



Медична Психологія

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

НАУКОВИЙ ЖУРНАЛ

**Том 10,
№ 4(40)'2015**

Заснований 06.04.2006

ЗАСНОВНИКИ, ВИДАВЦІ

Харківська медична академія
післядипломної освіти

Харківське медичне
товариство

Реєстраційне свідоцтво
КВ № 10306 от 22.08.2005 г.

Періодичність — 4 рази на рік

Згідно з додатком 11 до наказу
Міністерства освіти і науки
України 29.12.2014 р. № 1528
журнал внесено до переліку
наукових фахових видань
України з психологічних
і медичних наук

Рекомендовано до друку
вченою радою Харківської
медичної академії
післядипломної освіти
27.11.2015 р. (протокол № 10)

Надруковано в типографії
ПП Цуварева Н. М.
61166 Харків,
просп. Леніна, 26

Тираж 500

Передплатний індекс 94602

Головний редактор професор **О. Г. ЛУЦЕНКО**

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

професор **В. А. АБРАМОВ**, чл.-кор. АПНУ **Л. Ф. БУРЛАЧУК**, професор **Б. М. ВОРНИК**,
професор **В. Л. ГАВЕНКО**, професор **Є. Л. ГЛИВА** (Австралія), професор **С. Р. ГРИГОРЯН**,
професор **О. В. ГРИЩЕНКО**, професор **Б. Л. ГУЛЬМАН**, професор **Б. М. ДАЦЕНКО**,
професор **О. М. КАСЬЯНОВА**, професор **О. М. КОВАЛЬОВА**, професор **В. М. КОЗІДУБОВА**,
професор **Г. С. КОЧАРЯН**, професор **О. С. КОЧАРЯН**, професор **Є. В. КРИШТАЛЬ**,
академік **С. Д. МАКСИМЕНКО**, професор **М. В. МАРКОВА**, професор **Н. О. МАРУТА**,
професор **Б. В. МИХАЙЛОВ**, професор **О. К. НАПРІЄНКО**, професор **В. С. ПІДКОРИТОВ**,
професор **А. ПРІТЦ** (Австрія), професор **І. К. СОСІН**, професор **Р. ТРАЧ** (США),
професор **А. ФАБІАН** (Словаччина), професор **М. І. ХВИСЮК**, професор **О. М. ХВИСЮК**,
професор **Л. Ф. ШЕСТОПАЛОВА**

Відповідальний секретар доцент **Н. К. АГШЕВА**

Зав. редакцією **Т. А. КОПТЄВА**

АДРЕСА РЕДАКЦІЇ:

Україна, 61023 Харків, вул. Мироносицька, 81/85

Тел. (057) 705-02-92, 725-06-76

Факс (057) 705-02-92

E-mail: ed@mps.kh.ua

Web site: www.mps.kh.ua

Відповідальність за достовірність фактів, дат, назв, імен, прізвищ, цифрових даних,
що наводяться в публікаціях, несуть автори статей. Відповідальність за інформацію
в рекламі несуть рекламодавці.

© Харківська медична академія післядипломної освіти, оформлення, 2006

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК УСТАНОВОК ДО СЕКСУ ТА АКТУАЛЬНОГО ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ЖІНОК ІЗ РІЗНИМ СІМЕЙНИМ СТАТУСОМ

Харківський національний педагогічний університет імені Г. С. Сковороди

Проаналізовано підходи щодо дослідження сексуальних проблем та їх впливу на психосоматичне здоров'я людей. Обґрунтовано важливість дослідження цих проблем у жінок, які перебувають у кризових станах, та необхідність визначення зв'язків установок до сексу з актуальним психоемоційним станом (психопатологічна симптоматика, психосоціальний стрес, тривога та депресія). Отримані результати свідчать про необхідність проведення психопрофілактичних заходів, корекції психоемоційного стану та установок до сексу як факторів ризику психосоматичних захворювань.

Ключові слова: установки до сексу, актуальний психоемоційний стан, психопатологічна симптоматика, психосоціальний стрес, тривога та депресія, жінки з кризових сімей.

