

М. В. Савіна

СТРУКТУРНІ Й ФЕНОМЕНОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ АДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ У ЖІНОК З ПОРУШЕННЯМ СІМЕЙНОЇ ВЗАЄМОДІЇ

М. В. Савіна

Структурные и феноменологические особенности аддиктивного поведения у женщин с нарушениями семейного взаимодействия

M. V. Savina

Structural and phenomenological peculiarities of addictive behavior disorders in women with family interaction

При вивченні структурних й феноменологічних особливостей аддиктивної поведінки (АП) у жінок з порушенням сімейної взаємодії, на ґрунті комплексного дослідження 321 жінки з порушенням сімейних стосунків й проявами АП різної вираженості (основна група) та 50 жінок з порушенням здоров'я родини без проблем аддиктивного характеру (група порівняння), встановлено таке.

Серед жінок основної групи вираженість АП на рівні вживання зі шкідливими наслідками виявлено у 46,7 %, небезпечне вживання — у 28,0 %, залежний стан — у 25,2 %. У жінок групи порівняння, відповідно: відносно безпечне захоплення/вживання виявлено у 52,0 %; вживання зі шкідливими наслідками — у 30,0 %, небезпечне вживання — у 10,0 %, залежний стан — у 8,0 %.

У жінок з АП та порушеними сімейними стосунками спостерігаються три типи АП: поведінкова (надмірне захоплення роботою, шопінгом, переглядом телебачення, Інтернетом, читанням, комп'ютерними або азартними іграми) — 34,6 %, хімічна (вживання алкоголю, тютюну, психостимуляторів, канабіноїдів, седативно-снотворних препаратів) — 33,3 %, фізіологічна (надмірне захоплення їжею, сексом, чаєм/кавою або фітнесом) — 32,1 %.

Зроблено висновок щодо спорідненості патогенетичних механізмів захоплення адиктивним об'єктом або/та уживання речовини при різних типах АП, що, в свою чергу, дає можливість розробити заходи психологічної корекції та спрямувати їх на загальну «патогенетичну ланку» АП, що, на наш погляд, включає не лише окремий її тип, а є їх своєрідним «синергізмом».

Ключові слова: адиктивна поведінка, жінки, порушення здоров'я сім'ї

При изучении структурных и феноменологических особенностей аддиктивного поведения (АП) у женщин с нарушениями семейного взаимодействия, на основе комплексного исследования 321 женщины с нарушением семейных отношений и проявлениями АП различной степени выраженности (основная группа) и 50 женщин с нарушением здоровья семьи без проблем аддиктивного характера (группа сравнения), установлено следующее.

Среди женщин основной группы выраженность АП на уровне употребления с вредными последствиями выявлена у 46,7 %, опасного употребления — у 28,0 %, зависимого состояния — у 25,2 %. У женщин группы сравнения, соответственно: относительно безопасное увлечение/употребление обнаружено в 52,0 %; употребление с вредными последствиями — в 30,0 %, опасное употребление — в 10,0 %, зависимое состояние — в 8,0 %.

У женщин с АП и нарушенными семейными отношениями встречаются три типа АП: поведенческая (чрезмерное увлечение работой, шопингом, просмотром телевидения, Интернетом, чтением, компьютерными или азартными играми) — 34,6 %, химическая (употребление алкоголя, табака, психостимуляторов, каннабиноидов, седативно-снотворных препаратов) — 33,3 %, физиологическая (чрезмерное увлечение едой, сексом, чаем/кофе или фитнесом) — 32,1 %.

Сделан вывод о родстве патогенетических механизмов различных типов АП, что, в свою очередь, дает возможность разработать меры психологической коррекции и направить их на общее «патогенетическое звено» АП, что, на наш взгляд, включает не только отдельный ее тип, а является их своеобразным «синергизмом».

Ключевые слова: аддиктивное поведение, женщины, нарушения здоровья семьи

In the study of structural and phenomenological peculiarities addictive behavior (AB) in women with impairments of family interaction, based on a comprehensive study of 321 women in violation of family relationships and manifestations AB varying severity (study group), and 50 women with impairments family seamlessly addictive nature (comparison group) revealed the following.

