

## **ЕМОЦІЙНІ ПРОБЛЕМИ ТА НЕВРОТИЧНІ СТАНИ ПРИ ПОРУШЕННІ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ СІМ'Ї**

**Бондар Світлана**

Інститут підготовки кадрів Державної служби зайнятості України  
м. Київ, Україна  
sveta12004@ukr.net, bondar.svetlana30@gmail.com

У статті розглянуто питання емоційних проблем та невротичних станів у подружніх парах і їх впливу на порушення сімейного функціонування при адюльтері. Установлено депресивне реагування в усіх кризових групах. У групі з адюльтером виявлено почуття провини, ранкове пробудження, знижений настрій, психічна тривога, obsesivні та компульсивні розлади; у жінок – знижений настрій, почуття провини, труднощі під час засинання, безсоння, збудження, психічна тривога, соматичні порушення шлунково-кишкового тракту, загальносоматичні симптоми, іпохондричні розлади. Зі свого боку, у чоловіків без адюльтеру діагностовано безсоння, ранкове пробудження, загальмованість мислення, збудження, психічну та соматичну тривогу, розлади сексуальної сфери, іпохондричні розлади, obsesivні й компульсивні розлади. У жінок простежено знижений настрій, почуття провини, труднощі під час засинання, безсоння, збудження, психічну та соматичну тривогу, порушення шлунково-кишкового тракту, загальносоматичні симптоми, розлади сексуальної сфери, іпохондричні розлади.

У групі з адюльтером тривожний розлад відповідав легкому та середньому ступеням вираженості, у групі без адюльтеру – середньому й тяжкому. Указано, що чоловіки та жінки обох кризових груп «приховували» симптоми тривоги. За ступенем вираженості серед досліджених з адюльтером переважали «психічні» симптоми тривоги над «соматичними», у групі без адюльтеру «соматичний» радикал тривоги переважав над «психічним». Зі свого боку, психоемоційна сфера респондентів з анамнезом адюльтеру «не усвідомлювала та заперечувала» наявність психологічного конфлікту в родині. У досліджених без адюльтеру виявлено схильність до сприйняття широкого кола ситуацій як загрозливих для власної самоповаги.

Аналіз невротичних станів виявив тривожні, астеничні й істеричні симптоми, що вказує на конверсійне нозогенне психологічного реагування, а також депресивно-фобічні та вегетативні прояви в групі досліджених з адюльтером. Зі свого боку, у групі без адюльтеру встановлено тривожно-фобічні прояви в рамках астеничного реагування, вегетативні прояви конверсії, виснаження, астено-депресивні й іпохондричні прояви. Відокремлено значущі симптоми як мішені

психотерапевтичної роботи. Зазначено, що перспективним подальшим дослідженням у цьому напрямі є наукове обґрунтування й розробка заходів специфічної допомоги у вигляді сімейного консультування порушень життєдіяльності в родині при адюльтері.

**Ключові слова:** депресія, тривога, невротичні стани, психоемоційні проблеми, порушення життєдіяльності, сімейна криза.

**Bondar Svitlana. Emotional Issues and Neurotic States in Violation of a Family Life Activity.** The article deals with emotional issues and neurotic states in married couples and their impact on violation of a family functioning in adultery. Depressive reacting has been determined in all crisis groups. Guilt, morning awakening, low mood, mental anxiety, obsessive and compulsive disorders have been revealed in the group with adultery. Women are characterized by low mood, guilt, falling asleep difficulties, insomnia, agitation, mental anxiety, gastrointestinal tract somatic disorders, general somatic symptoms, hypochondriac disorders. In turn, men without adultery are diagnosed with insomnia, morning awakening, thinking retardation, agitation, mental and somatic anxiety, sexual sphere disorders, hypochondriac disorders, obsessive and compulsive disorders. Low mood, guilt, falling asleep difficulties, insomnia, agitation, mental and somatic anxiety, gastrointestinal tract disorders, general somatic symptoms, sexual sphere disorders, and hypochondriac disorders are revealed among women, respectively.

In the group with adultery, the anxiety disorder corresponded to the low and average level of expressiveness, in the group without adultery – to the average and high level of expressiveness. It is stated that men and women of both crisis groups «hid» the symptoms of anxiety. By the level of expressiveness among the subjects with adultery, «mental» symptoms of anxiety prevailed over «somatic»; in the group without adultery, the «somatic» anxiety radical prevailed over «mental». In its turn, the psychoemotional sphere of respondents with adultery anamnesis «did not realize and denied» the existence of psychological conflict in a family. The subjects without adultery showed the tendency of perception a wide range of situations as threatening to their self-esteem.

The analysis of neurotic states revealed anxious, asthenic, and hysterical symptoms, indicating conversive nosogenic psychological reacting, as well as depressive, phobic, and vegetative manifestations in the group of subjects with adultery. Respectively, anxiety and phobic manifestations within the framework of asthenic reacting, vegetative manifestations of conversion, exhaustion, asthenic, depressive, and hypochondriac manifestations have been determined in the group without adultery. The significant symptoms are outlined as targets of psychotherapeutic work. It is noted that the perspective of further research in this area is the scientific grounding and development of measures of specific assistance in the form of familial counselling of life activity violations in a family with adultery.

**Key words:** depression, anxiety, neurotic states, psychoemotional issues, life activity violation, family crisis.

**Бондар Светлана. Эмоциональные проблемы и невротические состояния при нарушении жизнедеятельности семьи.** В статье исследуется вопрос эмоциональных проблем и невротических состояний в супружеских парах и их влияние на нарушение семейного функционирования при адюльтере. Установлено депрессивное реагирования во всех кризисных группах. В группе с адюльтером обнаружено чувство вины, утреннее пробуждение, пониженное настроение, психическую тревогу, obsessивные и компульсивные расстройства; у женщин – пониженное настроение, чувство вины, трудности при засыпании, бессонницу, возбуждение, психическую тревогу, соматические нарушения желудочно-кишечного тракта, соматические симптомы, ипохондрические расстройства. В свою очередь, у мужчин без адюльтера диагностируются бессонница, а также утреннее пробуждение, заторможенность мышления, возбуждение, психическая и соматическая тревога, расстройство сексуальной сферы, ипохондрические, obsessивные и компульсивные расстройства. У женщин, соответственно, наблюдались пониженное настроение, чувство вины, трудности при засыпании, бессонница, возбуждение, психическая и соматическая тревога, нарушения желудочно-кишечного тракта, общие соматические симптомы, расстройства сексуальной сферы, ипохондрические расстройства.

В группе с адюльтером тревожное расстройство соответствовало лёгкой и средней степеням выраженности, в группе без адюльтера – средней и тяжёлой. Указывается, что мужчины и женщины обеих кризисных групп «скрывали» симптомы тревоги. По степени выраженности среди исследованных с адюльтером преобладали «психические» симптомы тревоги над «соматическими», в группе без адюльтера «соматический» радикал тревоги преобладал над «психическим». В свою очередь, психоэмоциональная сфера респондентов с анамнезом адюльтера «не осознавала и отрицала» наличие психологического конфликта в семье. В исследованных без адюльтера обнаружилась склонность к восприятию широкого круга ситуаций как угрожающих самоуважению.