Сексуальність відіграє важливу роль у реалізації якісного особистісного та суспільного життя індивідуума. Ця проблема перебуває у центрі уваги вітчизняної та закордонної медицини та психології (В. В. Кришталь, Є. В. Кришталь, Л. Ф. Шестопалова, М. В. Маркова, Г. С. Кочарян, А. С. Кочарян, С. Р. Григорян, Г. Є. Введенський, Н. В. Дворянчиков та ін.). Сексуальність досліджується різними науками: соціологією, педагогікою — проблеми сексуальної соціалізації та просвіти, філософією, психологією.

Досліджуючи соціально-психологічні фактори формування сексуального сценарію особистості, О. В. Іоффе [1] підкреслювала, що найбільш значущими факторами формування міжособистісного сексуального сценарію є: особливості ціннісно-значеннєвої сфери особистості, негативний/позитивний досвід дитячо-батьківської взаємодії; частота переживання у дитячому і підлітковому віці обставин, що погрожують гармонічному психологічному розвитку особистості і викликають сильне хвилювання та нервово-психічну напругу. При цьому специфіка сексуальної поведінки визначається не статтю респондентів, а особистісними особливостями, пов'язаними з впливом гендерної системи і досвідом міжособистісних відносин.

Дослідники говорять про те, що близько 43% жінок і 31% чоловіків указують на існування сексуальних порушень різного ступеня вираженості [2]. Розлади сексуальної сфери у теперішній час є досить частим явищем, що має значну розповсюдженість у загальній популяції. Однак найбільшою мірою ця проблема стосується пацієнтів, які страждають від депресивних розладів. Проблем сексуального характеру зазнають до 70% пацієнтів із депресіями, при цьому у жінок найпоширенішою скаргою є зниження лібідо, тоді як у чоловіків — еректильна дисфункція [3–5].

Існують експериментальні дані, які показують, що порушення статеворольових утворень особистості можуть призвести до формування соматичних захворювань, неврозів, негативно впливає на подружнє життя і може призвести до дезадаптації та виникнення залежних відносин [6].

Існують дослідження, що стосуються розлучених чоловіків та жінок, значна частина яких із певних невротичних, психологічних та сексологічних причин не можуть одружитися вдруге і залишаються самотніми.

Таким чином, якщо ми говоримо про фруструючі умови сімейного життя, то дезадаптація до цих умов виражається у нервово-психічній нестійкості. Фрустраційна толерантність — гранична величина рівня напруги, перевищення якого деструктивно впливає на психіку та поведінку людини. Зростання напруженості, спричиненої стеничними емоціями, які, наприклад, переживає жінка, опинившись у складних умовах сімейної кризи, може перевищити її індивідуальний поріг толерантності до того, як система психічних реакцій дасть змогу особистості знайти конструктивні шляхи виходу із ситуації та забезпечить її успішну переадаптацію. У цьому випадку напруга продовжує наростати на тлі переважання тривожних емоцій, що, у свою чергу, продовжує дезорганізацію психічної діяльності, виснажуючи психічні можливості жінки, та призводить до деструктивного реагування [7].

Згідно із З. Фрейдом, витиснуті сексуальні переживання є причиною виникнення різних невротичних розладів [8]. К. Імелінський [9] підкреслює значну роль сексуальних проблем в етіопатогенезі неврозів. Інші дослідники серед провідних причин звернення до сексопатолога називають, зокрема, тривожно-фобічні розлади. У межах цієї нозології виділяють синдром тривожного очікування сексу-

альної невдачі, який виявляється у ситуаційних сумнівах щодо своїх здібностей провести статевий акт відповідно до певного зразка. Дослідники також відзначають коїтофобію, яку відносять до тривожно-фобічних та obsесивно-компульсивних розладів. Треба зазначити, що obsесивно-фобічні розлади сексуального змісту різко знижують якість життя пацієнта, позначаються на репродуктивній поведінці, соціальній та трудовій активності [10]. Тому вважаємо актуальним, доречним і своєчасним проаналізувати зв'язки установок до сексу жінок із такими шкалами психоемоційного стану, як психопатологічна симптоматика, тривога, депресія, психосоціальний стрес.

Мета цієї роботи — провести аналіз та виявити закономірності зв'язків установок до сексу з актуальним психоемоційним станом у жінок із кризових сімей та звичайних сімей.