Among women study groups AB severity at the use of harmful effects were found in 46.7 %, unsafe use of 28.0 %, depending on the state of 25.2 %. Women comparison groups, respectively, relatively safe capture/use found in 52.0 %; the use of harmful consequences — in 30.0 %, unsafe drinking — to 10.0 %, depending on the state — of 8.0 %.

Women with AB and broken family relationships are three types AB: behavioral (obsession with work, shopping, watching TV, Internet, reading, computer or gambling) — 34.6 %, chemical (alcohol, tobacco, psychostimulants, cannabinoids, sedative-hypnotic drugs) — 33.3 %, physiological (overreliance on food, sex, tea/coffee or fitness) — 32.1 %.

The conclusion about the affinity capture pathogenic mechanisms addictive object and / or substance use in different types of AB, which in turn makes it possible to develop measures of psychological correction and send them to a common "pathogenetic link" AB, which, in our opinion, includes not only some of its type, and it is a kind of "synergism".

Keywords: addictive behavior, women, family health disorders

Сім'я є пріоритетною цінністю будь-якого суспільства. Ставлення держави до проблеми підтримки та розвитку сімейних цінностей, тенденції, що характеризують стан інституту сім'ї, є показниками загального стану і перспектив розвитку держави [1].

Між тим, на сьогоднішній день в усьому світі відбувається криза інституту сім'ї. Сім'я переживає зараз складний етап у зв'язку з трансформацією ролестатусних позицій жінки, які зумовлені підвищенням рівня освіти, різноманітним професійною зайнятістю, матеріальною і соціальною самодостатністю і все більшою індивідуалізацією жінки як особистості, що в деяких випадках

веде до відсутності прагнення створювати сім'ю або здійснювати зусилля, спрямовані на її збереження та зміцнення. Інтерес до вивчення цієї тематики, яка здавна привертала увагу дослідників — на теперішній час тільки підвищується, бо є зрозумілим, що саме інститут сім'ї є однією з засад будь-якого суспільства. Успішність функціонування сім'ї складається не тільки з соматичного, психічного та сексуального здоров'я кожного з її членів, а передбачає також адаптацію на усіх рівнях взаємодії. Згідно з результатами сучасних наукових досліджень, насамперед, наукової школи академіка В. В. Кришталю, порушення функціонування сім'ї зумовлює, насамперед, дезадаптація подружжя на різних рівнях взаємодії [2].

Відповідно до сучасних наукових поглядів, подружня адаптація є інтегративним соціобіопсихологічним феноменом, тому вивчення закономірностей виникнення та розвитку її порушення взагалі та, зокрема, при адиктивних розладах особистості у дружини, може здійснюватись тільки з позиції міждисциплінарності та із застосуванням персоніфікованого підходу [3].

Метою даної роботи було вивчення структурних і феноменологічних особливостей адиктивної поведінки (АП) у жінок з порушенням сімейної взаємодії, для виявлення мішеней подальшої психокорекційної роботи з даним контингентом подружжя.

Для досягнення поставленої мети за інформованої згодою, з дотриманням принципів біоетики і деонтології обстежено 321 подружню пару (ПП), які звернулися за допомогою з приводу порушення сімейних стосунків та АП у жінок (основна група, ОГ). Додатковими критеріями включення в дослідження були відсутність в анамнезі психічних і поведінкових розладів, а також тяжких соматичних захворювань, наявність дитини. Як групу порівняння також обстежено 50 ПП з порушенням здоров'я родини, в яких у жінок не було проблем адиктивного характеру (група порівняння, ГП).

Виявлення розладів, пов'язаних із АП та визначення ступеня її небезпечності, проводили за допомогою батареї AUDIT-подібних тестів, розроблених колективом авторів під керівництвом І. В. Лінського [4, 5]. Використання цього методичного інструмента надало можливість виявити наявність та глибину проблем, пов'язаних з АП. Даний підхід дозволив адекватно описати весь діапазон тяжкості розладів, які виникали в обстежених внаслідок захоплення адиктивним об'єктом або/та уживання речовин: від окремих ознак та до донозологічного, доклінічно вираженого ступеня.

