх пари — поділили на дві підгрупи. До першої підгрупи (ОГ1) увійшли 29 сімей зі значною подружньою незадоволеністю, до другої підгрупи (ОГ2) увійшли 43 подружніх пари з відносною подружньою незадоволеністю (за опитувальником А. Лазаруса).

Системно-структурний аналіз сексуального здоров'я за його компонентами та складовими всередині підгруп ОГ (табл. 2, 3) довів, що стрижневою, тобто безпосередньою причиною порушення сексуального здоров'я, у подружжів ОГ1 виявилось ураження психологічного та соціально-психологічного компонентів в 100,0 % випадків без гендерних відмінностей, та у 100 % чоловіків й 31,0 % жінок психічної складової біологічного компонента.

Таблиця 2. Системно-структурний аналіз порушення сексуального здоров'я за його компонентами і складовими у подружжів ОГ1 (%)

Компоненти та складові		Чоловіки (n = 29)				Жінки (n = 29)			
		Ступінь ураження							
		відсутнє	легкий	середній	стрижневий	відсутнє	легкий	середній	стрижневий
Соціальний	соціокультурна	31,0	20,7	48,3	—	31,0	44,8	24,2	—
	інформаційно-оціночна	—	34,5	65,5	—	6,9	44,8	48,3	—
Психологічний		—	—	—	100,0	—	—	—	100,0
Соціально-психологічний		—	—	—	100,0	—	—	—	100,0
Біологічний	психічна	—	—		100,0	—	—	69,0	31,0
	генітальна	48,3	37,9	13,8	—	82,8	—	17,2	—

Таблиця 3. Системно-структурний аналіз порушення сексуального здоров'я за його компонентами і складовими у подружжів ОГ2 (%)

Компоненти та складові		Чоловіки (n = 43)				Жінки (n = 43)			
		Ступінь ураження							
		відсутнє	легкий	середній	стрижневий	відсутнє	легкий	середній	стрижневий
Соціальний	соціокультурна	14,0	51,2	34,9	—	27,9	53,5	18,6	—
	інформаційно-оціночна	—	46,5	53,5	—	18,6	37,2	44,2	—
Психологічний		—	—	100,0	—	27,9	37,2	34,9	—
Соціально-психологічний		—	—	—	100,0	—	—	—	100,0
Біологічний	психічна	—	—	100,0	—	27,9	34,9	37,2	—
	генітальна	46,5	46,5	7,0	—	100,0	—	—	—

Для подружніх пар, що входили до ОГ2 (див. табл. 3) максимально втраченим, ураження якого мало стрижневий характер та безпосередній деструктивний патогенетичний вплив на реалізацію сексуальності, виявився соціально-психологічний компонент (100,0 %, без гендерних відмінностей); ураження інших компонентів і складових сексуального здоров'я стало патопластичним чинником в генезі формування сексуальних розладів.

Результати визначення типу родини респондентів за методикою Е. Г. Ейдемільера і В. В. Юстицькіса «Конструктивно-деструктивна сім'я» підтвердили встановлену тенденцію щодо різної вираженості деструктивних тенденцій в процесі родинної взаємодії в обстежених подружніх пар: 29 сімей (ОГ1) мали виражений деструктивний тип родини; 43 подружні пари (ОГ2) — відносно деструктивний, а 28 сімей (ГП) — конструктивний тип родини (табл. 4).

За визначенням авторів методики [14], конструктивна сім'я — це родина, в якій кожен добре знає особистісні особливості іншого, знаходить значні резерви посилення конструктивного впливу, а в разі

потреби — надання підтримки та допомоги члену родини стає основною метою, мобілізуючи та згуртовуючи всіх. Характерною рисою конструктивної сім'ї є добрий контакт та взаємодія з соціальним оточенням. Деструктивний тип сімейних стосунків характеризується протилежними властивостями. Зняття напруження й незадоволеності, які виникають між членами родини, відбувається через взаємне відчуження, відмову від відповідальності за іншого, з прагненням до ізоляції, наростанням конфліктів з соціальним оточенням.

Згідно з даними таблиці 4, відповідно до кількості отриманих балів, 29 сімей (ОГ1) мали деструктивний тип родини та загальний показник за опитувальником «Конструктивно-деструктивна сім'я» понад 12 балів, 43 подружні пари (ОГ2) — деструктивний тип родини (загальний показник становив від 6 до 12 балів), конструктивний тип родини був притаманний подружнім парам ГП (28 сімей), що відповідало даним, отриманим під час оцінювання стану подружніх стосунків, здійсненого з використанням опитувальника подружньої задоволеності А. Лазаруса.