До складу вибірки увійшли 350 жінок віком 29–56 років: 224 особи з кризових сімей (перша група) та 126 зі звичайних (друга група). Одержані результати були піддані математико-статистичній обробці за допомогою кореляційного аналізу Пірсона на базі пакету SPSS-21.

Обстеження жінок проводилося за методиками: опитувальник установок до сексу (Г. Айзенк), опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики Л. Дерогатис и др., шкала психосоціального стресу Л. Рідера, госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS) (A. S. Zigmond, R. P. Snaith).

Аналіз значущих взаємозв'язків установок до сексу зі шкалами актуального емоційного стану жінок із кризових та звичайних сімей показав наявність значущих кореляцій.

У жінок із кризових сімей шкала дозволу корелює зі шкалами obsесивно-компульсивних розладів ($-0,141, p < 0,05$), фобічної тривожності ($-0,139, p < 0,05$), паранояльної симптоматики ($-0,174, p < 0,01$), психотизму ($-0,188, p < 0,01$), симптоматикою, що визначається за шкалою додаткових питань ($-0,175, p < 0,01$), загальним рівнем психічного дистресу ($-0,146, p < 0,05$) та госпітальною шкалою тривоги ($-0,152, p < 0,05$). Тобто жінки з кризових сімей відзначаються сучасним, легким ставленням до сексу, розглядаючи секс як задоволення, що зворотно взаємопов'язано з переліченими шкалами психопатологічної симптоматики та тривоги.

Реалізованість у сексі для більшості людей є привабливим станом, а низький бал є ознакою серйозного розчарування цими відносинами. Високий рівень реалізованості у жінок першої групи взаємообумовлений з міжособистісною сензитивністю ($-0,141, p < 0,05$), депресією ($-0,185, p < 0,01$), загальним рівнем психічного дистресу ($-0,142, p < 0,05$), госпітальними шкалами тривоги ($-0,180, p < 0,01$) і депресії ($-0,142, p < 0,05$)

та показниками психосоціального стресу ($-0,171, p < 0,05$). Сексуальна реалізованість обумовлює зниження показників психопатологічної симптоматики, тривоги, депресії та рівня психосоціального стресу.

У першій групі жінок встановлено взаємозв'язок рівня сексуальної невротичності зі шкалою психотизму ($0,184, p < 0,01$), тобто незадоволеність, розчарування своїм сексуальним життям, яке часто призводить до невротичних сексуальних реакцій, тобто до деякого розбалансування поведінки людини, прямо пов'язане з унікаючим, ізольованим, шизоїдним стилями поведінки.

Сексуальна сором'язливість розкривається через взаємообумовленість із obsесивно-компульсивними розладами ($0,175, p < 0,01$), міжособистісною сензитивністю ($0,207, p < 0,01$), тривожністю ($0,250, p < 0,01$), ворожістю ($0,142, p < 0,05$), фобічною тривожністю ($0,182, p < 0,01$), психотизмом ($0,203, p < 0,01$) та загальним рівнем психічного дистресу ($0,202, p < 0,01$).

Прямий зв'язок виявлено у шкалі цнотливості з показниками соматизації ($0,181, p < 0,01$), obsесивно-компульсивних розладів ($0,155, p < 0,05$), тривожності ($0,194, p < 0,01$), ворожості ($0,153, p < 0,05$), психотизму ($0,181, p < 0,01$) та загального рівня психічного дистресу ($0,163, p < 0,05$). Тобто чим більше жінки з кризових сімей утримуються від проявів сексуальної пристрасті, тим більшими є показники психопатологічної симптоматики.

Аналіз результатів показав наявність значущих кореляцій сексуальної збудливості з почуттям особистісної неадекватності та неповноцінності, особливо коли жінка порівнює себе з іншими ($-0,140, p < 0,05$), тобто з міжособистісною сензитивністю. Прагнення жінок бути на висоті фізичного сексу, якому вони віддають перевагу і цінують вище, ніж інші, більш духовні цінності, характеризується через зв'язок з obsесивно-компульсивними розладами ($-0,218, p < 0,01$), міжособистісною сензитивністю ($-0,267, p < 0,01$) та загальним рівнем психічного дистресу ($-0,145, p < 0,05$).