Розподіл результатів дослідження за рейтингом захоплення адиктивним об'єктом або/та уживання речовини (тести UDIT) у жінок ОГ та ГП (рис. 1) демонструє, що рейтинг захоплення/вживання речовини в обох групах не є однорідним. Найбільш небезпечно захоплення/вживання речовини (3 рівень — 16—19 балів) у ОГ виявлено: серед поведінкових адикцій — телебачення (середній бал — 17,1) та шопінг (17,2); серед хімічних — тютюн (17,1); серед фізіологічних адикцій — чай/кава (середній бал — 16,2). У ГП, відповідно, на цьому рівні поведінкової, хімічної та фізіологічної адикцій не виявлено.

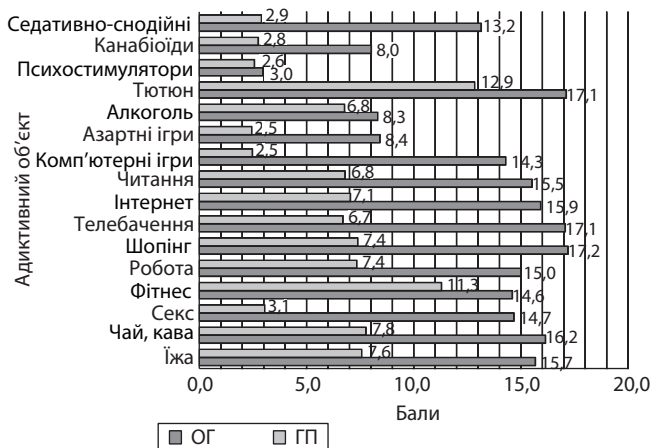


Рис. 1. Розподіл жінок ОГ та ГП за рейтингом захоплення адиктивним об'єктом або/та уживання речовини (тести UDIT)

Показники вираженості адикції у окремих жінок ОГ (3 та 4 рівень/зона) відповідали критеріям захоплення/вживання речовини за МКХ-10. За UDIT-тестами у них виявлено відповіді, які класифіковані як такі, що діагностують адиктивну проблему на рівні залежності. В таких випадках в клінічній картині адиктивного розладу зловживання мало постійний характер. Можна зазначити, що у жінок ОГ усі виявлені симптоми розподілилися відносно рівномірно, що свідчило про «класичний» розвиток адикції в обстежених.

Проте, треба зазначити, що за кореляційним аналізом встановлена висока міцність зв'язку між тяжкістю перебігу адикції та «незначущістю» для жінки таких симптомів: сильне бажання щодо захоплення/вживання речовини або непереборне прагнення до захоплення/вживання речовини ($p < 0,01$), порушення здатності контролювати захоплення/вживання речовини («втрата контролю») ($p < 0,01$), захоплення/вживання речовини з метою пом'якшення або запобігання симптомів абстиненції ($p < 0,01$).

У досліджених ГП ці симптоми не мали клінічного оформлення та впливу на особистість жінки ($p < 0,01$). У жінок ГП виявлено вплив кількісного росту симптомів захоплення/вживання речовини на незадовільні відносини у родині ($p < 0,01$), в деяких випадках погіршення побутових умов існування (мається на увазі нехтування домашніми справами), збіднення кола соціальних контактів ($p < 0,01$). Проте треба зазначити, що у жінок ОГ, у порівнянні з жінками ГП, такі взаємозв'язки виявилися більш міцними та значущими щодо зміни поведінки на соціально та родинно руйнуючу. Рейтинг середніх значень вираженості захоплення адиктивним об'єктом або/та уживання речовини (тест UDIT) у ОГ та ГП (табл. 1) свідчить, що в цілому в ОГ до адикцій з найвищим доклінічним показником захоплення/вживання речовини (зона 3 за тестами UDIT) віднесено шопінг (середній бал — 17,2), тютюн (17,1), телебачення (17,1), чай/кава (16,2), Інтернет (15,9), їжа (15,7), читання (15,5), робота (15,0), секс (14,7), фітнес (14,6) комп'ютерні ігри (14,3), седативно-снодійні препарати (середній бал — 13,2).