Анализ невротических состояний подтвердил тревожные, астенические и истерические симптомы, что указывает на конверсионное нозогенное психологическое реагирование, а также на депрессивно-фобические и вегетативные проявления в группе исследованных с адюльтером. В свою очередь, в группе без адюльтера установлено тревожно-фобические проявления в рамках астенического реагирования, вегетативные проявления конверсии, истощение, астено-депрессивные и ипохондрические проявления. Выделены значимые симптомы как мишени психотерапевтической работы. Отмечается, что перспективами дальнейшего исследования в данном направлении является научное обоснование и разработка мер специфической помощи в виде семейного консультирования нарушений жизнедеятельности в семье при адюльтере.

**Ключевые слова:** депрессия, тревога, невротические состояния, психоэмоциональные проблемы, нарушения жизнедеятельности, семейный кризис.

**Постановка наукової проблеми та її значення.** Важливою й актуальною проблемою сучасної психології залишається проблема

порушення соціального функціонування родини, що є наслідком різноманітних подій. Окреме місце займає ситуація адюльтеру з її багатогранністю психосоціальних та особистісних причин виникнення, наслідками прояву, крайнім варіантом чого є руйнування родини. Відомо, що адюльтер створює психотравмувальну ситуацію для родини, призводячи до подружньої дезадаптації. Порушуючи функціонування родини, адюльтер знижує демонстрування додаткових емпатичних здатностей, співпереживання й співчуття, що виснажує психічний ресурс чоловіка та дружини (Ейдемиллер, 2008). Водночас спеціальні праці з вивчення й корекції подружньої дезадаптації, сполученої з позашлюбними зв'язками, обчислюються одиницями. Загалом, ця проблема є недостатньо вивченою та висвітленою в літературі (Мешковська, 2005). Хоч різні аспекти подружньої дезадаптації, зумовлені позашлюбними зв'язками, були предметом досліджень (Кришталь, 1996), проте залишається поза увагою й до кінця не з'ясовано роль емоційних проблем і невротичних станів при вікових кризах життєдіяльності сім'ї. Не вивчено спонукальні мотиви, психоемоційні умови виникнення та наслідки подружніх зрад, специфічні прояви дезадаптації за позашлюбних зв'язків в одного чи обох представників подружжя. Унаслідок цього не розроблено й ефективні методи діагностики, психотерапевтичної корекції, психоемоційного супроводу родини в умовах кризи. До не розв'язаних раніше частин проблеми можемо віднести недостатню вивченість невротичних станів у подружніх парах і їх вплив на порушення сімейного функціонування при адюльтері, а також проблему сприйняття чоловіками та жінками заходів сімейного консультування. Зазначене стає підґрунтям для дослідження питання виявлення емоційних і невротичних станів під час вікових криз життєдіяльності родини при адюльтері.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Узагальнюючи напрацювання в наукових джерелах (Eysenck, 1971, 1972, Ейдемиллер, 2008; Кратохвіл, 2008; Мешковська, 2005; Каденко, 2007, Кришталь, 1996), можемо констатувати значну кількість напрямів досліджень проблеми адюльтеру. Розглянуто загальну психологію подружніх відносин (Роджерс 2002) та психологію сучасної сім'ї (Андрєєва, 2005). Вивчаються (Prib, Bondar, 2019) психологічні й психоемоційні проблеми порушення сімейного функціонування при різних стилях сімейної взаємодії.

Зазначено, що одним із чинників конфліктності (Шевчишена, 2009) в сім'ї є невідповідність між установкою шлюбного партнера і його

реальною поведінкою, викликана неврахуванням індивідуальних особливостей протилежної статі, її нахилів, можливостей. Клінічний досвід (Кришталь, 1996) переконливо свідчить про те, що в сексології проблема позашлюбних зв'язків має особливе значення, оскільки при цьому деформуються і сексуальні стосунки, і особистісні відмінності подружжя, і соціальні аспекти шлюбу. Подружня дезадаптація (Мешковская 2005) й позашлюбні зв'язки жінок призводять до розвитку в подружжя невротичних розладів, у жінок – найчастіше короткочасної 40,0 %, рідше – пролонгованої 22,0 % депресивної реакції, у чоловіків, окрім цих реакцій (23,0 та 27,0), також виявлено неврастенію (19,0 %) і соматизований розлад (13,0 %). Структура готовності до зради (Воронина, 2015) включає когнітивний (когнітивно-мотиваційний), емоційний та особистісний компоненти, пов'язані з усвідомленням наявності її причин, умов здійснення й наслідків, наявністю особистісних якостей, які змістовно корелюють із психологічною сутністю зради, наявністю переживань, емоцій і почуттів чоловіка, що зумовлює можливість виникнення зради. Установлено, що (Хлопоніна, 2003) взаємозв'язок між оцінками шлюбних партнерів рівня конфліктності існує в кожній із досліджуваних сфер сімейно-рольової взаємодії. Взаємозв'язок сфер конфліктності свідчить про наявність кругової каузальності (причинності) сімейних конфліктів. Наявність конфлікту в одній зі сфер сімейно-рольової взаємодії проектується подружжям на інші сфери та впливає на загальну оцінку рівня конфліктності в сім'ї й задоволеність шлюбом подружжя. Дослідниками (Каденко, 2006) вказано, що позашлюбні зв'язки призводять до розвитку невротичних та особистісних розладів (неврастенії, адаптаційних розладів, депресивних реакцій), порушення міжособистісних стосунків подружжя (утрати любові) і підривають міцність шлюбу, на що вказує на той факт, що 72,0 % чоловіків та 70,0 % жінок думали про розлучення або робили спроби розлучитися.

У цілому дослідниками вивчено широку палітру впливів адюльтеру на особистість і деструкцію сімейних відносин. Проте, незважаючи на досить значне поширення наукових пошуків, спрямованих на вивчення факторів благополуччя/неблагополуччя сімейних взаємин, малодослідженими залишаються психоемоційні аспекти ролі депресії, тривоги й невротичних станів у генезі порушень життєдіяльності родини при адюльтері.

**Мета дослідження** – виявлення емоційних проблем та невротичних станів при вікових кризах життєдіяльності сім'ї (сімейного функ-

ціонування), **завдання** – дослідження емоційних проблем і невротичних станів у подружніх парах та їх вплив на порушення сімейного функціонування при адюльтері.