Схильність до ворожості та агресивних імпульсів щодо своїх сексуальних партнерів корелює із соматизацією ($0,133, p < 0,05$), тобто агресивний секс викликає відчуття тілесної дисфункції. При цьому треба враховувати, що симптоми та ознаки можуть указувати на наявність розладів і бути проявами реальних соматичних захворювань.

Результати дослідження двох «супершкал», які інтегрують виявлені взаємозв'язки попередніх «простих» шкал, свідчать про наявність значущих кореляцій зі шкалами психопатологічної симптоматики. Однак, якщо шкала сексуального лібідо корелює тільки з міжособистісною сензитивністю ($-0,148, p < 0,05$), то за шкалою сексуальної

задоволеності визначено зв'язки зі шкалами міжособистісної сензитивності ($-0,167, p < 0,05$), депресії ($-0,182, p < 0,01$), фобічної тривожності ($-0,136, p < 0,05$), психотизму ($-0,141, p < 0,05$), додаткових питань ($-0,146, p < 0,05$), загального рівня психічного дистресу ($-0,187, p < 0,01$) та госпітальною шкалою тривоги ($-0,149, p < 0,05$).

Показники маскулінності — фемінінності розкриваються через зв'язок із показниками обсессивно-компульсивних розладів ($-0,188, p < 0,01$), міжособистісної сензитивності ($-0,239, p < 0,01$), тривожності ($-0,183, p < 0,01$), ворожості ($-0,203, p < 0,01$) та загального рівня психічного дистресу ($-0,215, p < 0,01$). Отже, чим більше поведінка жінок із кризових сімей у сексуальних питаннях відповідає образу типового для нашого суспільства чоловіка і не відповідає типовому жіночому образу, тим менш характерним для неї будуть певні психопатологічні розлади.

Взаємозв'язок психопатологічної симптоматики, рівнів тривоги, депресії та показників психосоціального стресу зі шкалами знеособленого сексу, порнографії та відрази до сексу не виявлено.

Установлено, що у жінок зі звичайних сімей також не має взаємозв'язку психопатологічної симптоматики, рівнів тривоги, депресії та показників психосоціального стресу зі шкалами знеособленого сексу, порнографії та відрази до сексу. Крім того, в цій групі жінок відсутній зв'язок зі шкалами сексуальної збудливості, фізичного та агресивного сексу. Шкала дозволу у жінок зі звичайних сімей корелює зі шкалами соматизації ($-0,231, p < 0,01$), міжособистісної сензитивності ($-0,179, p < 0,05$), тривожності ($-0,208, p < 0,05$), ворожості ($-0,251, p < 0,01$), фобічної тривожності ($-0,252, p < 0,01$), паранояльної симптоматики ($-0,362, p < 0,01$), психотизму ($-0,391, p < 0,01$), симптоматикою, що визначається за шкалою додаткових питань ($-0,211, p < 0,05$), та загальним рівнем психічного дистресу ($-0,288, p < 0,01$).

Високий рівень реалізованості жінок цієї групи взаємообумовлений із міжособистісною сензитивністю ($-0,184, p < 0,05$). У них відзначено взаємозв'язок рівня сексуальної невротичності зі шкалами тривожності ($0,197, p < 0,05$), ворожості ($0,278, p < 0,01$), фобічної тривожності ($0,246, p < 0,01$), паранояльної симптоматики ($0,259, p < 0,01$), психотизму ($0,293, p < 0,01$) та загального рівня психічного дистресу ($0,230, p < 0,01$). Незадоволеність, розчарування своїм сексуальним життям, яке часто призводить до розбалансування поведінки людини, прямо пов'язане з високим рівнем маніфестованої тривожності, страху щодо певних людей, місць або ситуацій, страху втрати незалежності, підозрливості, з думками, почуттями або діями, які є проявами афективного стану

злості, унікаючим, ізольованим, шизоїдним стилями поведінки.

Сексуальна сором'язливість жінок другої групи розкривається через взаємообумовленість з обсессивно-компульсивними розладами ($0,263, p < 0,01$), міжособистісною сензитивністю ($0,341, p < 0,01$), депресією ($0,272, p < 0,01$), тривожністю ($0,338, p < 0,01$), ворожістю ($0,393, p < 0,01$), фобічною тривожністю ($0,324, p < 0,01$), паранояльною симптоматикою ($0,227, p < 0,05$), психотизмом ($0,388, p < 0,01$) та загальним рівнем психічного дистресу ($0,359, p < 0,01$). Прямий зв'язок шкали цнотливості виявлено з показниками депресії ($0,175, p < 0,05$), тривожності ($0,213, p < 0,05$) та психотизму ($0,212, p < 0,05$).