Таблиця 1. Рейтинг середніх значень вираженості захоплення адиктивним об'єктом або/та уживання речовини (тест UDIT) у жінок основної та групи порівняння

Адиктивний об'єкт або/та уживання речовини	Середній бал	
	Основна група (n = 321)	Група порівняння (n = 50)
Шопінг	17,2***	12,9**
Тютюн	17,1***	11,3**
Телебачення	17,1***	7,8**
Чай, кава	16,2***	7,6**
Інтернет	15,9**	7,4**
Їжа	15,7**	7,4**
Читання	15,5**	7,1**
Робота	15,0**	6,8*
Секс	14,7**	6,8*
Фітнес ¹	14,6**	6,7*
Комп'ютерні ігри	14,3**	3,1*
Седативно-снодійні	13,2**	2,9*
Азартні ігри	8,4**	2,8*
Алкоголь	8,3**	2,6*
Канабіоїди	8,0**	2,5*
Психостимулятори	3,0*	2,5*

Примітка: *** — наявність пагубних наслідків (зона 3 тест UDIT); ** — формування пагубних наслідків (зона 2 тест UDIT); * — відсутність пагубних наслідків (зона 1 тест UDIT). Достовірність розбіжностей між показниками у групах $p \leq 0,001$. Леткі розчинники, опіоїди, галюциногени не виявлено.

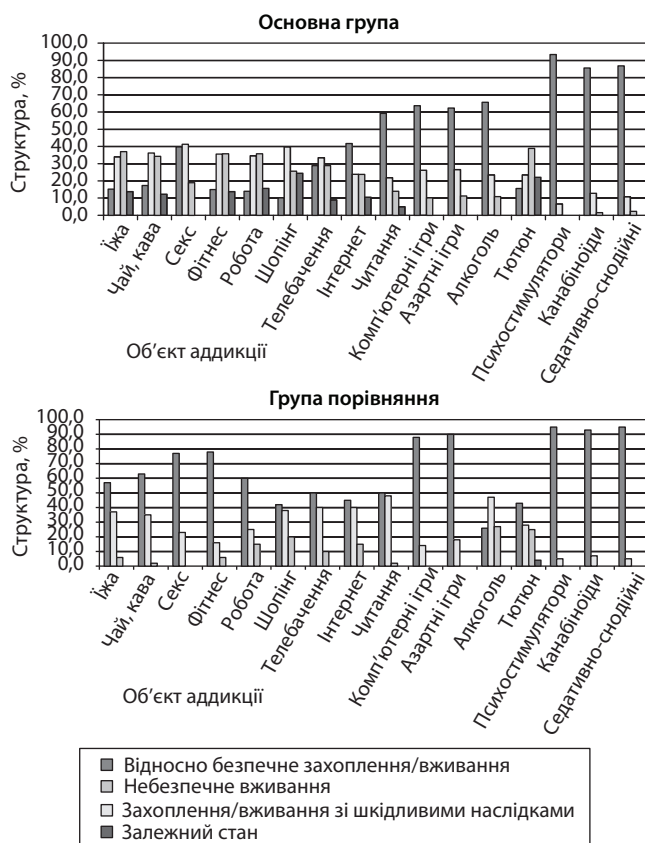
¹ Авторський тест для виявлення розладів, пов'язаних з захопленням спортом (фітнесом), — SPORT-UDIT (версія «самозвіт») для непрофесіоналів

Ці жінки з основної групи потребували консультування з моніторингом стану, а деякі — з середнім балом вище ніж 20 — діагностування та лікування. До зони 2 за тестами UDIT віднесено азартні ігри (середній бал — 8,4), алкоголь (8,3), канабіноїди (8,0), психостимулятори (середній бал — 3,0).

Серед жінок ГП до адикцій з найвищим показником захоплення/вживання речовини — зона 2 за тестами UDIT віднесено тютюн (середній бал — 12,9), фітнес (11,3), чай/кава (7,8), їжа (7,6), шопінг (7,6), робота (7,4), Інтернет (середній бал — 7,1). Ці жінки потребували співбесіди з наданням роз'яснень щодо захоплення адиктивним об'єктом або/та уживання речовини.

