

УДК 616.89-058.83-058.833-055.2:616

*Н. Р. Писаная***ФОРМИРОВАНИЕ И ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ СЕМЬИ ПРИ СОМАТИЗИРОВАННОМ РАССТРОЙСТВЕ У ЖЕНЩИН**

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Ключевые слова: соматизированное расстройство у женщин, формирование семьи, функции семьи, сексуальная дезадаптация

Соматизированное расстройство у женщин в большинстве случаев сочетается с сексуальными нарушениями, которые в силу парного характера сексуальной функции приводят к сексуальной дезадаптации супругов [1, 2]. Сексуально-эротическая функция, являясь, как известно, одной из функций семьи, однако при супружеской дезадаптации нарушается выполнение не только этой, но и других семейных функций, в особенности при соматизированном расстройстве у жены. В результате нарушение функционирования семьи ослабляет прочность брачного союза и может даже привести к разводу [3].

При описанных обстоятельствах может нарушаться и формирование семьи.

Формирование семьи представляет собой процесс, характеризующийся стадийностью: оно проходит четыре стадии – первичной адаптации (регистрация брака и образование семьи); становления ролевых позиций супругов и выполнения семейных функций; личностного роста супругов; формирования согласованного образа семьи (чувства «мы», «семья») [4].

Первая из этих стадий проходит в три этапа: романтический и этапы психологической и сексуальной адаптации; вторая – в два этапа: аксиологический и выполнения функций семьи.

Для романтического этапа характерны влюбленность, очарованность, обожествление молодоженами друг друга, реальное восприятие друг друга снижено или отсутствует. На этапе психологической адаптации при успешном его протекании отношения супругов определяются наличием сходных приобретенных и различных врожденных черт личности, уважением друг друга, честностью, толерантностью, сходством доминирующей мотивации и ценностных ориентаций, совпадением интересов, умением конструктивно общаться по всем проблемам семейной жизни, становлением сексуальной адаптации, обусловленной совпадением сексуальной

активности супругов, соответствием их полоролевого и сексуально-эротического поведения.

Во второй стадии на аксиологическом этапе вырабатываются ролевые позиции супругов, отношение жены к мужу как личности, мужчине, мужу, хозяину, работнику и мужа к жене как к личности, женщине, супруге, хозяйке, матери, работнице. Успешность второго этапа определяется выполнением функций семьи.

На третьей стадии развития семьи формируется социально-психологическая компетентность членов семьи – их способность эффективно взаимодействовать в системе семейных межличностных отношений. При правильном ее протекании у супругов вырабатывается умение ориентироваться в семейных ситуациях, адекватно определять личностные особенности и эмоциональное состояние друг друга, выбирать конструктивные способы общения и использовать их в процессе взаимодействия.

Наконец, на четвертой стадии у супругов, как указывалось, формируется согласованный образ семьи, появляется чувство «мы», «семья».

Продолжительность описанного процесса зависит от подготовленности молодых людей к браку и от их личностных особенностей. Так этот процесс протекает при достаточно высоком уровне психологической и сексуальной адаптации супружеской пары. Однако на каждой стадии развития семьи могут возникать кризисные ситуации, имеющие разные причины.

На первой стадии формирования семьи кризисы обуславливаются наличием конфликта из-за несоответствия мотивов вступления в брак, психологической и сексуальной дезадаптации. На второй стадии они связаны с несоответствием выбранных супругами ролевых позиций с проблемами, с которыми супруги сталкиваются при рождении ребенка, т.е. с формированием роли отца, матери, а также с недостаточным выполнением функций семьи, когда не обеспе-

чивается удовлетворение потребностей ее членов. Причинами кризисов на третьей стадии развития семьи могут быть слишком высокое место Я в системе ценностей супругов, преобладание мотивации Я, низкая оценка супруга (супруги) как личности. Наконец, на четвертой стадии кризис может возникать вследствие рассогласованного образа семьи.

