

НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СЕМЬИ ПРИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА У ЖЕНЫ

Проф. Е. В. КРИШТАЛЬ, доц. Л. В. ЗАЙЦЕВА

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Приводятся результаты психодиагностического исследования функционирования семьи при депрессивных расстройствах различного генеза у жены. Показаны причины и проявления нарушений функций семьи при аффективных расстройствах и невротических депрессиях у жены. Сделан вывод о необходимости дифференцированного подхода к коррекции нарушения здоровья семьи при данных расстройствах.

Ключевые слова: женщины, депрессивные расстройства, нарушения функций семьи.

Правильное функционирование семьи является одним из основных условий показателей супружеской адаптации [1–7]. Аспект семейной жизни при депрессивных расстройствах различного генеза у женщин имеет большое медико-психологическое значение. Данные литературы и наши собственные наблюдения свидетельствуют о том, что функции семьи могут нарушаться в результате психотравмы, но и семья в свою очередь может стать ее источником. Это объясняется тем, что семейные отношения играют ведущую роль в системе взаимоотношений личности, а также открытостью членов семьи перед любыми внутрисемейными факторами и их уязвимостью, особой чувствительностью к психотравмирующему воздействию.

Чаще всего семейные психотравмы носят хронический характер в связи с длительностью самих семейных отношений. Психотравмирующее расхождение между осознаваемыми или неосознаваемыми ожиданиями индивида по отношению к семье и действительной жизнью семьи в конечном счете может привести к состоянию глобальной семейной неудовлетворенности. Под влиянием семейной психотравмы могут возникать такие нарушения здоровья семьи, как семейная тревога, связанная с неуверенностью индивида в каком-то очень важном для него аспекте семейной жизни.

Однако функционирование семьи при депрессивных расстройствах различного генеза у женщин очень мало изучено. Можно назвать лишь единичные работы, касающиеся этой темы [7].

Сложная и достаточно актуальная проблема нарушения социальной, психологической, социально-психологической и биологической адаптации супругов при данной патологии и тесно связанная с ней проблема нарушения функционирования семьи ждут своего исследования прежде всего потому, что от выяснения многообразных причин, механизмов развития и полиморфных проявлений нарушений функционирования зависит эффективность психотерапевтической коррекции здоровья

семьи, интегральным показателем которой является правильное выполнение ее функций.

Под нашим наблюдением находились 399 семей, в которых в ходе комплексного обследования у жен был установлен диагноз депрессивного расстройства различного генеза. Учитывая нозологическую разноплановость включенных в исследование больных, все обследованные были разделены на группы в зависимости от регистра аффективной патологии, уровня генерализации депрессивных проявлений и нозологической принадлежности пациенток. В первой группе супружеских пар (СП), в которых женщины страдали аффективными расстройствами (172 СП), были выделены две подгруппы: первая – 129 семей, в которых женщины страдали биполярным аффективным расстройством (F31.3); вторая – 43 семьи с рекуррентным депрессивным расстройством у женщин (F33.0, F33.1). Во второй группе семей, в которых женщины болели невротическими депрессиями (227 СП), были выделены три подгруппы: 1-я – 132 семьи, в которых женщины страдали неврастенией (F48.0); 2-я – 73 семьи с пролонгированной депрессивной реакцией (F43.21) у женщин и 3-я – 22 семьи, где у женщин была смешанная тревожная и депрессивная реакция (F43.22). Выделить контрольную группу среди семей первой группы не представилось возможным, так как при аффективном расстройстве у женщин всегда отмечались нарушения здоровья семьи. Однако среди семей второй группы с невротическими депрессиями у жен было выделено 60 (26,4%) семей, в которых супруги считали свою семью здоровой. По возрасту и социальным характеристикам эта группа не отличалась от семей с нарушенным здоровьем. Это явилось основанием рассматривать их как контрольную группу по отношению к основной.