Таблиця 4. Розподіл сімей обстежених за типом родини (за методикою «Конструктивно-деструктивна сім'я»)

Шкала/інтервал, бали	ОГ1 (n = 29)		ОГ2 (n = 43)		ГП (n = 28)	
	показник, бали	кількість родин, %	показник, бали	кількість родин, %	показник, бали	кількість родин, %
Деструктивний тип						
Вплив (3—5)	5,0	27,5	3,5	30,9	—	—
Фрустрація (3—4)	3,6	5,5	3,1	22,2	—	—
Фрустрація (5 та вище)	5,0	19,9	—	—	—	—
Інформація (2—5)	4,1	22,5	2,0	19,7	—	—
Відчуження (1—3)	2,7	1,5	2,0	20,1	—	—
Відчуження (4—5)	4,6	22,9	—	—	—	—
Загальний показник (6—12)	—	—	9,9	100,0	—	—
Загальний показник (понад 12)	18,0	100,0	—	—	—	—
Конструктивний тип						
Вплив (0—2)	—	—	2,0	2,3	1,4	47,0
Фрустрація (0—2)	—	—	1,7	4,7	0,6	19,3
Інформація (0—1)	—	—	—	—	1,0	33,7
Відчуження (0)	—	—	—	—	—	—
Загальний показник (0—5)	—	—	—	—	3,0	100,0

Зокрема, отриманий респондентами ОГ1 за шкалою «Вплив» показник $5,0 \pm 1,3$ бали, свідчив про наявність глибоких міжособистісних проблем подружжя, «деструктивного» почуття вичерпаності всіх засобів і пов'язаного з цим безсилля дружин щодо чоловіків («Нічого не можу з ним вдіяти. Всі засоби вичерпані»). Показник за шкалою «Фрустрація» в ОГ1 здебільшого ($5,5\%$ проти $19,9\%$) становив $5,0 \pm 2,0$ бали, що свідчило про наявність у обстежених «деструктивних» почуттів відчаю, зневіри щодо можливості позитивних змін.

Показник $4,1 \pm 1,3$ за шкалою «Інформація» свідчив про відсутність контакту, довіри та порозуміння між членами подружжя, недостатню поінформованість дружини про думки, почуття та дії чоловіка. Показник за шкалою «Відчуження» здебільшого ($1,5\%$ проти $22,9\%$) становив $4,6 \pm 1,1$ бала, що свідчило про взаємне віддалення членів подружжя, зняття з себе відповідальності, самоусунення членів подружжя від взаємодії та конструктивних сімейних відносин. Загальний показник в групі ОГ1 становив $18,0 \pm 4,4$ бали, що констатувало деструктивний тип відносин подружжів.

Серед респондентів ОГ2 (43 родини) були відсутні високі показники фрустрації (понад 5 балів) та відчуження (4—5 балів), середні показники встановили за шкалами впливу — $3,5 \pm 1,0$ бал, інформації — $2,0 \pm 1,1$ бала, відчуження — $2,0 \pm 0,9$ балів. Загальний показник, отриманий респондентами групи ОГ2, становив $9,9 \pm 3,2$ бали, що підтверджувало менш виражений порівняно з ОГ1, але також деструктивний тип відносин подружжя.

За підсумками проведеного дослідження у респондентів ГП (28 сімей) отримано такі показники за шкалами: «Вплив» — $1,4 \pm 0,8$ балів, «Фрустрація» — $0,6 \pm 0,3$ бали, «Інформація» — $1,0 \pm 0,6$ балів, «Відчуження» — 0 балів, загальний показник становив $3,0 \pm 1,2$ бали, що відповідає конструктивному типу родини.

Встановлений розподіл зберігся під час вивчення стану виконання функцій сім'ї: конгруентне абсолютне невиконання більшої частини сімейних функцій було зафіксовано у 29 випадках в ОГ; часткове невиконання — у 43 родин ОГ; подружжя ГП продемонстрували конгруентне виконання більшої частини родинних функцій.

