

НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СЕМЬИ ПРИ СПЕЦИФИЧЕСКОМ РАССТРОЙСТВЕ ЛИЧНОСТИ У ЖЕНЫ

Канд. мед. наук М. А. ДЕНЕКО

FAMILY FUNCTIONING DISTURBANCE AT SPECIFIC PERSONALITY DISORDERS IN THE WIFE

M. A. DENEKO

Полтавская областная психоневрологическая больница им. А. Ф. Мальцева, Украина

Представлены данные, свидетельствующие о функциональной недостаточности семей при специфическом расстройстве личности у жены. Показаны причины и проявления нарушения функций семьи и его связь с типом специфического расстройства личности у женщин. Сделан вывод о необходимости дифференцированного подхода к коррекции нарушения здоровья семьи при данной патологии у женщин.

Ключевые слова: женщины, специфическое расстройство личности, нарушение функций семьи.

The presented findings suggest of functional insufficiency of the families at specific personality disorders in the wife. The causes and manifestations of family function impairment and its association with the type of specific personality disorder in women are featured. It is concluded about the necessity of differentiated approach to the correction of family health disturbances at this pathology in women.

Key words: women, specific personality disorders, family function impairment.

Расстройство личности у одного из супругов влечет за собой дезадаптацию супружеской пары и, следовательно, ослабляет прочность семьи. Проблеме нарушения семейных взаимоотношений посвящены многочисленные работы [1–3 и др.]. В ряде исследований, в которых рассматривается супружеская дезадаптация, вызванная разными причинами, отмечается тот факт, что она неизбежно подрывает прочность брака и нередко приводит к его распаду [4]. Однако функционирование семьи при специфическом расстройстве личности у женщин очень мало изучено. Можно назвать лишь единичные работы, касающиеся этой темы [5].

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 еще ждет своего исследования, прежде всего в связи с тем, что от выяснения его многообразных причин, механизмов развития и полиморфных проявлений зависит эффективность психотерапевтической коррекции здоровья семьи, интегральным показателем которого является правильное выполнение ее функций.

Нами было проведено обследование 320 супружеских пар, в которых жены страдали специфическим расстройством личности разных типов. Эмоционально неустойчивое расстройство личности было диагностировано у 53 пациенток, ананкастное — у 46, демонстративное — у 51, за-

висимое — у 53, шизоидное — у 45, параноидное — у 30, диссоциальное — у 27, тревожное (уклоняющееся) — у 15.

Функционирование семьи изучали по состоянию 14 семейных функций, выделенных И. А. Семенкиной [6].

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 социальности, 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 се-

ксуального здоровья членов семьи и необходимой помощи при заболевании; функция персонализации — обеспечение идеальной преставленности в жизнедеятельности членов семьи и возможности проявлять себя в общественной жизни как личность; психотерапевтическая функция — 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 случаях заболевания.

Результаты исследования состояния этих функций приведены в таблице.

Как видно из представленных данных, эмоциональная функция была нарушена у 1/3 семей с шизоидным и более чем у половины семей с диссоциальным и параноидным расстройством личности у жены, при прочих типах расстройства личности у женщин эта функция плохо выполнялась в подавляющем большинстве семей. Духовная функция оказалась нарушенной во всех семьях с эмоционально неустойчивым, демонстративным, шизоидным, тревожным и параноидным расстройствами личности у жены.

Сексуально-эротическая функция страдала во всех обследованных семьях, при этом репродуктивная страдала минимально — в единичных случаях при ананкастном, демонстративном и зависимом

расстройствах личности у жены.

Хозяйственно-бытовая функция была нарушена практически у всех семей с зависимым и шизоидным расстройством личности у жены. Нарушение этой функции при тревожном, диссоциальном и параноидном расстройствах встречалось несколько реже (соответственно в 80 ± 11 , 74 ± 8 и $70 \pm 9\%$), в остальных случаях функция нарушена приблизительно у половины семей.

Воспитательная функция нарушалась во всех семьях при эмоционально неустойчивом, диссоциальном и параноидном, несколько реже — при демонстративном, шизоидном и зависимом и примерно у половины семей — при ананкастном расстройстве личности у матери.