До зони 1 за тестом UDIT віднесено: читання (середній бал — 6,8), алкоголь (6,8), телебачення (6,7), секс (3,1), седативно-снодійні (2,9), канабіноїди (2,8), психостимулятори (2,6), комп'ютерні ігри (2,5), азартні ігри (середній бал — 2,5). Ці жінки потребували співбесіди, роз'яснень та поради фахівця щодо захоплення адиктивним об'єктом або/та уживання речовини.

Результати дослідження жінок ОГ та ГП за структурою захоплення адиктивним об'єктом або/та уживання речовини (тест UDIT) демонструють значну різницю між структурою захоплення адиктивним об'єктом або/та уживання речовини у жінок ОГ та ГП (рис. 2).



Достовірність різниці між показниками у групах $p \leq 0,001$

Рис. 2. Результати дослідження структури захоплення адиктивним об'єктом або/та уживання речовини у жінок ОГ та ГП (тести UDIT)

Аналіз структури адиктивної поведінки дозволив зробити декілька важливих, на наш погляд, узагальнень. Так, жінки ОГ з 3 та 4 зони за тестами UDIT мали постійний

стиль зловживання, якій у більшості у подальшому за МКХ-10 класифіковано як синдром залежності від захоплення адиктивним об'єктом або/та уживання речовини. Стиль зловживання захопленістю адиктивним об'єктом або/та уживання речовиною із високим ступенем достовірності ($p \leq 0,01$) корелював із питаннями наявності небезпеки для фізичного, психологічного та психічного, соціального та родинного здоров'я. Медико-соціальними наслідками вираженої адиктивної поведінки у жінок ОГ встановлено: зневаження навчанням, роботою, домашніми справами, синдром «відміни», вплив на фізичне здоров'я ($p \leq 0,01$). Під фізичним впливом мається на увазі широкий спектр соматичних проявів — від набрання або втрати маси тіла до різноманітних симптомів погіршення зору (комп'ютерна, ігрова та Інтернет-залежності) та т. ін.

Переважає більшість жінок ОГ продемонстрували захоплення адиктивним об'єктом, вираженим до рівню залежності у рамках поведінкових та/або фізіологічних адикцій, на відміну від хімічних, серед яких лідирує місце за розповсюдженістю та вираженістю займає тютюн. Такі форми АП безпосередньо впливали на їх особистість та функціонування та сприяли розвитку й прогресуванню поведінкових, хімічних й фізіологічних адикцій, а також сприяли розвитку порушення здоров'я родини.

Жінки ГП продемонстрували наявність захоплення адиктивним об'єктом, вираженим до рівня залежності у рамках поведінкових, хімічних та фізіологічної адикцій, у значно менших кількісних і якісних параметрах, ніж особи ОГ. Проте, жінок з порушенням здоров'я родини можна віднести до зони ризику внаслідок високого відсотку в них осіб з захопленням адиктивним об'єктом або/та уживання речовини на рівні небезпечного вживання та вживання з шкідливими наслідками.

У жінок ОГ, у порівнянні з ГП, виявлено значне переважання показників вираженості АП за такими об'єктами: сексуальна (майже у 2 рази), комп'ютерна (майже у 2 рази), ігрова (майже у 2 рази) адикції, а також за вживанням седативно-снодійних препаратів (майже у 2 рази).

Наступним етапом у дослідженні стало вивчення різних рівнів захоплення адиктивним об'єктом або/та уживання речовини, а саме, вживання зі шкідливими наслідками, небезпечне вживання та залежний стан та їх відповідність синдромам за МКХ-10. Розподіл досліджених ОГ та ГП за наявністю діагностованого симптомокомплексу внаслідок захоплення адиктивним об'єктом або/та уживання речовини за UDIT та МКХ-10 у форматі ($\% \pm m$) подано у табл. 2, з даних якої видно, що відносно безпечне захоплення/вживання у жінок ОГ не виявлено. Вживання зі шкідливими наслідками виявлено у 46,7 %, небезпечне вживання — у 28,0 %, залежний стан — у 25,2 %. У жінок ГП, відповідно: відносно безпечне захоплення/вживання виявлено у 52,0 %; вживання зі шкідливими наслідками — у 30,0 %, небезпечне вживання — у 10,0 %, залежний стан — у 8,0 %.