**Методи та матеріал дослідження.** Із дотриманням принципів деонтології (*Ethical principles of psychologists and code of conduct*) проведено комплексне обстеження 180 подружніх пар. Проаналізовано рівень задоволеності шлюбом і проведено порівняльний аналіз між групою подружжя в «кризовому віці шлюбу» з наявністю адюльтеру в сімейному анамнезі (кризова група з адюльтером КГА та групою подружжя в «кризовому віці шлюбу» без адюльтеру в сімейному анамнезі – КГ. Обидві групи дослідження розподілено на три підгрупи: перша – кризовий вік шлюбу – чотири роки (період 3–5 років) (КГА1, n = 30, КГ1 n = 30); друга – кризовий вік шлюбу – сім років (період 6–8 років) (КГА2, n = 30, КГ2, n = 30); третя – кризовий вік шлюбу – 12 років (період 11–13 років) (КГА3, n = 30, КГ3, n = 30). Цей етап виконувався за допомогою шкали тривоги й депресії (М. Гамільтона *HARS* і *HDRS*) та клінічного опитувальника виявлення та оцінки невротичних станів (К. К. Яхін, В. Д. Менделевич) (Райгородський, 2001). Аналіз, обробку й підрахунок відсоткових характеристик і коефіцієнтів кореляції здійснювали за допомогою програми SPSS 10.0.5 for Windows (Бююль, 2002).

**Виклад основного матеріалу й обґрунтування отриманих результатів дослідження.** Першим етапом дослідження стало оцінка тяжкості депресії за шкалою депресії Гамільтона (*HDRS*), яка класифікувалася як малий та тяжкий депресивні епізоди (Guelfi, 1993). Рівень депресії за шкалою Гамільтона (*HDRS*) у респондентів КГА (Ч+Ж) і КГ (Ч+Ж) відображено в табл. 1.

Таблиця 1

**Рівень депресії за шкалою Гамільтона (*HDRS*) у респондентів КГА (Ч+Ж) та КГ (Ч+Ж)**

Наявність/рівень депресії, балів	Стать	Група*								
		КГА1			КГА2			КГА3		
		N	%	±m	N	%	±m	N	%	±m
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>
Відсутня (0–7)	Ч	15	50,0	5,0	16	53,3	5,0	17	56,7	5,0
	Ж	13	43,3	5,0	14	46,7	5,0	16	53,3	5,0
Малий депресивний епізод (7–16)	Ч	15	50,0	5,0	14	46,7	5,0	13	43,3	5,0
	Ж	12	40,0	4,9	13	43,3	5,0	9	30,0	4,6

## Закінчення таблиці 1

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Тяжкий депресивний епізод (16–52)	Ч	–	–	–	–	–	–	–	–	–
	Ж	5	16,7	3,7	3	10,0	3,0	5	16,7	3,7
Усього	Ч	30	100,0		30	100,0		30	100,0	
Усього	Ж	30	100,0		30	100,0		30	100,0	
Наявність/рівень депресії, балів	Стать	КГ1			КГ2			КГ3		
		N	%	±m	N	%	±m	N	%	±m
Відсутня (0–7)	Ч	16	53,3	5,0	15	50,0	5,0	14	46,7	5,0
	Ж	18	60,0	4,9	14	46,7	5,0	12	40,0	4,9
Малий депресивний епізод (7–16)	Ч	10	33,3	4,7	12	40,0	4,9	10	33,3	4,7
	Ж	7	23,3	4,2	11	36,7	4,8	9	30,0	4,6
Тяжкий депресивний епізод (16–52)	Ч	4	13,3	3,4	3	10,0	3,0	6	20,0	4,0
	Ж	5	16,7	3,7	5	16,7	3,7	9	30,0	4,6
Усього	Ч	30	100,0		30	100,0		30	100,0	
Усього	Ж	30	100,0		30	100,0		30	100,0	

**Примітка.** \* імовірність помилки першого роду, рівень статистичної значимості між показниками –  $p < 0,05$  (достовірно значущі відмінності).

Із представлених у табл. 1 даних видно, що в цілому респонденти розрізнялися за тяжкістю депресивного синдрому за об'єктивним критерієм оцінки. Так, у КГА психопатологічні симптоми, які за вираженістю не досягали клінічно окресленої депресії, виявлено в чоловіків (50,0 % – КГА1, 53,3 % – КГА2 і 56,7 % – КГА3. Малий депресивний епізод діагностовано в 50,0 % КГА1, 46,7 % – КГА2 та 43,3 % – КГА3 ( $p < 0,05$ ). Тяжкий депресивний епізод у чоловіків не виявлено ( $p < 0,05$ ). У жінок психопатологічні симптоми, котрі за вираженістю не досягали клінічно окресленої депресії, виявлено в 43,3 % КГА1, 46,7 % – КГА2 і 53,3 % – КГА3; малий депресивний епізод діагностовано в 40,0 % КГА1, 43,3 % – КГА2 та 30,0 % – КГА3; тяжкий депресивний епізод – у 16,7 % КГА1, 10,0 % КГА2 і 16,7 % КГА3 ( $p < 0,05$ ). Середній бал за шкалою HDRS у чоловіків КГА1 засвідчив відсутність депресії – 3,0 бали, малий депресивний епізод – 9,0 балів. У КГА2 – 4,0 бали й 10,0 балів. У КГА3 – 4,0 бали та 13,0 балів. Середній бал за шкалою HDRS у жінок КГА1 – відсутність депресії – 6,0 балів, малий депресивний епізод – 12,0 балів. У КГА2 – 6,0 балів і 14,0; у КГА3 – 5,0 та 15,0 балів.

У КГ психопатологічні симптоми, які за вираженістю не досягали клінічно окресленої депресії, виявлено в чоловіків: 53,3 % – КГ1, 50,0 % – КГ2 та 46,7 % – КГ3. Малий депресивний епізод діагностовано в 33,3 % КГ1, 40,0 % – КГ2 та 33,3 % – КГ3. Тяжкий депресивний епізод діагностовано в 13,3 % КГ1, 10,0 % – КГ2, 20,0 % – КГ3 ( $p < 0,05$ ). У жінок психопатологічні симптоми, які за вираженістю не досягали клінічно окресленої депресії, виявлено в 60,0 % КГ1, 46,7 % – КГ2 та 40,0 % – КГ3, малий депресивний епізод діагностовано у 23,3 % КГ1, 36,7 % – КГ2 і 30,0 % – КГ3. Тяжкий депресивний епізод у жінок виявлено в 16,7 % КГ1, 16,7 % – КГ2 і 30,0 % – КГ3 ( $p < 0,05$ ). Середній бал за шкалою HDRS у чоловіків КГ1 засвідчив відсутність депресії – 6,0 балів, малий депресивний епізод – 15,0; тяжкий депресивний стан – 40,0 балів; у КГ2 – 6,0 балів; 14,0 та 41; у КГ3 – 7,0 балів; 16,0 і 54 бали. Середній бал за шкалою HDRS у жінок КГ1 указував на відсутність депресії – 7,0 бала, малий депресивний епізод – 16,0 балів, тяжкий депресивний епізод – 46,0 балів; у КГ2 – 7,0 балів і 16,0 та 48 балів. У жінок КГ3 – 7,0 балів і 15,0 та 50.