Возраст больных женщин находился в пределах от 19 до 48 лет, причем мужья и жены входили в одну возрастную группу. Супружеская дезадаптация у наблюдаемых пар отмечалась

с первых недель или через 1–2 года после начала супружеской жизни. Длительность брака у 44% супружеских пар составляла от 1 года до 5 лет, у 35% — от 6 до 10 лет, у остальных — от 11 до 15 лет и больше. Более половины (59,2%) женщин состояли в первом браке, 30,8% — во втором, 3,1% — в третьем и 10,0% — в гражданском браке. В первом браке и в гражданском браке чаще всего состояли женщины первой группы и женщины 3-й подгруппы второй группы, во втором и третьем браке — женщины 1-й и 2-й подгруппы второй группы. У большинства супружеских пар (67,8%) было по одному ребенку, у 21,2% — по двое детей и 5,2% семей были бездетными. В 5,8% семей жены имели ребенка от первого брака.

В комплексное обследование женщин с депрессивными расстройствами различного генеза и их мужей входило клиническое, клинико-психопатологическое, психодиагностическое, специальное сексологическое обследование, клинико-статистический анализ.

В настоящем сообщении представлены результаты психодиагностического исследования с использованием методики В. В. Кришталю, И. А. Семенкиной [5], позволяющей вычислить коэффициент выполнения функций семьи (норма 0,8–1). Функционирование семьи изучали по состоянию 14 семейных функций, выделенных И. С. Семенкиной [5].

Были изучены следующие функции: эмоциональная — удовлетворение потребности членов семьи в симпатии, уважении, признании, любви, эмоциональной поддержке, эмпатии; духовная, или функция культурного общения, — удовлетворение потребности супругов в совместном проведении досуга, во взаимном духовном обогащении и духовном развитии; сексуально-эротическая — удовлетворение сексуально-эротических потребностей супругов; репродуктивная — удовлетворение потребности иметь детей; хозяйственно-бытовая; воспитательная — удовлетворение индивидуальных потребностей в отцовстве, материнстве, в контакте с детьми; функция социализации (первичной, вторичной, профессиональной) — развитие у членов семьи социабельности, усвоение и активное воспроизводство индивидом социального опыта, осуществляемого в общении и деятельности; функция социального интегрирования — забота о нахождении членами семьи места в общности; ролевая функция — удовлетворение в семье ролевой потребности каждого члена семьи; защитная — удовлетворение потребности в защищенности, в психологической, физической и материальной защите; функция сохранения здоровья — обеспечение сохранения соматического, психического и сексуального здоровья членов семьи и необходимой помощи при заболевании; функция персонализации — обеспечение психотерапевтической помощи членам семьи в трудных ситуациях; реабилитационная функция, или функция первичного социального контроля, — обеспечение возможности

семейной и способствование социальной реабилитации, выполнение социальных норм в случае заболевания.

Состояние функций семьи при биполярном аффективном расстройстве у жены. При данном заболевании у женщин эмоциональная функция семьи была высоко значимой для супругов. Духовная и сексуально-эротическая функции оказались нарушенными во всех семьях. В наименьшей степени страдала репродуктивная функция семьи, которая была нарушенной лишь в единичных случаях. Хозяйственно-бытовая функция стояла у женщин в большинстве случаев на 2-м, у мужчин — на 7-м, а иногда и на последнем 14-м месте по значимости. Воспитательная функция нарушалась во всех семьях, мужчины отводили ей в основном последнее место. Функции социализации и социального интегрирования нарушены у всех семей, кроме 1/3 семей с сохраненной функцией социализации. Ролевая функция плохо выполнялась практически у всех обследованных семей. Защитная функция была более значимой для женщин, чем для мужчин. Функция сохранения здоровья слабо действовала более чем в половине семей. Функции персонализации мужчины и в особенности женщины придавали небольшое значение: чаще всего соответственно 10–11-е и 10–12-е места. То же можно сказать и о психотерапевтической функции, которую женщины ставили в основном на 12–14-е, а мужчины — на 10–12-е места. Наконец, наименьшее значение предавали супруги реабилитационной функции. Она нарушалась более чем у половины семей.