Узагальнення отриманих даних дозволило дійти висновку, що між жінками з АП були особи з переважанням різних її типів: поведінкової (надмірне захоплення роботою, шопінгом, переглядом телебачення, Інтернетом, читанням, комп'ютерними або азартними іграми), хімічної (вживання алкоголю, тютюну, психостимуляторів, канабіноїдів, седативно-снодійних препаратів), фізіологічної (надмірне захоплення їжею, сексом, чаєм/кавою або фітнесом) (табл. 3).

Таблиця 2. Розподіл досліджених ОГ та ГП за наявністю діагностованого симптомокомплексу внаслідок захоплення адиктивним об'єктом або/та уживання речовини за UDIT та МКХ-10, % \pm *m*

UDIT	МКХ-10	Основна група (n = 321)		Група порівняння (n = 50)	
		N	% \pm <i>m</i>	N	% \pm <i>m</i>
Відносно безпечне захоплення/вживання	—	—	—	26	52,0 \pm 5,0
Вживання зі шкідливими наслідками	Згубне вживання	150	46,7 \pm 5,0	15	30,0 \pm 4,6
Небезпечне вживання		90	28,0 \pm 4,5	5	10,0 \pm 3,0
Залежний стан	Синдром залежності*	81	25,2 \pm 4,3	4	8,0 \pm 2,7

Примітка. * — Синдром залежності (включно: у наступний час утримання, активна залежність, постійне вживання, епізодичне вживання). Достовірність розбіжностей між показниками у групах $p \leq 0,001$

Таблиця 3. Розподіл обстежених за типом АП за UDIT, % \pm *m*

Тип адикції	ОГ, n = 321		ГП, n = 50	
	N	% \pm <i>m</i>	N	% \pm <i>m</i>
Поведінкова	111	34,6 \pm 4,8	7	14,0 \pm 3,5
Хімічна	107	33,3 \pm 4,7	9	18,0 \pm 3,8
Фізіологічна	103	32,1 \pm 4,7	8	16,0 \pm 3,7
Без ознак АП	—	—	26	52,0 \pm 5,0

Примітка. Тут і далі — достовірність розбіжностей між показниками у групах $p \leq 0,01$

Із наведених у табл. 3 даних видно, що у ОГ превалювання поведінкових адикцій виявлено у 34,6 %, хімічної — у 33,3 %, фізіологічної — у 32,1 % жінок ($p < 0,01$). У свою чергу, у ГП, відповідно, поведінкова адикція виявлена у 14,0 %, хімічна — у 18,0 %, фізіологічна — у 16,0 %; без ознак АП було більше половини — 52,0 % жінок ($p < 0,01$). Треба зазначити, що анамнестично встановлено, що жінки обох груп, які мали виражені прояви АП, проявляли раніше не властиві їм риси: непевності в собі, емоційної лабільності, недовірливості, піддатливості чужому впливу ($p < 0,01$).

Наступним етапом дослідження стало комплексне оцінювання адиктологічного статусу жінок ОГ та ГП з точки зору розвитку її складових, а саме — «життєвого циклу адикції». До таких складових шляхом аналізу анамнезу життя та адиктивного «дрейфу» віднесено: а) спадковість, ускладнена адикцією, б) вік дебюту адикції, в) стаж адикції. Наявність у сімейному анамнезі жінки інформації про родичів, які страждали на адиктивні прояви, розглядається в сучасній науці, як один із критеріїв імовірності розвитку адиктологічних розладів. Дослідження чинника спадкової ускладненості було спрямовано на виявлення характерних рис впливу спадкового чинника на формування АП та можливий подальший її розвиток, а саме — у поведінкову, хімічну або фізіологічну. Дослідження спадковості на предмет наявності родичів з адикцією проводили в ході інтерв'ювання жінок (табл. 4).