Отже, можна зазначити що за об'єктивним показником визначення депресивного стану досліджені чоловіки й жінки КГ переважали над респондентами КГА за ступенем тяжкого депресивного епізоду. У рамках дослідження структури наявності симптомів нами вивчено їх міжгруповий розподіл серед жінок і чоловіків КГА та КГ.

У цілому в КГА в чоловіків усіх трьох кризових груп виявлено симптоми всього спектра депресивного реагування, а саме: почуття провини, ранкове пробудження, знижений настрій, психічна тривога, obsesivні та компульсивні розлади ( $p < 0,05$ ). У жінок КГА також виявлено більшість симптомів депресивного реагування, а саме: знижений настрій, почуття провини, труднощі при засинанні, безсоння, збудження, психічна тривога, соматичні порушення шлунково-кишкового тракту, загальносоматичні симптоми, іпохондричні розлади ( $p < 0,05$ ).

Зі свого боку, у чоловіків КГ діагностовано безсоння, ранкове пробудження, загальмованість мислення, збудження, психічну та соматичну тривогу, розлади сексуальної сфери, іпохондричні розлади, obsesivні й компульсивні розлади ( $p < 0,05$ ). У жінок КГ виявлено знижений настрій, почуття провини, труднощі під час засинання, безсоння, ранкове пробудження, збудження, психічну та соматичну тривогу, порушення шлунково-кишкового тракту, загальносоматичні симптоми, розлади сексуальної сфери, іпохондричні розлади ( $p < 0,05$ ).



Другим етапом стало дослідження тривоги за шкалою Гамільтона (HARS) для оцінки стану наявності й глибини тривожного розладу (Райгородский, 2001). Рівень тривоги за шкалою Гамільтона (HARS) у респондентів КГА (Ч+Ж) і КГ (Ч+Ж) відображено в табл. 2. Із представлених у табл. 2 даних видно, що в цілому респонденти значно розрізнялися за тяжкістю вираженості тривоги. Так, у КГА психопатологічні симптоми, які за вираженістю досягали клінічно окресленої субклінічної тривоги в чоловіків виявлено в 46,7 % КГА1, 50,0 % – КГА2 та 50,0 % – КГА3.

*Таблиця 2*

**Рівень тривоги за шкалою Гамільтона (HARS) у респондентів КГА(Ч+Ж) та КГ(Ч+Ж)**

Тривога, балів	Стать	Група*								
		КГА1			КГА2			КГА3		
		N	%	±m	N	%	±m	N	%	±m
Субклінічна тривога (< 8)	Ч	14	46,7	5,0	15	50,0	5,0	15	50,0	5,0
	Ж	12	40,0	4,9	14	46,7	5,0	12	40,0	4,9
Тривожний стан (8–20)	Ч	16	53,3	5,0	15	50,0	5,0	15	50,0	5,0
	Ж	13	43,3	5,0	13	43,3	5,0	13	43,3	5,0
Тривожний розлад (20–56)	Ч	–	–	–	–	–	–	–	–	–
	Ж	5	16,7	3,7	3	10,0	3,0	5	16,7	3,7
Усього	Ч	30	100,0		30	100,0		30	100,0	
Усього	Ж	30	100,0		30	100,0		30	100,0	
Тривога, балів	Стать	КГ1			КГ2			КГ3		
		N	%	±m	N	%	±m	N	%	±m
		N	%	±m	N	%	±m	N	%	±m
Субклінічна тривога (< 8)	Ч	13	43,3	5,0	12	40,0	4,9	12	40,0	4,9
	Ж	11	36,7	4,8	14	46,7	5,0	13	43,3	5,0
Тривожний стан (8–20)	Ч	17	56,7	5,0	18	60,0	4,9	18	60,0	4,9
	Ж	13	43,3	5,0	12	40,0	4,9	12	40,0	4,9
Тривожний розлад (20–56)	Ч	–	–	–	–	–	–	–	–	–
	Ж	6	20,0	4,0	4	13,3	3,4	5	16,7	3,7
Усього	Ч	30	100,0		30	100,0		30	100,0	
Усього	Ж	30	100,0		30	100,0		30	100,0	

**Примітка.** \* імовірність помилки першого роду, рівень статистичної значимості між показниками –  $p < 0,05$  (достовірно значущі відмінності).

Тривожний стан діагностовано в 53,3 % КГА1, 50,0 % – КГА2 та 50,0 % – КГА3. У досліджених КГА симптомів тривоги, які б відпо-

відали тривожному розладу, не простежено. Психопатологічні симптоми, які за вираженістю досягали клінічно окресленої субклінічної тривоги, у жінок спостерігали в 40,0 % КГА1, 46,7 % – КГА2 і 40,0 % – КГА3. Тривожний стан діагностовано в 43,3 % КГА1, 43,3 % – КГА2 та 43,3 % – КГА3; тривожний розлад – відповідно, 16,7 % КГА1, 10,0 % КГА2 і 16,7 % КГА3. Середній бал за шкалою HARS у чоловіків КГА1 становили субклінічна тривога – 4,0 бали, тривожний стан – 13,0 балів. У КГА2 – відповідно, 5,0 і 14,0 балів, у КГА3 – 5,0 та 15,0 балів. Середній бал за шкалою HARS у жінок КГА1 такий: субклінічна тривога – 6,0 балів, тривожний стан – 14,0; у КГА2 – відповідно, 6,0 і 15,0 балів; у КГА3 – 7,0 та 12,0 балів.

Узагальнюючи, можемо зазначити, що в більшості чоловіків і жінок КГА тривожний розлад відповідав легкому та середньому ступеням вираженості ( $p < 0,05$ ). За об'єктивної оцінки виявлено, що близько 40,0 % чоловіків і жінок КГА приховували симптоми тривоги ( $p < 0,05$ ).

У КГ психопатологічні симптоми, які за вираженістю досягали клінічно окресленої субклінічної тривоги, у чоловіків виявлено в 43,3 % КГ1, 40,0 % – КГ2 та 40,0 % – КГ3. Тривожний стан діагностовано в 56,7 % КГ1, 60,0 % – КГ2 і 60,0 % – КГ3. Тривожний розлад не виявлено ( $p < 0,05$ ). Психопатологічні симптоми, які за вираженістю досягали клінічно окресленої субклінічної тривоги, у жінок простежено в 36,7 % КГ1, 46,7 % – КГ2 і 43,3 % – КГ3. Тривожний стан діагностовано в 43,3 % КГ1, 40,0 % – КГ2 та 40,0 % – КГ3. Тривожний розлад діагностовано у 20,0 % КГ1, 13,3 % – КГ2, 16,7 % – КГ3. Середній бал за шкалою HARS у чоловіків КГ1: субклінічна тривога – 8,0 балів, тривожний стан – 17,0, тривожний розлад – 42,0 бали, у КГ2 – 8,0; 18,0 та 45 балів; у КГ3 – 8,0; 19,0 і 46 балів. Середній бал за шкалою HARS у жінок КГ1 становили субклінічна тривога – 8,0 балів, тривожний стан – 18,0; тривожний розлад – 46,0 балів; у КГ2 – 8,0 балів, 19,0 і 47,0 балів; у КГ3 – 8,0, 19,0 та 50,0 балів.