За думкою автора методики визначення особливостей функціонування родини за допомогою оцінки виконання її членами функцій сім'ї В. В. Кришталю, успішність функціонування подружньої пари визначається тим, як задовольняються потреби кожного з її членів — соціальні (забезпечення харчуванням, одягом, житлом); соціально-психологічні (потреба і можливість займати певне місце в суспільстві, користатися прихильністю, захищеністю, увагою оточуючих, бути об'єктом поваги і любові); психологічні (потреба в персоналізації, самовираженні, потреба бути особистістю, а також духовні, культурні, інформаційні, естетичні потреби); біологічні (потреба в соматичному, психічному і репродуктивному здоров'ї) [15].

Отже, за результатами вивчення виконання функцій сім'ї кожним з пари за оцінкою партнера, серед обстежених різних груп виявлені вірогідні різниці ($p < 0,05$), насамперед, у порівнянні між ГП і ОГ1 й ОГ2 (табл. 5, 6). Максимально конгруентними та адекватними виявились погляди на ієрархічну значущість та стан виконання сімейних функцій у пар ГП (див. табл. 5), де показники були нормальними або вище норми, на відміну від подружжів ОГ. У подружніх пар ГП був встановлений практично повний збіг поглядів на ступінь значущості сімейних функцій, що створювало умови для успішної взаємодії на всіх рівнях партнерських відносин.

Таблиця 5. Взаємна оцінка виконання функцій сім'ї подружжями ГП (%)

Функція сім'ї	Стать	Ступінь виконання функцій сім'ї				
		дуже погане	погане	не можу визначити	задовільне	добре
Емоційна	чоловіки	—	—	—	71,4	28,6
	жінки	—	—	—	50,0	50,0
Духовна	чоловіки	—	—	25,0	64,3	10,7
	жінки	—	—	10,7	67,9	21,4
Сексуально-еротична	чоловіки	—	—	—	10,7	89,3
	жінки	—	—	—	28,6	71,4
Репродуктивна	чоловіки	—	—	—	53,6	46,4
	жінки	—	—	—	17,9	82,1
Господарчо-побутова	чоловіки	—	—	25,0	10,7	64,3
	жінки	—	—	14,3	32,1	53,6
Виховна	чоловіки	—	—	—	53,6	46,4
	жінки	—	—	—	17,9	82,1
Соціалізація	чоловіки	—	—	—	57,1	42,9
	жінки	—	—	25,0	60,7	14,3
Соціального інтегрування	чоловіки	—	—	—	39,3	60,7
	жінки	—	—	32,1	46,4	21,4
Рольова	чоловіки	—	—	—	14,3	85,7
	жінки	—	—	—	17,9	82,1
Захисна	чоловіки	—	—	—	71,4	28,6
	жінки	—	—	—	67,9	32,1
Збереження здоров'я	чоловіки	—	—	—	46,4	53,6
	жінки	—	—	—	64,3	35,7
Персоналізація	чоловіки	—	—	—	67,9	32,1
	жінки	—	—	—	46,4	53,6
Психотерапевтична	чоловіки	—	—	—	67,9	32,1
	жінки	—	—	—	64,3	35,7
Реабілітаційна	чоловіки	—	—	—	46,4	53,6
	жінки	—	—	17,9	53,6	28,6

Серед осіб ОГ1 виявлено патологічну конгруентність в оціненні невиконання партнером практично усіх сімейних функцій, що ставало підґрунтям формування у них порушення функціонування сім'ї: виконання партнером більшої частини функцій сім'ї оцінено ними переважно як «дуже погане» або «погане» (див. табл. 6). У сімей ОГ2 результати оцінки виконання сімейних функцій були більш мозаїчними, але, водночас, більш конгруентними між членами подружжя, під час аналізу стану виконання функцій родини амплітуда розходжень оцінок коливалась від «погане» до «задовільне» (див. табл. 6).

Отже, родини ГП продемонстрували успішність сімейного функціонування, для подружніх пар ОГ1 притаманною була патологічна конгруентна дуже низька оцінка сімейного функціонування, а для ОГ2 — дисконгруентна взаємна низька оцінка.