Аналіз результатів дослідження двох «супершквал» у групі жінок зі звичайних сімей показали наявність значущих кореляцій зі шкалами психопатологічної симптоматики. Шкала сексуального лібідо корелює з міжособистісною сензитивністю ($-0,196, p < 0,05$), психотизмом ($-0,209, p < 0,05$) та загальним рівнем психічного дистресу ($-0,177, p < 0,05$).

За шкалою сексуальної задоволеності жінок зі звичайних сімей виявлено зв'язки зі шкалами соматизації ($-0,261, p < 0,01$), міжособистісної сензитивності ($-0,233, p < 0,01$), тривожності ($-0,234, p < 0,01$), ворожості ($-0,205, p < 0,05$), фобічної тривожності ($-0,217, p < 0,05$), паранояльної симптоматики ($-0,228, p < 0,05$), психотизму ($-0,275, p < 0,01$), загального рівня психічного дистресу ($-0,269, p < 0,01$) та з показниками психосоціального стресу ($-0,232, p < 0,01$). Показники маскулінності — фемінінності пов'язані з показниками обсессивно-компульсивних розладів ($-0,208, p < 0,05$), міжособистісної сензитивності ($-0,214, p < 0,05$), депресії ($-0,237, p < 0,01$), тривожності ($-0,215, p < 0,05$), психотизму ($-0,251, p < 0,01$), загального рівня психічного дистресу ($-0,230, p < 0,01$) та госпітальної шкали депресії ($-0,197, p < 0,05$).

Дані дослідження свідчать про наявність значущих зв'язків установок до сексу зі шкалами актуального психоемоційного стану в усіх обстежених жінок.

Таким чином, можна зробити такі висновки.

1. У групі обстежених зі звичайних сімей більша кількість установок до сексу, з якими відсутні значущі взаємозв'язки з актуальним психоемоційним станом, ніж у групі жінок із кризових сімей. Але за загальним рівнем кореляцій жінки зі звичайних сімей наздоганяють обстежених із кризових сімей за рахунок більшої кількості взаємозв'язків за окремими шкалами. В обох групах відсутні зв'язки психоемоційного стану зі шкалами знеособленого сексу, порнографії та відрази до сексу. В другій групі жінок також відсутній зв'язок

зі шкалами сексуальної збудливості, фізичного та агресивного сексу.

2. У жінок із кризових сімей найменша кількість кореляцій установок до сексу з психопатологічною симптоматикою виявлена за шкалами сексуальної невротичності, сексуальної збудливості та лібідо. В обстежених другої групи — за шкалою сексуальної реалізованості.

3. Найбільша кількість взаємозв'язків установок до сексу з психопатологічною симптоматикою виявлена в обох групах за шкалами дозволу, сексуальної сором'язливості та сексуальної задоволеності, однак у жінок зі звичайних сімей таких зв'язків більше.

4. Прямі зв'язки з психопатологічною симптоматикою в обох групах установлені зі шкалами сексуальної сором'язливості, цнотливості та сексуальної невротичності: у жінок із кризових сімей — зі шкалою агресивного сексу; у жінок зі звичайних сімей сексуальна задоволеність прямо корелює зі шкалою психосоціального стресу.

5. Крім зазначених аспектів, установки до сексу зворотно корелюють зі шкалами психопатологічної симптоматики. Можна припустити, що високий рівень сексуального дозволу, реалізованості, сексуальної невротичності, сором'язливості, цнотливості, лібідо, задоволеності та проявів маскулінного стилю поведінки жінок обох груп зменшує рівень психопатологічної симптоматики. У першій групі жінок до цього списку додається така ж взаємобумовленість зі шкалами збудливості, фізичного та агресивного сексу.

Отримані результати свідчать про необхідність проведення психопрофілактичних заходів, корекції психоемоційного стану та установок до сексу як факторів ризику психосоматичних захворювань.