Узагальнюючи оцінювання тривоги, можемо зазначити що за об'єктивним показником у більшості досліджених чоловіків КГ тривожний розлад відповідав середньому й тяжкому ступеню вираженості ( $p < 0,05$ ). Установлено, що близько 60,0 % чоловіків і жінок КГ мали схильність до «приховування» симптомів тривоги, що виявляється під час проведення об'єктивної оцінки ( $p < 0,05$ ).

За результатами міжгрупового кореляційного аналізу респондентів КГА (Ч+Ж) і КГ (Ч+Ж) відібрано симптоми депресії й тривоги за

шкалами Гамільтона (HDRS та HARS), у яких імовірність помилки першого роду, рівень статистичної значимості між показниками –  $p < 0,05$  (достовірно значущі відмінності). Відокремлені значущі показники (симптоми) як мішені психотерапевтичної роботи відібрано та покладено в обґрунтування комплексної системи сімейного консультування (психокорекції) порушень життєдіяльності родини при адюльтері.

У цілому в чоловіків і жінок кризових груп виявлено симптоми усього спектра тривожного реагування, а саме: тривожний настрій, напругу, інсомнію, серцево-судинні, респіраторні, вегетативні симптоми ( $p < 0,05$ ). За ступенем вираженості переважали симптоми «психічного» радикалу над проявами «соматичного» радикалу тривоги ( $p < 0,05$ ). У КГ встановлено все тривожне реагування (напруга, соматичні сенсорні симптоми, серцево-судинні, респіраторні, соматичні м'язикові, гастроінтестинальні, сечостатеві, вегетативні ( $p < 0,05$ )). За ступенем вираженості в КГ переважали симптоми «соматичного» над симптомами «психічного» радикалу тривоги ( $p < 0,05$ ).

Третім етапом дослідження стало виявлення функціональних розладів психічної діяльності, що виникають як реакція на значущі психотравмувальні події (конфлікти) і зумовлені недосконалістю механізмів психічного захисту. За результатом дослідження за допомогою клінічного опитувальника виявлення й оцінки невротичних станів К. Яхін, В. Менделевич, 2005 (Райгородский, 2001) встановлено палітру симптомів, за рахунок яких порушуються пізнавальні процеси.

За шкалою тривоги виявлено в чоловіків КГА1 – 30,0 %, КГА2 – 33,3 %, КГА3 – 36,7 %, у жінок – відповідно, КГА1 – 26,7 %, КГА2 – 36,7 %, КГА3 – 36,7 % ( $p < 0,05$ ). Тривожність у КГА характеризувалася як нестабільна реакція, яка негативно окреслює хвилювання «внутрішнього неспокою» й відчуття «необхідності якихось пошуків». Виявлено відсутність достовірно виражених ознак підвищеної стомлюваності, слабкості, зниження працездатності ( $p < 0,05$ ). Встановлено неусвідомлену тенденцію до заперечення психологічного конфлікту ( $p < 0,05$ ). Тривожність у КГ мала такий вигляд: у чоловіків КГ1 – 26,7 %, КГА – 40,0 %, КГА – 33,3 %; у жінок – відповідно, КГ1 – 30,0 %, КГ2 – 33,3 %, КГ3 – 36,7 % ( $p < 0,05$ ). Тривожність у КГ характеризувалася схильністю до сприйняття широкого кола ситуацій як загрозливих власній самооцінці, престижу, самоповазі. Чоловіки та жінки виявляли чутливість до імовірних подій або невдач, які можуть

трапитися чи статися, тенденцію до зниженого фону настрою, сумніви у відповідальних рішеннях, нав'язливі думки або дії, спрямовані на подолання власних страхів.

*Шкала невротичної депресії.* Виявлено в чоловіків КГА1 – 23,3 %, КГА2 – 36,7 %, КГА3 – 40,0 %, серед жінок – КГА1 – 26,7 %, КГА2 – 30,0 %, КГА3 – 43,3 % ( $p < 0,05$ ). Особи КГА з невротичною тривожністю характеризувалися такими рисами характеру, як прямолінійність, ригідність, безкомпромісність. Дослідженим властива емоційна насиченість переживань щодо адюльтеру з прагненням не утримання зовнішніх проявів почуттів. У чоловіків і жінок переважали сумний настрій, адинамія нерідко з явищами нав'язливості й іпохондричності. Вербально крізь депресивний фон проявлялася ситуація, яка травмувала чоловіків і жінок – ситуація адюльтеру. У чоловіків та жінок у першому плані іноді відзначалися вегетативно-соматичні порушення. Невротична депресія в КГ у чоловіків КГ1 – 26,7 %, КГА – 40,0 %, КГБ – 33,3 %, у жінок – відповідно, КГ1 – 26,7 %, КГ2 – 33,3 %, КГ3 – 40,0 % ( $p < 0,05$ ). У досліджених КГ простежено тужливе ставлення щодо перспективного майбутнього. Вербально крізь депресивний фон проявлялася ситуація, яка травмувала чоловіків та жінок – криза сімейних відносин. Виявлено, що депресивна симптоматика часто стосувалася сімейно-сексуальних взаємин, а досліджувані частіше «рятувалися втечею в роботу». Перебіг невротичної депресії мав хвилеподібний перебіг зі сльозливістю. Невротична депресія характеризувалася «легкими формами» зі скаргами на зниження активності, постійні порушення сну (утруднене засинання або раптові пробудження серед ночі з відчуттям тривоги й серцебиттям; у ранкові години – розбитість і млявість), смуток, утрату радості від життя. Придушення негативних емоцій викликало вегетативно-соматичні розлади, а саме: коливання артеріального тиску, серцебиття, запаморочення, дисфункції шлунково-кишкового тракту. Знижений настрій часто супроводжувався стійкою артеріальною гіпотензією й симптомами спастичного коліту

За шкалою астенії виявлено в чоловіків КГА1 – 23,3 %, КГА2 – 40,0 %, КГА3 – 36,7 %; серед жінок – КГА1 – 26,7 %, КГА2 – 33,3 %, КГА3 – 40,0 % ( $p < 0,05$ ). У КГА астенічні прояви розвивалися повільно (стомлюваність, дратівливість, «втома, що не шукає спокою»). У тяжких випадках це супроводжувалось аспонтанністю, пасивністю, адинамією, порушенням сну. Проявом астенічного кола були емоційна

нестійкість, образливість, вразливість, слабкість, підвищена стомлюваність, труднощі концентрації уваги. Поверховий і тривожний сон характеризувався відчуттям, що не відпочили, труднощами засинання й прокидання. Астенія у КГ мала такий вигляд: у чоловіків КГ1 – 30,0 %, КГА – 36,7 %, КГА – 33,3 %; у жінок – відповідно, КГ1 – 26,7 %, КГ2 – 30,0 %, КГ3 – 43,3 % ( $p < 0,05$ ). Астенічні прояви в КГ проявлялися підвищеною стомлюваністю, ослабленням або втратою здатності до тривалої фізичної й розумової напруги. У жінок простежено дратівливу слабкість, що виражалася збудливістю та виснаженістю, слізливістю, гіперестезією, у чоловіків – афективною лабільністю з переважанням зниженого настрою з рисами примхливості й невдоволення.