Процесс формирования семьи и выполнение семейных функций при соматизированном расстройстве у женщин не изучен и не освещен в медикопсихологической литературе, что, по на-

шему мнению, существенно снижает эффективность психотерапии дезадаптации супружеской пары при этом заболевании у жены. Учитывая это, мы провели специальное исследование с целью выяснить этапы формирования семьи, значимость для супругов семейных функций и оценку их выполнения в своей семье при сексуальной дезадаптации, сопряженной с соматизированным расстройством у женщин.

Результаты проведенного нами исследования формирования семьи у наших пациентов представлены в табл.1.

Таблица 1

Частота нарушения становления семьи обследованных супругов

Стадия, этап	Сексуальная дезадаптация		Контрольная группа, n=30
	первичная, n=45	вторичная, n=50	
1. Стадия первичной адаптации, этапы			
романтический	37±7	4±3	3±3
психологической адаптации	22±6	2±2	–
сексуальной адаптации	100-2	–	–
2. Стадия становления ролевых позиций супругов и функций семьи аксиологический этап			
отношение жены к мужу как			
личности	24±6	6±3	7±5
мужчине	29±6	28±5	–
мужу	100-2	38±7	–
хозяину	20±6	24±6	–
отцу	9±4	2±2	10±6
работнику	–	4±3	–
отношение мужа к жене как			
личности	11±5	28±5	3±3
женщине	22±6	16±5	–
жене	29±7	86±5	–
хозяйке	9±4	8±4	7±5
матери	–	–	–
работнице	–	–	–
этап выполнения функций семьи	100-2	100-2	–
3. Стадия личностного роста			
социально-психологическая компетентность	100-2	96±3	–
адекватность в системе ценностей	100-2	82±5	–
конструктивная мотивация	100-2	84±5	–
степень развития когнитивных структур	100-2	76±6	–
оценка значимости каждого члена семьи как личности	100-2	62±7	–
4. Стадия формирования согласованного образа семьи	100-2	96±3	–

Из данных таблицы видно, прежде всего, что процесс формирования семьи в основных группах супружеских пар очень часто был нарушен. На первой стадии при первичной дезадаптации супругов были нарушены все этапы, причем этап сексуальной адаптации – у всех супругов; при вторичной дезадаптации этот этап проходил нормально, но у некоторых супругов были нарушены два других этапа – романтический и психологической адаптации.

На второй стадии нарушения наблюдались на обоих этапах развития семьи в обеих клинических группах. При этом у всех женщин с первичной дезадаптацией было нарушено отношение к супругу как к мужу и довольно часто – как к мужчине и личности. У мужчин этой группы чаще всего было нарушено отношение к супруге как к жене, а у мужчин второй группы – как к жене (у подавляющего большинства мужчин) и как к личности. Этап выполнения семейных функций был нарушен у всех супружеских пар и с первичной, и с вторичной сексуальной дезадаптацией, тогда как в контрольной группе супружеских пар этот этап проходил без каких-либо нарушений.

Следующие две стадии развития семьи – стадия личностного роста по всем его показателям и стадия формирования согласованного образа семьи были нарушены у всех супружеских пар с первичной и несколько реже – со вторичной сексуальной дезадаптацией. В контрольной группе в протекании этих стадий не отмечалось никаких нарушений.

Мы судили о функционировании семьи по выполнению 14 ее функций [5].

Эмоциональная функция заключается в удовлетворении потребности супругов и других членов семьи в любви, признании, уважении, эмоциональной поддержке, эмпатии. Духовная функция, представляющая собой функцию культурного общения, – это удовлетворение потребности членов семьи в духовном развитии, взаимном духовном обогащении, в совместном проведении досуга. Сексуально-эротическая функция состоит в удовлетворении сексуально-эротических потребностей супругов, репродуктивная – в удовлетворении потребности иметь детей, воспитательная – в удовлетворении потребностей в отцовстве, материнстве, контакте с детьми.