Список літератури

1. *Иоффе Е. В.* Социально-психологические факторы формирования сексуального сценария личности:

дис. на соискание ученой степени канд. психол. наук; спец. 19.00.05 «Социальная психология» / Е. В. Иоффе.— СПб., 2005.— 186 с.

2. *Маркова М. В.* Проблема депрессивних і сексуальних розладів: порочне коло взаємозв'язків та шляхи подолання [Електронний ресурс] / М. В. Маркова, Є. В. Кришталь, Р. І. Білобрівка // Вестн. Ассоциация психиатров Украины.— 2013.— № 3.— Режим доступу: <http://www.mif-ua.com/archive/article/36858>
3. *Кришталь В. В.* До питання про порушення сексуального здоров'я при граничних психічних розладах / В. В. Кришталь, М. В. Маркова // Нова медицина.— 2003.— № 8.— С. 39–41.
4. *Маркова М. В.* Нарушения сексуального здоровья: соматопсихические и психосоматические соотношения / М. В. Маркова // Журн. практичного лікаря.— 2005.— № 3.— С. 24–29.
5. *Маркова М. В.* Порушення сексуальності при генералізованому тривожному розладі / М. В. Маркова, Л. І. Юнда // Андрологія і сексуальна медицина.— 2008.— № 1 (3).— С. 46–54.
6. *Кочарян А. С.* Личность и половая роль: симптомокомплекс маскулинности-фемининности в норме и патологии / отв. ред. Л. Ф. Бурлачук, А. С. Кочарян.— Харьков, 1996.— 139 с.
7. *Фальова О. Є.* Актуальний психоемоційний стан кризових сімей, розлучених жінок та жінок зі звичайних сімей / О. Є. Фальова // Теорія і практика управління соціальними системами.— Харків: НТУ «ХПІ», 2013.— № 4.— С. 112–122.
8. *Фрейд З.* Очерки по психологии сексуальности / З. Фрейд.— Минск: Попурри, 2010.— 480 с.
9. *Имелинский К.* Сексология и сексопатология: пер. с польск. / К. Имелинский — М.: Медицина, 1986.— 424 с.
10. *Аркус М. Л.* Лечение обсессивно-фобических расстройств сексуального содержания / М. Л. Аркус, Н. Д. Кібрік, Ю. П. Прокопенко // Социальная и клиническая психиатрия.— 2011.— Т. 21, вып. 2.— С. 89–92.

ВЗАИМОСВЯЗЬ УСТАНОВОК К СЕКСУ И АКТУАЛЬНОГО ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЖЕНЩИН С РАЗНЫМ СЕМЕЙНЫМ СТАТУСОМ

Е. Е. ФАЛЕВА

Проанализированы подходы в исследованиях сексуальных проблем и их влияния на психосоматическое здоровье людей. Обосновывается важность исследования этих проблем у женщин, которые находятся в кризисных состояниях, и необходимость определения связей установок к сексу с актуальным психоэмоциональным состоянием (психопатологическая симптоматика, психосоциальный стресс, тревога и депрессия). Полученные результаты свидетельствуют о необходимости проведения психопрофилактических мероприятий, коррекции психоэмоционального состояния и установок к сексу как факторов риска психосоматических заболеваний.

Ключевые слова: установки к сексу, актуальное психоэмоциональное состояние, психопатологическая симптоматика, психосоциальный стресс, тревога и депрессия, женщины из кризисных семей.

**INTERCONNECTION OF ORIENTATIONS TO SEX AND ACTUAL PSYCHOEMOTIONAL STATE
IN WOMEN WITH DIFFERENT FAMILY STATUS**

O. Ye. FALOVA

The ways of studying sexual problems and their influence on the psychosomatic health of people were analyzed. The importance of studying such problems in women who are in the crisis state and necessity of carrying out research of connections of orientations to sex with actual psychoemotional state (psychopathological signs, psychosocial stress, anxiety, and depression) were substantiated. The obtained results demonstrate the necessity of psychopreventive measures, correction of psychoemotional state and orientations to sex as risk factors of psychosomatic diseases.

Key words: orientations to sex, actual psychoemotional state, psychopathological signs, psychosocial stress, anxiety and depression, women from crisis families.

Надійшла 02.10.2015