За шкалою істеричного типу реагування, відповідно, виявлено в чоловіків КГА1 – 30,0 %, КГА2 – 30,0 %, КГА3 – 40,0 %, серед жінок – КГА1 – 30,0 %, КГА2 – 23,0 %, КГА3 – 46,7 % ( $p < 0,05$ ). У КГА аналіз істеричного кола реагування засвідчив, що конверсійні прояви спрямовані на звільнення від зовнішніх і внутрішніх обов'язків та є заклик до навколишнього світу для привернення уваги. У глибині проявів «ховається» сімейна криза, прояви слугують метою отримання користі шляхом утворення істеричного симптому з певним задоволенням від витіснених спонук (первинна користь від кризи). Завдяки зовнішній увазі у вигляді адюльтеру досягається нарцистичне задоволення (вторинна користь від кризи). Конверсійні реакції властиві істеричним і нарцистичним типам досліджуваних, а за інтенсивністю й формою залежали від соціальних умов, навколишнього світу, тривоги та оцінки близьких. Істеричне реагування в КГ мало такий вигляд: у чоловіків КГ1 – 26,7 %, КГА – 36,7 %, КГА – 36,7 %, у жінок – КГ1 – 30,0 %, КГ2 – 26,7 %, КГ3 – 43,3 % ( $p < 0,05$ ). У досліджених КГ аналіз істеричного кола реагування дав підставу стверджувати про витіснений душевний конфлікт у кризовий період родини, соматичну симптоматику, що спрямовані на неусвідомлені від конфлікту символічні вигоди. Істеричні – конверсійні розлади треба розглядати як апеляцію. Символічно вони виражають умовний «докір»: «від мене нічого більше не можна вимагати, зі мною трапилося лихо, тепер нарешті про мене будуть піклуватися».

За шкалою obsesивно-фобічних порушень виявлено в чоловіків КГА1 – 30,0 %, КГА2 – 30,0 %, КГА3 – 40,0 % ( $p < 0,05$ ); у жінок – КГ1 – 26,7 %, КГ2 – 30,0 %, КГ3 – 43,3 % ( $p < 0,05$ ). У респондентів

КГА аналіз obsесивно-фобічного кола реагування засвідчив, що obsесії, які виникали, були пов'язані з фактом адюльтеру (викликали небажані уявлення, думки, образи або спонування). Obsесії часто спричиняли тривогу. Obsесивно-фобічні порушення в КГ у чоловіків були такі: КГ1 – 23,3 %, КГА – 40,0 %, КГА – 36,7 %; у жінок – КГ1 – 26,7 %, КГ2 – 33,3 %, КГ3 – 40,0 % ( $p < 0,05$ ). Obsесивно-фобічні порушення в КГ характеризувалося тим, що були іноді настільки тяжкими, що самі ставали причиною порушення сімейного функціонування. Коло obsесивно-фобічних проявів можна було трактувати як проблему «очікування» повторного адюльтеру від партнера.

За шкалою вегетативних порушень виявлено в чоловіків КГА1 – 26,7 %, КГА2 – 33,3 %, КГА3 – 40,0 %; серед жінок – КГА1 – 30,0 %, КГА2 – 33,3 %, КГА3 – 36,7 % ( $p < 0,05$ ). Вегетативні порушення в КГ були такі: у чоловіків КГ1 – 23,3 %, КГА – 43,7 %, КГА – 33,3 %; у жінок – КГ1 – 30,0 %, КГ2 – 30,0 %, КГ3 – 40,0 % ( $p < 0,05$ ). У досліджених КГА та КГ прояви вегетативних порушень на тлі тривалої психофізичної напруги внаслідок сімейної кризи були подібні (слабкість, зниження концентрації уваги та працездатності). Респондентам властиві зниження активності, боязкість, слабкість, коливання настрою, мушки перед очима, розлади сну, тремтіння пальців, пригніченість, тиск у голові, головний біль, періодичні запаморочення, відсутність апетиту, шлунково-кишкові розлади; порушення потенції або лібідо.

Факторний аналіз невротичних станів засвідчив, що дослідженим КГА та КГ властиві нозогенне й соматогенне психологічне реагування (неадекватне реагування на сімейну кризу), що відображено в табл. 3. У КГА перший фактор (25,0 %) характеризувався високими навантаженнями (0,80 і 0,81) за шкалами тривоги й астенії. Клінічна картина цього фактора відзначалася проявами тривоги з підвищеною стомлюваністю, виснаженістю, дратівливістю. Другий фактор (30,0 %) характеризувався високим навантаженням на істеричні маркери реагування (0,83), що вказує на конверсійну симптоматику у формуванні нозогенного психологічного реагування.

Третій фактор (25,0 %) виражався депресивно-фобічною симптоматикою з вегетативними проявами (0,72, 0,71 і 0,96). Установлено, що астеничне психологічне реагування зумовлене декомпенсацією сфер психічної діяльності й супроводжується явищами астенії та іпохондрії. У досліджених КГ перший (35,0 %) фактор проявлявся

вегетативними проявами конверсії – нудотою, тахікардією (0,87, 0,95). Другий фактор (28,0 %) характеризувався симптомами виснаження (стомлюваність, слабкість, зниження ініціативи), астено-депресивними (невротична депресія) й іпохондричними проявами (0,80, 0,86). Клінічна картина третього фактора (25,0 %) складалася з тривожно-фобічних проявів, що траплялися в рамках астеничного реагування (0,72, 0,87). Так, астенодепресивні явища відзначалися підвищеною стомлюваністю, дратівливістю, нестійкістю, болісно загостреною сенситивністю, гіперестезією, ослабленням здатності до тривалого фізичного й розумового навантаження.

*Таблиця 3*

**Факторний аналіз структури нозогенного та соматогенного психологічного реагування в КГА**

Шкала	Стать	I фактор: ч – 25,0 %; ж – 35,0 %	II фактор: ч – 30,0 %; ж – 28,0 %	III фактор: ч – 25,0 %; ж – 25,0 %
Тривога	Ч	0,80*	0,16	0,18
	Ж	0,15	0,52	0,72*
Невротична депресія	Ч	0,36	0,42	0,72*
	Ж	-0,21	0,80*	-0,66
Астенія	Ч	0,81*	-0,3	-0,15
	Ж	0,39	0,86*	0,2
Істеричне реагування	Ч	-0,04	0,83*	-0,02
	Ж	0,87*	0,92	0,23
Обсесивно-фобічні включення	Ч	-0,03	0,08	0,71*
	Ж	0,26	-0,13	0,87*
Вегетативні розлади	Ч	-0,08	-0,12	0,96*
	Ж	0,95*	-0,31	0,4

**Примітка.** \* – імовірність помилки першого роду, рівень статистичної значимості між показниками –  $p < 0,05$  (достовірно значущі відмінності).