При анализе оценки супругами выполнения функций семьи выяснилось, что выполнение эмоциональной функции более 1/3 супругов оценивали как плохое и очень плохое (–1 и –2, что соответствует вычисленным нами коэффициентам 0,4–0,8), духовной — как плохое. Выполнение социально-эротической функции все женщины оценивали как плохое, все мужчины — как очень плохое и плохое. Значительно лучше остальных оценивалось и женами, и мужьями выполнение репродуктивной функции — как удовлетворительно (+1, коэффициент 0,8) в 94,8% случаев. Выполнение функции сохранения здоровья около половины женщин также оценивали как удовлетворительное, а выполнение остальных функций — как плохое и очень плохое. Часть женщин и несколько мужчин не могли охарактеризовать ролевую функцию.

Состояние функций семьи при рекуррентном депрессивном расстройстве у жены. При данном заболевании, в отличие от предыдущей подгруппы, значимость эмоциональной функции для женщин была меньшей. Духовная функция была нарушена у половины пациенток и у 1/3 их мужей, сексуально-эротическая — во всех семьях, репродуктивная функция страдала минимально.

Воспитательная функция нарушалась несколько реже, чем при биполярном аффективном расстройстве. Функцию социализации мужчины

ценили несколько больше, чем женщины, то же относится и к функции социального интегрирования. Ролевая функция, а также функция сохранения здоровья выполнялись плохо у всех семей. Выполнение защитной функции страдало в наибольшей степени. Функцию персонализации женщины ценили менее, чем мужчины. Психотерапевтическая функция стояла у женщин на 13-м месте, у мужчин чаще всего на 11-м, а реабилитационная соответственно на 14-м и 11–12-м местах.

Что касается оценки супругами выполнения функций семьи, то выполнение эмоциональной, духовной и сексуально-эротической функций все супруги определяли как плохое и очень плохое.

Как и в предыдущей подгруппе обследованных, лучше всего оценивалось выполнение репродуктивной функции — все супруги признавали ее удовлетворительной. Хозяйственно-бытовая функция, по мнению подавляющего большинства и женщин, и мужчин, выполнялась плохо, так же как и все остальные функции, за исключением психотерапевтической и реабилитационной, выполнение которых признавали плохим преимущественно женщины. Выполнение функции социального интегрирования считали удовлетворительным лишь часть мужчин (25,7%).

Анализ значимости функций семьи показал, что наиболее высоко ценились всеми супругами в основном психотерапевтическая и реабилитационная и менее всего — эмоциональная, духовная и социально-эротическая функции. Соответственно чаще всего плохо и очень плохо оценивалось выполнение наиболее значимых семейных функций.

Состояние функций семьи при неврастении у жены. Эмоциональная функция семьи для супругов при неврастении у жены была наиболее значимой для обоих супругов. Сексуально-эротическая функция была нарушена во всех семьях. Репродуктивная функция страдала в наименьшей степени, была нарушена лишь в единичных случаях. Хозяйственно-бытовая функция была сохранена более чем у половины семей. Воспитательная функция страдала в значительно меньшей степени, реже нарушалась и духовная функция. Функции социализации и социального интегрирования были нарушены у всех семей. Ролевая функция имела большое значение лишь для нескольких женщин, большинство же из них ставили ее на одно из последних мест, а мужчины — на 9–11-е места. Выполнение защитной функции страдало в наибольшей степени. Относительно невысоко оценивали супруги функцию сохранения здоровья. Психотерапевтическая и реабилитационная функции для женщин были значимы в большинстве случаев, а для мужчин они по значимости занимали последние места.

При анализе оценки супругами выполнения функций семьи выяснилось, что супруги удовлетворительно оценивали выполнение репродуктивной функции. Более половины мужчин так же оценивали выполнение психотерапевтической

и реабилитационной функций, тогда как большинство женщин оценивали их выполнение как плохое. Довольно высоко оценивали половина мужчин и большинство женщин выполнение воспитательной функции. Часто оценивали как удовлетворительное, особенно мужчины, выполнение защитной функции и функции сохранения здоровья. Выполнение эмоциональной функции большинство мужчин оценивали как плохое и очень плохое, а почти 1/3 мужчин не смогли определить свое отношение к ней. Выполнение духовной функции большинство супругов также оценивали как плохое и очень плохое, хотя довольно много женщин считали его удовлетворительным. Выполнение сексуально-эротической функции все мужчины и женщины считали плохим и очень плохим. Так же оценивали большинство супругов и выполнение ролевой функции.