Функции социализации и социального интегрирования нарушены у всех семей при шизоидном и диссоциальном расстройствах личности у жены, а также у подавляющего большинства семей при параноидном, тревожном и зависимом расстройствах. При эмоционально неустойчивом и ананкастном у всех семей поражена функция социального интегрирования, но у 1/3 семей сохранена функция социализации. При демонстративном расстройстве эти функции поражены в несколько меньшей степени.

Ролевая функция плохо выполнялась практически у всех обследованных семей. Выполнение защитной функции страдало в наибольшей степе-

Нарушение функций семьи при специфическом расстройстве личности у жены (данные в %)

Функция семьи	Типы расстройства личности								Всего, $n = 320$
	эмоционально неустойчивый, $n = 53$			зависимый, $n = 53$	шизоидный, $n = 45$	тревожный (уклоняющийся), $n = 15$	диссоциальный, $n = 27$	параноидный, $n = 30$	
Эмоциональная	81±5	85±5	80±6	94±3	33±7	80±11	63±10	56±9	73±3
Духовная	100–2	27±7	100–2	51±7	100–2	100–7	78±8	100–3	78±3
Сексуально-эротическая	100–2	100–2	100–2	100–2	100–2	100–7	100–4	100–3	100–1
Репродуктивная	—	2±2	2±2	4±3	—	—	—	—	2±2
Хозяйственно-бытовая	44±7	45±7	53±7	89±4	96±3	80±11	74±8	70±9	66±3
Воспитательная	100–2	53±7	92±4	83±5	98±2	100–7	100–4	100–3	73±3
Социализации	62±7	63±7	77±6	91±4	100–2	80±11	100–4	100–3	81±3
Социального интегрирования	100–2	98±2	53±7	96±3	100–2	100–7	100–4	90±6	91±3
Ролевая	100–2	89±5	100–2	100–2	100–2	100–7	100–4	100–3	97±3
Защитная	60±7	41±7	47±7	98±2	91±4	100–7	100–4	100–3	75±3
Сохранения здоровья	42±7	45±7	53±7	53±7	100–2	27±12	70±9	87±6	59±3
Персонализации	96±9	50±7	55±7	92±4	91±4	100–7	100–4	100–3	81±3
Психотерапевтическая	100–2	32±7	94±3	74±6	100–2	60±13	89±6	70±9	78±2
Реабилитационная	62±7	22±6	57±7	94±3	100–2	93±7	100–4	100–3	73±3

ни при тревожном, диссоциальном и параноидном расстройствах личности у жены и реже всего — при ананкастном и демонстративном.

Функция сохранения здоровья плохо выполнялась во всех семьях при шизоидном, в большинстве случаев — при диссоциальном и параноидном, менее чем в половине семей — при эмоционально неустойчивом и ананкастном расстройстве личности у жены.

Выполнение функции персонализации нарушалось во всех семьях при тревожном, диссоциальном и параноидном расстройствах личности у жены, при эмоционально неустойчивом, зависимом и шизоидном — в подавляющем большинстве случаев, а при ананкастном и демонстративном — примерно в половине случаев.

Психотерапевтическая функция была нарушена во всех семьях с эмоционально неустойчивым и шизоидным расстройством, в большинстве остальных семей и значительно реже — примерно у 1/3 семей — с ананкастным расстройством личности у жены.

Реабилитационная функция нарушалась во всех семьях при шизоидном, диссоциальном и параноидном, в подавляющем большинстве — при зависимом и тревожном, более чем у половины семей — при эмоционально неустойчивом и демонстративном, и реже всего — при ананкастном расстройстве личности у женщин.

Таким образом, можно говорить о существенной функциональной недостаточности семей, в которых жены страдают специфическим расстройством личности.

Среди обследованных семей нами были выделены условно функциональные и нефункциональные, причем установлена определенная зависимость между функциональностью семьи и типом специфического расстройства личности у жены. Так, оказалось, что при ананкастном и зависимом расстройствах личности преобладают условно функциональные, а при остальных типах расстройств — нефункциональные семьи.