Зі свого боку, астеноневротичні прояви розвивалися поступово на тлі психотравмувальної ситуації, кризи взаємин у сім'ї. Характерними симптомами для КГА були відчуття нездужання, стомлюваності, млявості, загальної слабкості; інтрасомнічних розладів, відчуття втоми, головний біль, зниження концентрації уваги. Для КГ властиві невдоволення зниженням продуктивності, внутрішнє напруження, почуття незадоволеності результатами своєї праці (відповідальність перекладалася на близьких). Із боку вегетативних проявів для дослі-

джених КГА та КГ характерні шум у вухах, запаморочення, неприємні відчуття в ділянці серця, серцебиття, пітливість, похолодання кінцівок, що посилювалося під час хвилювання й психоемоційних навантажень.

**Висновки.** Установлено, що за *ступенем тяжкого депресивного* епізоду переважали досліджені КГ над КГА. У КГА й КГ в усіх кризових групах виявлено симптоми депресивного реагування. Виявлено, що в КГА *тривожний розлад* відповідав легкому та середньому ступеням вираженості, у КГ – середньому та тяжкому ( $p < 0,05$ ). У КГА 40,0 % чоловіків і жінок, а в КГ – 60,0 % приховували симптоми тривоги ( $p < 0,05$ ). За ступенем вираженості в КГА переважали «психічні» симптоми тривоги над «соматичними» ( $p < 0,05$ ), у КГ – навпаки, «соматичний» радикал тривоги над «психічним» ( $p < 0,05$ ).

Психоемоційна сфера в КГА характеризувалася неусвідомленим запереченням психологічного конфлікту ( $p < 0,05$ ), у КГ – схильністю до сприйняття широкого кола ситуацій як загрозливих для самооцінки, самоповаги ( $p < 0,05$ ). Досліджені КГА з невротичною тривожністю вербально через депресивний фон проявляли травмувальну ситуацію адюльтеру ( $p < 0,05$ ), у КГ – кризу сімейних відносин із «втечею в роботу». У КГ істеричне реагування проявлялося витісненням душевного конфлікту в соматичну сферу з наявністю не усвідомлених від конфлікту символічних «умовних вигод» ( $p < 0,05$ ). Обсесивно-фобічне коло реагування в КГ характеризувалося як «очікування» повторного адюльтеру від партнера ( $p < 0,05$ ).

Факторний аналіз *невротичних станів* у КГА виявив тривожні, астеничні й істеричні симптоми, що вказує на конверсійне нозогенне психологічне реагування, а також депресивно-фобічні й вегетативні прояви. У КГ установлено тривожно-фобічні прояви в рамках астеничного реагування, вегетативні прояви конверсії, виснаження, астено-депресивні й іпохондричні прояви. Перспективи подальшого дослідження в цьому напрямі полягають у науковому обґрунтуванні й розробці заходів специфічної допомоги у вигляді сімейного консультування (психокорекції) порушень життєдіяльності в родині при адюльтері.

### Література

1. Эйдемиллер, Э. Г., Юстицкий, В. В. (2008). *Психология и психотерапия семьи*. Санкт-Петербург: Питер, 672 с.



2. Мешковська, О. А. (2005). *Варіанти, форми і психокорекція дезадаптації подружньої пари при позашлюбних зв'язках і венеричних захворюваннях жінок* (Автореф. дис. ... канд. мед. наук за спец. 19.00.04 – медична психологія). ХМАПО МОЗ України. Харків, 27 с.

3. Кришталь, В. В., Андрух, Г. П. (1996) *Сексуальна гармонія супружеской пары*. Харьков: Велес, 160 с.

4. Eysenck, H. J. (1971) Personality and Sexual Adjustment. *The British Journal of Psychiatry*, 118, 547, June 1971, 593–608. <https://doi.org/10.1192/bjp.118.547.593>

5. Eysenck, H. J. (1972) Personality and sexual behaviour. *Journal of Psychosomatic Research*, 16, 141–152. Persamon Press, 1972. Printed in Northern Ireland URL: [https://hanseysenck.com/wp-content/uploads/1972\\_eysenck\\_personality\\_and\\_sexual\\_behaviour\\_journal\\_of\\_psychosomatic\\_research.pdf](https://hanseysenck.com/wp-content/uploads/1972_eysenck_personality_and_sexual_behaviour_journal_of_psychosomatic_research.pdf)

6. Кратохвил, С., Васильченко, Г. С., Данилова, Т. В. (2008). *Психотерапия супружеских отношений*. Санкт-Петербург: Медицина, 327 с.

7. Каденко, О. А. (2007). *Подружня дезадаптація та позашлюбні сексуальні зв'язки* (Автореф. дис. ... д-ра мед. наук за спец. 19.00.04 – медична психологія). ХМАПО МОЗ України. Харків, 28 с.

8. Роджерс, К. (2001) *Психологія подружніх відносин. Можливі альтернативи*/пер. з англ. В. Гаврилова. Москва: Изд-во Эксмо, 288 с. URL: <http://socio.125mb.com/psihologiya-suprujeskih-otnosheniy-vozmojnyie.html>

9. Андреева, Т. В. (2005) *Психологія сучасної сім'ї*. Монографія. Санкт-Петербург: Речь, 436. URL: <http://socio.125mb.com/psihologiya-sovremennoy-semi-monografiya-spb.html>

10. Prib, H., Bondar, S. (2019). Psychological and psychoemotional disorders of family functioning. *Psychological Prospects Journal*, (34), 206–218. <https://doi.org/10.29038/2227-1376-2019-34-206-218>

11. Шевчишена, О. В. (2009) Вплив соціально-психологічних установок на сімейне життя та виникнення конфліктів у молодій сім'ї. *Проблеми загальної та педагогічної психології*. Зб. наук. праць Ін-ту психології ім. Г. С. Костюка АПН України/за ред. Максименка С. Д. Київ: ГНОЗІС, Т. XI, ч. 2, 523–532.

12. Воронина, Т. Н., Лукьянов, А. С. (2015). *Психология супружеской измены: причины, готовность, гендерные различия. Современные проблемы науки и образования*, 2. URL: <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=22157>

13. Хлопоніна, Н. Є. (2003) Вплив рольових очікувань подружжя на характер сімейного спілкування. *Актуальні проблеми психології*. Т. 3: Консультативна психологія і психотерапія: зб. наук. праць Ін-ту психології ім. Г. С. Костюка АПН України/за ред. Максименка С. Д., Кісарчук З. Г. Київ: Міленіум, 2, 132–137.