Состояние функций семьи при пролонгированной депрессивной реакции у жены. Эмоциональная функция семьи для супругов при пролонгированной депрессивной реакции у жены была высоко значимой для всех супругов. Духовная функция у женщин занимала менее значимое место, чем у мужчин. Первичный сексуальный контроль был сохранен менее чем у 1/3 семей, у всех остальных семей он был нарушен. Сексуально-эротическая функция, как и следовало ожидать, была нарушена во всех семьях. Репродуктивная функция была нарушена лишь в единичных случаях. Хозяйственно-бытовая функция для женщин имела большее значение, чем для мужчин. Воспитательная функция имела для женщин и части мужчин примерно одинаковую значимость и страдала в значительно меньшей степени, чем духовная функция. Функция социализации нарушалась у большинства женщин, мужчины придавали ей несколько большее значение. Функция социального интегрирования была мало значима и для всех женщин, и для подавляющего большинства мужчин. Ролевая функция имела большое значение лишь для нескольких женщин, большинство же из них отводили ей одно из последних мест. Выполнение защитной функции страдало в наибольшей степени. Относительно невысоко оценивали супруги функцию сохранения здоровья. Последние места по значимости занимала у женщин психотерапевтическая функция, а для мужчин она была высоко значима. Реабилитационную функцию женщины и мужчины чаще ставили на последние места.

При анализе оценки супругами выполнения функций семьи выяснилось, что удовлетворительно оценивалось выполнение репродуктивной функции, реже нарушалась эмоциональная и духовная функция. Воспитательная функция страдала в значительно большей степени. Материальная функция была сохранена более чем у половины семей. Выполнение хозяйственно-бытовой функции более 1/3 женщин и 1/4 мужчин оценивали как удовлетворительное, так же оценивали более половины женщин и 41,5% мужчин выполнение

функции социализации. Выполнение функции социального интегрирования, защитной и психотерапевтической женщины чаще, чем мужчины, оценивали как удовлетворительное. Невысшее часто как плохое и очень плохое оценивалось супругами, особенно женщинами, выполнение воспитательной, персоналистической, ролевой функций и функции сохранения здоровья.

Состояние функций семьи при смешанной тревожной и депрессивной реакции у жены. У большинства супругов эмоциональная функция была первой по значимости, а духовная — второй. Сексуально-эротическая функция была нарушена во всех семьях. В наименьшей степени страдала репродуктивная функция семьи. Хозяйственно-бытовая функция была сохранена более чем у половины семей. Воспитательную функцию выше ценили женщины, чем мужчины. Функции социализации и функции социального интегрирования женщины придавали, напротив, меньшее значение, чем мужчины. Ролевой функции женщины не придавали большого значения, тогда как мужчины отводили ей значимое место. Защитную функцию, как и функцию сохранения здоровья, выше ценили женщины. Также выше оценивали женщины функцию персонализации. Психотерапевтическую функцию женщины чаще ставили на 10-е, а мужчины — на 11-е и 13-е места; реабилитационную функцию несколько выше ценили мужчины — чаще 11-е, а у женщин — 14-е места.

Данные об оценке выполнения семейных функций показали, что половина женщин со смешанной тревожной и депрессивной реакцией оценивали как удовлетворительное выполнение эмоциональной функции, тогда как большинство мужчин оценивали его как плохое и очень плохое. Выполнение духовной функции женщины также довольно часто оценивали как удовлетворительное, а мужчины в большинстве случаев как плохое и очень плохое. Сексуальную функцию все супруги оценивали как выполняемую плохо, репродуктивную — почти все как выполняемую удовлетворительно. Женщины чаще мужчин оценивали как плохое и очень плохое выполнение воспитательной функции, функций социализации и социального интегрирования, сохранения здоровья. Мужчины чаще своих жен оценивали таким же образом выполнение хозяйственно-бытовой,

психотерапевтической и реабилитационной функций. Выполнение ролевой функции и функции персонализации супруги оценивали как плохое и очень плохое почти одинаково часто, но выполнение функции персонализации значительная часть супругов, особенно мужчин, оценивали как удовлетворительное.