Таблиця 6. Взаємна оцінка виконання функцій сім'ї подружжями ОГ1, n = 29 (%)

Функція сім'ї	Стать	ОГ1					ОГ2				
		Ступінь виконання функцій сім'ї					Ступінь виконання функцій сім'ї				
		дуже погане	погане	не можу визначити	задовільне	добре	дуже погане	погане	не можу визначити	задовільне	добре
Емоційна	чоловіки	72,4	27,6	—	—	—	—	67,4	14,0	18,6	—
	жінки	79,3	20,7	—	—	—	32,6	60,5	7,0	—	—
Духовна	чоловіки	55,2	37,9	6,9	—	—	—	48,8	37,2	14,0	—
	жінки	58,6	41,4	—	—	—	48,8	30,2	20,9	—	—
Сексуально-еротична	чоловіки	69,0	31,0	—	—	—	34,9	65,1	—	—	—
	жінки	92,8	17,2	—	—	—	72,1	27,9	—	—	—
Репродуктивна	чоловіки	—	10,3	6,9	82,8	—	—	11,6	7,0	81,4	—
	жінки	17,2	—	—	82,8	—	—	23,3	4,7	72,1	—
Господарчо-побутова	чоловіки	13,8	75,9	—	10,3	—	30,2	44,2	—	25,6	—
	жінки	31,0	58,6	3,5	6,9	—	34,9	53,5	—	11,6	—
Виховна	чоловіки	—	6,9	10,3	82,8	—	—	16,3	4,7	79,1	—
	жінки	17,2	—	13,8	69,0	—	—	25,6	2,3	72,1	—
Соціалізації	чоловіки	20,7	69,0	10,3	—	—	4,7	25,6	11,6	58,1	—
	жінки	65,5	34,5	—	—	—	25,6	53,5	14,0	7,0 ±	—
Соціального інтегрування	чоловіки	13,8	55,2	31,0	—	—	—	7,0	11,6	81,4	—
	жінки	58,6	31,0	10,3	—	—	20,9	60,5	—	18,6	—
Рольова	чоловіки	24,1	58,6	17,2	—	—	—	41,9	11,6	25,6	20,9
	жінки	31,0	69,0	—	—	—	32,6	27,9	7,0	18,6	14,0
Захисна	чоловіки	13,8	62,1	24,1	—	—	—	34,9	18,6	46,5	—
	жінки	79,3	20,7	—	—	—	25,6	48,8	14,0	11,6	—
Збереження здоров'я	чоловіки	17,2	65,1	17,2	—	—	11,6	32,6	18,6	37,2	—
	жінки	62,1	31,0	6,9	—	—	44,2	55,8	—	—	—
Персоналізації	чоловіки	31,0	48,3	20,7	—	—	—	30,2	11,6	39,5	18,6
	жінки	34,5	55,2	10,3	—	—	20,9	62,8	9,3	7,0	—
Психотерапевтична	чоловіки	48,3	37,9	13,8	—	—	—	60,5	25,6	14,0	—
	жінки	58,6	41,4	—	—	—	48,8	51,2	—	—	—
Реабілітаційна	чоловіки	41,1	44,8	13,8	—	—	—	23,3	27,9	48,8	—
	жінки	55,2	37,9	6,9	—	—	32,6	44,2	16,3	7,0	—

Результати проведених досліджень дозволяють зробити такі висновки.

Незважаючи на те, що усі обстежені чоловіки мали надмірний психотравматичний досвід участі у бойових діях, 28,0 % з обстежених подружжів відрізнялись успішністю сімейних стосунків, тоді як у решти 72,0 % спостерігались порушення здоров'я сім'ї різної вираженості та клініко-психологічного змісту.

В усіх сімейних парах, незадоволених подружніми стосунками, спостерігались порушення сексуальної реалізації одного або обох з подружжя. Під час системно-структурного аналізу сексуального здоров'я за його компонентами й складовими виявлено два його клініко-психологічних варіанти: виражене порушення зі стрижньовим ураженням психологічного і соціально-психологічного компонентів (притаманне парам, що відчували значне незадоволення подруж-

німи відносинами) — 29,0 %, та відносно порушення зі стрижньовим ураженням соціально-психологічного компонента, характерне для сімей з відносним незадоволенням подружньою взаємодією) — 43 % подружжів.

Типологізація родинних стосунків, притаманних родинам комбатантів, дозволила виявити три типи, характерних для цієї вибірки: родини з вираженими деструктивним типом сімейних взаємовідносин (29,0 %), родини з відносно деструктивним типом сімейної взаємодії (43,0 %), конструктивні родини (28,0 %).