Таблиця 4. Розподіл досліджених ОГ та ГП за спадковою ускладненістю захоплення адиктивним об'єктом або/та уживання речовини, % \pm *m*

Спадковість у родичів	ОГ, n = 321		ГП, n = 50	
	N	% \pm <i>m</i>	N	% \pm <i>m</i>
Немає	—	—	—	—
Батько	141	43,9 \pm 5,0	15	30,0 \pm 4,6
Мати	114	35,5 \pm 4,8	14	28,0 \pm 4,5
Сіблінгі	42	13,1 \pm 3,4	12	24,0 \pm 4,3
Інші члени родини	24	7,5 \pm 2,6	9	18,0 \pm 3,8

Дані табл. 4 демонструють спадкову обтяженість у більшості жінок обох груп, проте з наявністю міжгрупових відмінностей. Спадковість по лінії батька виявлено у ОГ у 43,9 %, у ГП — у 30,0 % жінок ($p \leq 0,01$). Показник спадковості по лінії матері був нижчим, ніж по лінії батька, та виявлений, відповідно, у ОГ — у 35,5 %, у ГП — у 28,0 % жінок ($p \leq 0,01$). Проте, також стабільно високий показник у матері може свідчити про відсутність між адиктивною матір'ю та дитиною емоційного контакту («холодна мати»), що також формує у дитини відторгненість та замкнутість. Даний чинник також є таким, що сприяє формуванню особливих психологічних рис та «моделі поведінки жінки», які у майбутньому стають «особистісним підґрунтям» для розвитку АП. Наявність АП у сіблінгів та інших членів родини за результатами статистичного аналізу не мала достовірного кореляційного зв'язку з розвитком адикцій у жінок.

Одним із базових предикторів розвитку дебюту захоплення адиктивним об'єктом або/та уживання речовини є ранній вік дебюту адикції. За результатами досліджень виявлена чітка кореляція між розвитком захоплення адиктивним об'єктом або/та уживання речовини у молодому віці, злякисним перебігом адикції та негативним прогнозом ефективності психокорекції ($p < 0,01$). Виявлені закономірності впливу вікового компонента на окремі особливості перебігу АП знайшли своє відображення під час розроблення системи психологічної корекції порушення та психопрофілактичної підтримки здоров'я сім'ї у жінок з АП).

Розподіл досліджених ОГ та ГП за віком дебюту захоплення адиктивним об'єктом або/та уживання речовини подано у табл. 5. Так, початок захоплення адиктивним об'єктом або/та уживання речовини у віці 21—30 років у ОГ 37,4 %, у ГП — 42,3 % жінок ($p \leq 0,01$). Початок захоплення адиктивним об'єктом або/та уживання речовини у віці 31—40 років у ОГ 48,3 %, у ГП — 23,1 % жінок ($p \leq 0,01$). Початок захоплення адиктивним об'єктом або/та уживання речовини у віці 41—50 років у ОГ — 10,9 %, у ГП — 23,1 % жінок ($p \leq 0,01$). Початок захоплення адиктивним об'єктом або/та уживання речовини у віці більше ніж 50 років у ОГ 3,4 %, у ГП — 11,5 % жінок ($p \leq 0,01$).

Таблиця 5. Розподіл досліджених ОГ та ГП за віком дебюту захоплення адиктивним об'єктом або/та уживання речовини, % \pm *m*

Вік, роки	ОГ, n = 321		ГП, n = 50	
	N	% \pm <i>m</i>	N	% \pm <i>m</i>
21—30	120	37,4 \pm 4,8	11	42,3 \pm 4,9
31—40	155	48,3 \pm 5,0	6	23,1 \pm 4,2
41—50	35	10,9 \pm 3,1	6	23,1 \pm 4,2
більш ніж 50	11	3,4 \pm 1,8	3	11,5 \pm 3,2

Отримані дані свідчать, що віковий період розвитку захоплення адиктивним об'єктом або/та уживання речовини у ОГ є значно «молодшим», що у майбутньому, власно, формує клінічний та особистісний поліморфізм адикції, її тяжкий «прогресивний» перебіг із швидким формуванням змін особистості за залежним — адиктивним типом та, відповідно, порушенням соціального та родинного функціонування й загального модусу життєдіяльності у суспільстві.