Хозяйственно-бытовая функция – удовлетворение материальных и бытовых потребностей членов семьи. Функция социализации (первичной, вторичной, профессиональной) реализуется в развитии у членов семьи социабельности, в

усвоении и активном воспроизводстве каждым из них социального опыта, осуществляемого в общении и деятельности. Функция социального интегрирования представляет собой заботу семьи о том, чтобы каждый из ее членов нашел свое место в социуме.

Ролевая функция заключается в удовлетворении в семье ролевой потребности каждого из супругов, защитная функция – в удовлетворении их потребности в защищенности, психологической, физической и материальной защите. Функция сохранения здоровья состоит в обеспечении сохранения соматического, психического и сексуального здоровья членов семьи, а также в оказании им необходимой помощи при заболевании.

Функция персонализации – это обеспечение представленности каждого из членов семьи в жизнедеятельности остальных ее членов и возможности проявлять себя в общественной жизни как личность. Психотерапевтическая функция заключается в обеспечении психотерапевтической помощи членам семьи в трудных ситуациях, реабилитационная функция (функция первичного социального контроля) обеспечивает возможность семейной и способствует социальной реабилитации членов семьи, она заключается также в выполнении социальных норм в случаях заболевания.

Таким образом, при правильном функционировании семьи удовлетворяются социальные, психологические, социально-психологические и биологические потребности каждого из ее членов. Социальные потребности – это потребности в питании, одежде, жилье; психологические – потребность в персонализации, самовыражении, потребность быть личностью, духовные, культурные, информационные, эстетические потребности; социально-психологические – потребность и возможность занимать определенное место в обществе, пользоваться привязанностью, защищенностью, вниманием окружающих, быть объектом уважения и любви; биологическая потребность – это потребность в соматическом, психическом и репродуктивном здоровье, т.е. потребность в самосохранении.

Нами была изучена значимость каждой из функций семьи для больных соматизированным расстройством женщин и их мужей.

Было установлено, что эмоциональная функция занимала по значимости 1 – 3-е места у женщин и у мужчин, духовная, у большинства женщин (63±4%) была на 3-м, у большинства мужчин (73±4%) – на 3-4-м месте. Сексуально-эротическую функцию 76±4% женщин ставили

на 1-е и 2-е место, но $34\pm 3\%$ – на 7-е, у мужчин она занимала чаще всего ($69\pm 4\%$) 3-4-е места.

Репродуктивную функцию как женщины, так и мужчины в семьях, где были дети, поставили на 4-е и 5-е место. Хозяйственно-бытовой функции женщины отводили 5-е место, а более половины мужчин – 2-е. Функции воспитательная, социализации и социального интегрирования у женщин и у мужчин занимали соответственно 6-7-е и 9 – 11-е места.

Ролевую функцию женщины поставили на 9 – 11-е места, а для мужчин эта функция была более значима: чаще всего ($68\pm 4\%$) они отводили ей 5 – 9-е места. Функции защитная, сохранения здоровья, психотерапевтическая были более значимы для женщин, персоналистическую около половины женщин поставили на 8-е место, остальные – на 12-13-е; у мужчин эта функция была на 11 – 13-м местах по значимости.

Следует отметить, однако, что половое различие супругов не сказывается на их взглядах на значимость функций семьи, а имеющиеся расхождения носят положительный, естественный характер.

Следующим этапом исследования было изучение оценки супругами выполнения семейных функций в своих семьях. Полученные при этом данные показали, что при первичной сексуальной дезадаптации выполнение эмоциональной функции и жены, и мужа чаще оценивали как удовлетворительное и реже – как хорошее (15 ± 4 и $9\pm 3\%$) или очень плохое (12 ± 3 и $10\pm 3\%$). Выполнение духовной функции большинство супругов ($68\pm 4\%$ жен и $72\pm 4\%$ мужей) считали удовлетворительным, остальные – плохим. Крайних оценок (хорошее и очень плохое) при оценке этой функции не было. Сексуально-эротическая функция, по мнению подавляющего большинства женщин ($93\pm 3\%$) и всех мужчин, выполнялась плохо, а $7\pm 2\%$ женщин считали, что очень плохо.