Условную функциональность и нефункциональность семей при специфическом расстройстве личности у женщин подтвердило проведенное нами изучение типологии супружества [7]. Тип супружества определялся нами на основании состояния функций семьи и уровня адаптации супругов. У большинства обследованных супружеских пар был выявлен дисгармоничный тип супружества, чаще антагонистический его вариант, но почти у 1/3 наблюдался псевдогармоничный тип супружества. Однако при обоих этих типах наблюдается той или иной степени выраженная дезадаптация семьи в обществе.

Была выявлена и определенная связь между типом специфического расстройства личности у жены и типом супружества. Большинство семей с демонстративным расстройством личности у жены относится к антагонистическому или негативно-дополняющему варианту дисгармо-

ничного супружества. В последнем случае у супругов не совпадают взаимные ожидания и не сформирован согласованный образ супружеской пары. Характерны также эгоистическая направленность личности супругов при низкой степени взаимоопосредованности структур их самооенок, наличие ролевых и статусных конфликтов протрагированного характера, отсутствие конструктивного межличностного взаимодействия супругов.

При эмоционально неустойчивом расстройстве личности у жены в подавляющем большинстве случаев наблюдается антагонистический вариант дисгармоничного супружества, отличающийся крайней нестабильностью из-за ролевых конфликтов и слабости интегрирующих механизмов пары, отсутствия конструктивного взаимодействия супругов и низкой степени взаимоопосредованности структур самооенок супругов.

При ананкастном расстройстве личности у жены имеет место либо также антагонистический вариант дисгармоничного супружества, либо его псевдопозитивно-дополняющий вариант. В последнем случае супруги выступают по отношению друг к другу в качестве патологических комплементарных партнеров при разнонаправленности их личности и разной степени взаимоопосредования структур самооенок. Патологическая комплементарность базируется на дистропичности личностных особенностей супругов, обуславливающей относительную устойчивость брака. Среди сплачивающих механизмов супружеского взаимодействия в этом случае преобладают манипулятивные образования.

При зависимом расстройстве личности у жены чаще всего возникает антагонистический вариант дисгармоничного супружества; существенно реже встречаются псевдопозитивно-дополняющий и негативно-дополняющий варианты, при которых брак сохраняет относительную устойчивость.

Для супружеской пары с шизоидным расстройством личности у жены характерен дисгармоничный тип супружества в негативно-дополняющем или антагонистическом варианте.

Нами было изучено влияние нарушения функционирования семьи на прочность брака. Оказалось, что большинство женщин ($79 \pm 3\%$) и мужчин ($63 \pm 3\%$), а при эмоционально неустойчивом расстройстве личности у жены — все супруги думали о разводе или делали попытки развестись. Реже всего ($21 \pm 3\%$) допускали мысли о разводе женщины с ананкастным расстройством личности.

Результаты исследований позволяют сделать вывод, что нарушения сексуального здоровья и функционирования семьи при специфическом расстройстве личности у жены обуславливаются комплексом факторов и, следовательно, для их коррекции требуется системный и дифференцированный подход.

Л и т е р а т у р а

1. *Агаркова С. Т.* Супружеская дезадаптация.— М.: Едиториал УРСС, 2004.— 256 с.
2. *Грачев Р. А.* Нарушения сексуального здоровья при неврозах у женщин.— Донецк: Донеччина, 1997.— 198 с.
3. Сексология: Справочник.— М: Медицина, 1990.— 571 с.
4. *Кристалъ В. В., Григорян С. Р.* Сексология.— М.: Рет Се, 2002.— 879 с.
5. *Николаев В. В.* Нарушение сексуального здоровья и функциональности семьи при специфическом расстройстве личности у женщин.— Харьков: Основа, 1999.— 265 с.
6. *Семенкина И. А.* Супружеская дезадаптация при нарушении функций семьи и ее психологическая коррекция: Дисс. ... канд. психол. наук.— Харьков, 2001.— 279 с.
7. *Нарушение сексуального здоровья при неврозах и психопатиях.*—Сочи, 1988.— 119 с.

Поступила 19.07.2007