В родинних комбатантів зі значною подружньою незадоволеністю (29,0 %), встановлено виражене порушення сексуальної реалізації, деструктивний тип сімейних відносин та патологічна конгруентність вираженого невиконання подружжями більшої частини сімейних функцій.

Сім'ї комбатантів з відносною подружньою незадоволеністю (43,0 %) відрізнялися відносним порушенням сексуального здоров'я, відносно деструктивним типом родини та дисконгруентною оцінкою часткового невиконання родинних функцій.

Для сімей комбатантів, задоволених подружніми стосунками (28,0 %), не були характерними порушення сексуальності, їм виявився притаманним конструктивний тип родинних стосунків та конгруентне успішне виконання більшої частини функцій сім'ї.

Отримані дані були покладені нами в основу розроблення комплексу заходів психокорекції і психологічної підтримки здоров'я сім'ї комбатантів.

Список літератури

1. 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.
2. 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. PMID: 20402290.
3. Маркова М. В., Росінський Г. С. Порушення здоров'я сім'ї демобілізованих військовослужбовців — учасників АТО: психопатологічний, психологічний, психосоціальний і сімейний виміри проблеми // *Український вісник психоневрології*. 2018. Т. 26, вип. 1 (94). С. 78—82.
4. Война пришла в семью: Почему разведенные бойцы и брошенные жены обвиняют во всем АТО. URL : <https://www.depo.ua/ukr/life/viyana-priyshla-v-sim-yu-chomu-rozlucheni-biytsi-ta-pokinuti-24112016154900>.
5. Problems in families of male Vietnam veterans with post-traumatic stress disorder / Jordan B. K., Marmar C. R., Fairbank J. A. [et al.] // *J Consult Clin Psychol*. 1992 Dec. Vol. 60(6). P. 916—26.
6. 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.
7. Psychiatric and health impact of primary and secondary traumatization in wives of veterans with posttraumatic stress disorder / Klarić M., Frančisković T., Obrdalj E. C. [et al.] // *Psychiatr Danub*. 2012 Sep; 24(3). P. 280—286.
8. Secondary traumatisation and systemic traumatic stress / Klarić M., Kvesić A., Mandić V. [et al.] // *Psychiatr Danub*. 2013; 25 Suppl 1: 29—36. PubMed: 23806964.
9. Zerach G., Greene T., Solomon Z. Secondary traumatization and self-rated health among wives of former prisoners of war: The moderating role of marital adjustment // *Journal of Health Psychology*. 2013. Vol. 20(2). DOI: 10.1177/1359105313502563.
10. Secondary traumatization of partners of war veterans: The role of boundary ambiguity / Dekel R., Levinstein Y., Siegel A. [et al.] // *J Fam Psychol*. 2016; 30(1): 63—71. DOI: 10.1037/fam0000163.
11. Yager T. J., Gerszberg N., Dohrenwend B. P. Secondary Traumatization in Vietnam Veterans' Families // *J Trauma Stress*. 2016; 29 (4): 349—55. DOI: 10.1002/jts.22115.
12. Кришталь В. В., Кришталь Є. В., Кришталь Т. В. Сексологія : навчальний посібник : в 4-х ч. Х. : Фоліо, 2008. 990 с.
13. Доморацкий В. А. Медицинская сексология и психотерапия сексуальных расстройств. М. : Академический Проект; Культура, 2009. 470 с.
14. Эйдемиллер Э., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. 4-е изд-е, перераб. и доп. СПб. : Питер, 2008. 672 с.
15. Кришталь В. В., Семенкина И. А. Системный подход к диагностике, психотерапии и психопрофилактике нарушения здоровья семьи // *Международный медицинский журнал*. 2000. Т. 6, № 1. С. 11—15.
16. Лапач С. Н., Чубенко А. В., Бабич П. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel. Киев : Морион, 2000. 320 с.

Надійшла до редакції 11.01.2019 р.

РОСІНСЬКИЙ Гліб Сергійович, асистент кафедри сексології, медичної психології, медичної і психологічної реабілітації Харківської медичної академії післядипломної освіти, м. Харків, Україна; e-mail: barsedo@ukr.net; <https://orcid.org/0000-0003-4485-5708>.

ROSINSKYI Glib, Assistant of the Department of Sexology, Medical Psychology, Medical and Psychological Rehabilitation of the Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv, Ukraine; e-mail: barsedo@ukr.net; <https://orcid.org/0000-0003-4485-5708>.