В наибольшей степени супруги были удовлетворены состоянием репродуктивной функции, выполнение которой все женщины считали удовлетворительным или хорошим, а мужчины – хорошим. Хозяйственно-бытовая функция почти одинаково часто, по мнению обоих супругов, выполнялась плохо или удовлетворительно и лишь изредка ($7\pm 2\%$) – хорошо. Выполнение воспитательной функции в основном было удовлетворительным (по мнению $81\pm 5\%$ женщин и - $85\pm 5\%$ мужчин), в остальных случаях – чаще хорошей, реже - плохой. Оценка выполнения функции социализации у $81\pm 5\%$ жен и $83\pm 5\%$ мужей была удовлетворительной, а ос-

тальные не смогли однозначно определить свое отношение к ее выполнению. Почти так же распределились оценки выполнения функции социального интегрирования.

Ролевая функция по оценке лишь $13\pm 3\%$ женщин и $17\pm 3\%$ мужчин выполнялась удовлетворительно, а по мнению остальных – плохо и очень плохо. Выполнение защитной функции все женщины оценивали как удовлетворительное, а подавляющее большинство ($88\pm 5\%$ мужчин – как удовлетворительное и хорошее (остальные не смогли определить своего отношения к ее выполнению)). Функция сохранения здоровья также чаще всего оценивалась как выполняемая удовлетворительно и хорошо. Выполнение функции персонализации $34\pm 4\%$ женщин оценивали как плохое и очень плохое, остальные – чаще как удовлетворительное, а мужчины в большинстве случаев как удовлетворительное ($66\pm 5\%$) или хорошее ($13\pm 3\%$). Выполнение психотерапевтической функции $72\pm 4\%$ супругов оценивали как удовлетворительное. Так же оценивали большинство супругов и выполнение реабилитационной функции. Хорошее выполнение многих функций в данной группе супружеских пар объясняется, по-видимому, определенной компенсацией невыполнения других функций семьи. Но обращает на себя внимание то обстоятельство, что многие супруги ($36\pm 4\%$) не смогли четко определить свою оценку выполнения последних четырех функций, особенно реабилитационной.

В супружеских парах, у которых наблюдалась вторичная сексуальная дезадаптация, выполнение эмоциональной функции чаще оценивалось как удовлетворительное ($32\pm 6\%$ женщин и $26\pm 6\%$ мужчин) или хорошее (соответственно 40 ± 7 и $18\pm 5\%$ обследованных), но часть супругов (8 ± 4 и $10\pm 4\%$) не смогли четко определить свою оценку выполнения этой функции. Выполнение духовной функции в большинстве случаев (72 ± 6 и $52\pm 7\%$) считалось удовлетворительным и хорошим.

Сексуально-эротическая функция, по мнению всех женщин и $90\pm 4\%$ мужчин, выполнялась плохо, причем жены оценивали ее выполнение хуже, чем мужа. Выполнение репродуктивной функции оценивали хорошо все женщины и $22\pm 6\%$ мужчин, остальные мужчины – удовлетворительно. Хозяйственно-бытовая функция, по мнению преобладающего большинства супругов, выполнялась плохо (86 ± 5 и $82\pm 5\%$). Примерно одинаково часто оценивались как выполняемые плохо также воспитательная функция,

функции социализации, социального интегрирования и ролевая. Выполнение защитной функции $62\pm 7\%$ женщин и $54\pm 7\%$ мужчин оценивали как плохое, остальные – как удовлетворительное. Функции сохранения здоровья и персонализации также чаще всего выполнялись плохо (по мнению соответственно 86 ± 5 и $76\pm 6\%$ женщин и 82 ± 5 и $84\pm 5\%$ мужчин. Психотерапевтическую функцию считали выполняемой плохо $52\pm 7\%$ женщин и $94\pm 3\%$ мужчин, а реабилитационную – все супруги.

Нарушение перечисленных функций семьи явилось в данной группе супружеских пар психотравмой, которая привела к развитию соматизированного расстройства у женщин, тогда как сексуально-эротическая функция была нарушена вторично, как следствие этого расстройства.