Виокремлені особливості розподілу жінок ОГ та ГП за спадковістю та віком дебюту адикції було покладено у розробку системи психологічної корекції порушення та психопрофілактичної підтримки здоров'я сім'ї у жінок з АП. Даний підхід надав змогу спрямувати психокорекційний інтегративний (мається на увазі також вплив на партнера та родину, а не лише на жінку) вплив на такі важливі ознаки:

- орієнтованість на адиктивну проблему;
- орієнтованість на партнера та родину в цілому;
- використання підходів активізації свідомості, зміни звичних схем мислення, зміни поведінки, активізації переживання й вираження емоцій, релаксації, підтримки родини та жінок.

Наступною складовою, яку вивчали, став показник стажу адиктивної поведінки жінки. Показник тривалого захоплення адиктивним об'єктом або/та уживання речовини у клінічній практиці свідчить про негативну динаміку адикції, низький ступінь усвідомлення проблем залежної поведінки. Розподіл досліджених ОГ та ГП за стажом захоплення адиктивним об'єктом або/та уживання речовини (табл. 6) демонструє, що найбільші різниці між групами обстежених простежуються в часових інтервалах 1—5 років, 6—10 років й більше ніж 10 років захоплення адиктивним об'єктом або/та уживання речовини ($p \leq 0,01$).

Таблиця 6. Розподіл досліджених ОГ та ГП за стажом захоплення адиктивним об'єктом або/та уживання речовини, % $\pm m$

Стаж, роки	ОГ, $n = 321$		ГП, $n = 50$	
	N	% $\pm m$	N	% $\pm m$
менш ніж 1	—	—	—	—
1—5	123	38,3 \pm 4,9	11	42,3 \pm 4,9
6—10	110	34,3 \pm 4,7	10	38,5 \pm 4,9
більш ніж 10	88	27,4 \pm 4,5	5	19,2 \pm 3,9

Цікавим є той факт, що жінки обох груп із різними мотивами захоплення адиктивним об'єктом або/та уживання речовини практично не відрізнялися у відсотковому показнику за стажом вживання ($p < 0,05$). Так, стаж захоплення адиктивним об'єктом або/та уживання речовини 1—5 років виявлений у 38,3 % ОГ і у 42,3 % ГП. У свою чергу, стаж захоплення адиктивним об'єктом або/та уживання речовини 6—10 років виявлений у 34,3 % ОГ і у 38,5 % ГП ($p \leq 0,01$). Стаж захоплення адиктивним об'єктом або/та уживання речовини більше ніж 10 років виявлений у 27,4 %, ОГ і у 19,2 % ГП ($p \leq 0,01$).

Аналізуючи вищевикладені дані, можна зробити висновок щодо спорідненості патогенетичних механізмів захоплення адиктивним об'єктом або/та уживання речовини при різних типах АП, що, в свою чергу, дає можливість розробити заходи психологічної корекції та спрямувати їх на загальну «патогенетичну ланку» АП, що, на наш погляд, включає не лише окремий її тип, а є їх своєрідним «синергізмом».

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

Список літератури

- Кришталь В. В. Любовь и секс как лечебный фактор / В. В. Кришталь // Медицинская психология — 2006. — № 2. — С. 14—19.
- Кришталь В. В. Системная семейная психотерапия нарушенной здоровья семьи / В. В. Кришталь // Там же. — 2007. — Т. 1. — № 2. — С. 3—8.
- Жданова М. П. Психотерапия нарушения здоровья семьи при алкоголизме у жены / М. П. Жданова // Український вісник психоневрології. — 2007. — Т. 15, вип. 2 (51). — С. 60—67.
- Метод комплексной оценки аддиктивного статуса индивида и популяции с помощью системы AUDIT-подобных тестов / [Линский И. В., Минко А. И., Артемчук А. Ф. и др.] // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. — 2009. — № 2 (16). — С. 56—70.
- 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.

Надійшла до редакції 22.02.2016 р.

САВІНА Майя Василівна, кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри психіатрії, наркології, неврології та медичної психології Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна Міністерства освіти України, м. Харків

SAVINA Maïia, MD, PhD, Associate Professor, Lecturer of Department of psychiatry, narcology and medical psychology of the V. N. Karazin's Kharkiv National University of Ministry of Education of Ukraine, Kharkiv