При анализе выполнения семейных функций обращает на себя внимание частота случаев, когда женщины не могли определить выполнение семейных функций, особенно ролевой, эмоциональной, функции персонализации и даже хозяйственно-бытовой. Это обстоятельство, очевидно, отражает характерную для лиц со смешанной тревожной и депрессивной реакцией нерешительность, тревожность, несамостоятельность.

Нами было изучено влияние нарушения функционирования семьи на прочность брака. Оказалось, что значительная часть жен и мужей первой группы супружеских пар, в которых женщины страдали аффективными расстройствами, делали попытки к разводу или думали о разводе (соответственно 57,8% и 68,7%), также 76,4% женщин, страдающих невротическими депрессиями (вторая группа супружеских пар), пытались развестись или думали о разводе, а среди мужей больных хотели расторгнуть брак более половины — 51,5%. Тогда как в контрольной группе супружеских пар мужья и жены не допускали мысли о разводе, несмотря на заболевание супруги.

В целом результаты психологических исследований подтвердили закономерности, установленные при клиническом обследовании супружеских пар, в которых жены страдали депрессивными расстройствами различного генеза. Полученные данные показали, что в развитии супружеской дезадаптации играют роль как личностные особенности и направленность личности пациентов, особенности полоролевого поведения и сочетание этих характеристик в супружеской паре, так и удовлетворенность супружескими отношениями обоих супругов, значимость для каждого из них функций семьи и их выполнения. Результаты исследований позволили сделать вывод о том, что нарушение здоровья и функционирования семьи при депрессивных расстройствах различного генеза у женщин обуславливаются комплексом факторов и, следовательно, для их коррекции требуется системный и дифференцированный подход.

Литература

1. Васильченко Г. С., Дейнега Г. Ф. Семейно-сексуальные дисгармонии // Частная сексопатология / Под ред. Г. С. Васильченко.— М.: Медицина, 1983.— Т. 2.— С. 293–306.
2. Витакер К. Брак и семья // Семейная психология и семейная терапия.— М., 1998.— № 3.— С. 5–29.
3. Боро М. П. Нарушение и коррекция здоровья семьи ликвидаторов чернобыльской аварии.— Харьков: Основа, 1999.— 240 с.
4. Николаев В. В. Нарушение супружеской коммуникации и функции семьи при психопатии у женщин // Междунар. мед. журн.— 1999.— Т. 5, № 3.— С. 45–47.
5. Семенкина И. А. Нарушение функционирования семьи в развитии супружеской дезадаптации и ее психологическая коррекция: автореф. дис. ... канд. психол. наук.— Харьков, 2001.— 18 с.
6. Скрипніков А. Н. Порушення сексуального здоров'я подружжя і функціонування сім'ї при розладах

особистості у чоловіка і їх психотерапевтична корекція: автореф. дис. ... докт. мед. наук.— Харків, 2001.— 34 с.
7. Білобровка Р. І. Порушення сексуального здоров'я

та функціонування сім'ї при афективних розладах у чоловіків: автореф. дис. ... докт. мед. наук.— Харків, 2011.— 31 с.

ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІОНУВАННЯ СІМ'Ї ПРИ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДАХ РІЗНОГО ГЕНЕЗУ В ДРУЖИНИ

Є. В. КРИШТАЛЬ, Л. В. ЗАЙЦЕВА

Наведено результати психодіагностичного дослідження функціонування сім'ї при депресивних розладах різного генезу у дружини. Показано причини та прояви порушень функцій сім'ї при афективних розладах і невротичних депресіях у дружини. Зроблено висновок щодо необхідності диференційованого підходу до корекції порушення здоров'я сім'ї при таких розладах.

Ключові слова: жінки, депресивні розлади, порушення функцій сім'ї.

FAMILY DYSFUNCTION AT DEPRESSIVE PERSONALITY DISORDERS IN THE WIFE

E. V. KRISHTAL, L. V. ZAITSEVA

The findings of psychodiagnostic investigation of family functioning at depressive personality disorders of different origin in the wife are reported. The causes and manifestations of family function disorders are shown at affective disorders and neurotic depressions in the wife. The authors conclude about the necessity of differential approach to correction of family health disturbance at these disorders.

Key words: women, depressive disorders, family function impairment.

Поступила 03.04.2012