14. Ethical principles of psychologists and code of conduct/American Psychological Association. Effective June 1, 2003 (as amended 2010, 2016). Effective January 1, 2017 Available at: <https://www.apa.org/ethics/code/ethics-code-2017.pdf>

15. *Практическая психодиагностика. Методики и тесты*. Учеб. пособие (2001)/под ред. Д. Я. Райгородского. Самара: Бахрах–М, 672 с.

16. Бююль, А., Цефель, П. (2002). *SPSS: искусство обработки информации. Анализ статистических данных и восстановление скрытых закономерностей*. Санкт-Петербург: ДиаСофтЮП, 608 с.

17. Guelfi, G. D. (1993) *Devaluation clinique standardis ee en psychiatic, psycho-pathologie denerale. Depression, anxiete, et anxiodepression*. Editions Medicales Pierre Fabre.

## References

1. Eydemiller, E. G., Yustitskiy, V. V. (2008). *Psihologiya i psihoterapiya semi* [Psychology and psychotherapy of the family]. Sankt-Peterburg: Piter, 692 p. (in Russian).

2. Mieshkovska, O. A. (2005). *Varianty, formy i psykhokorektsiia dezadaptatsii podruznoi pary pry pozashliubnykh zviazkakh i venerychnykh zakhvoriuvanniakh zhinok* [Variants, forms and psychocorrection of spouses desadaptation at fornication and venereal diseases in women]. Extended abstract of candidate's thesis. Kharkiv: KhMAPO MOZ Ukrainy, 27 p. (in Ukrainian).

3. Krishtal', V. V., Andrukh, G. P. (1996) *Seksual'naya garmoniya supruzheskoy pary* [Sexual harmony of a married couple]. Kharkiv: Veles, 160 p. (in Ukrainian).

4. Eysenck, H. J. (1971) *Personality and Sexual Adjustment*. *The British Journal of Psychiatry*, 118, 547, June 1971, 593–608. <https://doi.org/10.1192/bjp.118.547.593> [in English].

5. Eysenck, H. J. (1972) *Personality and sexual behaviour*. *Journal of Psychosomatic Research*, 16, 141–152. Persamon Press, 1972. Printed in Northern Ireland URL: [https://hanseysenck.com/wp-content/uploads/1972\\_eysenck\\_personality\\_and\\_sexual\\_behaviour\\_journal\\_of\\_psychosomatic\\_research.pdf](https://hanseysenck.com/wp-content/uploads/1972_eysenck_personality_and_sexual_behaviour_journal_of_psychosomatic_research.pdf) (in English).

6. Kratochvil, S., Vasilchenko, G. S., Danilova, T. V. (2008). *Psihoterapiya supruzheskih otnosheniy* [Psychotherapy marital relations]. Sankt-Peterburg: Meditsina, 327 p. (in Russian).

7. Kadenko, O. A. (2007). *Podruznhia dezadaptatsiia ta pozashliubni seksualni zviazky* [Spouses desadaptation and extramarital sexual relations.]. Extended abstract of candidate's thesis. Kharkiv: KhMAPO MOZ Ukrainy, 28 p. (in Ukrainian).

8. Rodzhers, K. (2001) *Psykholohiya podruznykh vidnosyn. Mozhlyvi al'ternatyvy* [Psychology of marital relations. Possible alternatives]. Per. z anhl. V. Havrylova. Moskva: Yzd-vo Eksmo, 288 p. URL: <http://socio.125mb.com/psihologiya-suprujeskih-otnosheniy-vozmojnyie.html> (in Russian).

9. Andryeyeva, T. V. (2005) *Psykholohiya suchasnoyi sim'yi*. [Psychology of the modern family]. Monohrafiya. Sankt-Peterburg: Rech', 436 p. URL: <http://socio.125mb.com/psihologiya-sovremennoy-semi-monografiya-spb.html> (in Russian).

10. Prib, H., Bondar, S. (2019). *Psychological and psychoemotional disorders of family functioning*. *Psychological Prospects Journal*, (34), 206–218. <https://doi.org/10.29038/2227-1376-2019-34-206-218> (in Ukrainian).

11. Shevchyshena, O. V. (2009) Vplyv sotsial'no-psykhologichnykh ustanovok na simeyne zhyttya ta vynyknennya konfliktiv u molodiy sim"yi. *Problemy zahal'noyi ta pedahohichnoyi psykhologiyi. Zbirnyk naukovykh prats' Instytutu psykhologiyi im. H. S. Kostyuka APN Ukrayiny/za red. Maksymenka S. D.*, Kyiv: HNOZIS, T. KHI., 2, 523–532 (in Ukrainian).

12. Voronina, T. N., Lukyanov, A. S. (2015). Psihologiya supruzheskoy izmenyi: Prichiny, gotovnost, gendernyye razlichiya [Psychology of adultery: causes, preparedness, gender differences]. *Sovremennyye problemy nauki i obrazovaniya – Modern problems of science and education*, 2. URL: <https://www.scienceeducation.ru/ru/article/view?id=22157> (in Russian).

13. Khloponina, N. YE. (2003) Vplyv rol'ovykh ochikuvan' podruzzhzha na kharakter simeynoho spilkuvannya. *Aktual'ni problemy psykhologiyi*, T. 3: *Konsul'tatyvna psykhologiya i psykhoterapiya: Zb. naukovykh prats' Instytutu psykhologiyi im. H. S. Kostyuka APN Ukrayiny/Za red. Maksymenka S. D., Kisarchuk Z. H.* Kyiv: Milenium, 2, 132–137 (in Ukrainian).

14. Ethical principles of psychologists and code of conduct/American Psychological Association. Effective June 1, 2003 (as amended 2010, 2016). Effective January 1, 2017 Available at: <https://www.apa.org/ethics/code/ethics-code-2017.pdf>

15. Raygorodskiy, D. Ya. (Eds.). (2001). *Prakticheskaya psihodiagnostika. Metodiki i testyi. Uchebnoe posobie* [Practical psychodiagnosics. Methods and tests. Tutorial]. Samara: «Bahrah-M», 672 p. (in Russian).

16. Byuyul, A., Tsefel, P. (2002). SPSS: iskusstvo obrabotki informatsii. Analiz statisticheskikh dannyih i vosstanovlenie skryityih zakonomernostey [SPSS: the art of information processing. Analysis of statistical data and restoration of hidden patterns]. Sankt-Peterburg: DiaSoftYuP, 608 p. (in Russian).

17. Guelfi, G. D. (1993) Standartizirovannaya klinicheskaya otsenka v psikiatricheskoy, psikhonevrologicheskoy psikhopatologii. Depressiya, trevoga i trevozhnaya depressiya [Devaluation clinique standardis ee en psychiatric, psychopathologie denerale. Depression, anxiete, et anxiodepression]. *Izdaniya Medi-cales P'yera Fabra* (in English).

Received: 16.02.2020

Accepted: 02.03.2020