В контрольной группе супружеских пар у подавляющего большинства женщин и мужчин первой по значимости была эмоциональная функция, второй – духовная. Сексуально-эротическая функция у тех и других стояла на 3-4-м месте; репродуктивная – также у большинства тех и других на 4-м; хозяйственно-бытовая – у всех супругов на 5-м; воспитательная – у всех на 6-м; функция социализации – у всех на 7-м; функция социального интегрирования – в основном на 8-м; ролевая функция – у женщин на 9-м, у мужчин на 12-м; защитная – у всех женщин на 12-м, у мужчин на 8-9-м; функция сохранения здоровья – у всех

женщин на 7-м, у мужчин на 10-11-м; функция персонализации – у всех женщин и большинства мужчин на 10-м; психотерапевтическая функция – у всех супругов на 13-м и реабилитационная – у всех на последнем, 14-м месте.

Таким образом, все супруги, сохраняющие сексуальную адаптацию, выше всего оценивали значимость эмоциональной и духовной функций семьи. Мужчины больше женщин ценили ролевую функцию и функцию персонализации, женщины больше мужчин – защитную функцию. Но особенно важно, что в подавляющем большинстве случаев у супругов контрольной группы не было расхождений в оценке значимости той или иной функции семьи. Выполнение функций семьи все супруги считали хорошим или, реже, удовлетворительным, что отражало характерную для данной группы супружескую гармонию.

В целом проведенное исследование показало, что при соматизированном расстройстве у женщин нарушается как формирование семьи (при первичной сексуальной дезадаптации), так и выполнение семейных функций (чаще при вторичной дезадаптации). В связи с этим анализ функционирования семьи является необходимым этапом диагностики и условием успешной психотерапии дезадаптации супружеской пары, в которой жена страдает соматизированным расстройством.

Н. Р. Писана

ФОРМУВАННЯ ТА ФУНКЦІОНУВАННЯ СІМ'Ї ПРИ СОМАТИЗОВАНОМУ РОЗЛАДІ У ЖІНОК

Харківська медична академія післядипломної освіти

На основі обстеження 125 подружніх пар з соматизованим розладом у жінки і сексуальною дезадаптацією виявлено порушення формування сім'ї та виконання її функцій при цій патології, а також значущість сімейних функцій для подружжя. Аналіз проведено за 14 функціями сім'ї. Показано взаємозв'язок первинної та вторинної сексуальної дезадаптації подружньої пари зі значущістю і виконанням функцій сім'ї та значення цих зв'язків для успішної психотерапії порушення сексуальної адаптації подружжя при соматизованому розладі у жінок. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2005. — № 1 (15). — С. 70-75)

N. R. Pysanaya

FORMING AND FUNCTIONING FAMILY AT THE SOMATIZED DISTRESS IN WOMEN

Kharkov medical academy of postgraduate studies

On the basis of studying 125 married couples with the somatized distress in wife and sexual desadaptation there are revealed disorders of forming family and performing its functions at the pathology and the value of family functions for spouses. There were analysed 14 family functions. The interrelation is demonstrated between primary and secondary sexual desadaptation of spouses and value and performing of family functions and meaning of these relations for successful psychotherapy of sexual adaptation disorder of spouse at somatized distress in women. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2005. — № 1 (15). — P. 70-75)

Литература

1. Кришталь В.В., Григорян С.Р. Сексология. – М.: Per Se, 2002. – 879с.
2. Николаев В.В. Нарушение сексуального здоровья и функционирования семьи при психопатии у женщин. – Харьков: Основа, 1999. – 226с.
3. Агарков С.Т. Супружеская дезадаптация. – М.: Едиториал УРСС, 2004. – 256с.
4. Кон И.С. Сексология: Уч. пособие. – М.: Academia, 2004. – 384с.
5. Семьонкіна І.А. Подружня дезадаптація при порушенні функцій сім'ї та її психотерапевтична корекція: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. – Київ, 2001. – 16с.

Поступила в редакцію 21.06.2005