

ОСОБЛИВОСТІ ПОДРУЖНЬОЇ ВЗАЄМОДІЇ У ЖІНОК ІЗ ГЕНІТАЛЬНИМ ЕНДОМЕТРІОЗОМ

Харківська медична академія післядипломної освіти

Проведено порівняльний аналіз стану подружньої взаємодії серед пар, в яких дружина страждає на генітальний ендометріоз і в яких жінка має гостру запальну гінекологічну патологію. У сім'ях жінок із генітальним ендометріозом спостерігається порушення подружньої взаємодії, яке виражається у двох клінічних варіантах — соціально-психологічному та біологічному, з різними проявами та механізмом виникнення. Отримані дані лягли в основу розробки програм лікування і профілактики даної патології.

Ключові слова: порушення подружньої взаємодії, генітальний ендометріоз, жінки.

На сьогодні генітальний ендометріоз (ГЕ) залишається надзвичайно актуальною проблемою гінекології: це захворювання трапляється у 12–50 % жінок репродуктивного віку, при цьому частота його у різних категорій хворих може варіювати від 2 до 80 %. Незалежно від локалізації, ГЕ негативно впливає не тільки на функцію уражених та суміжних органів, але й на організм у цілому. Тривалий перебіг, зниження працездатності зумовлюють психологічну й соціальну дезадаптацію хворих у віці їх потенційної громадської активності. Накопичено достатньо даних, які свідчать, що виражені прояви ГЕ, особливо зі значним больовим синдромом, спричиняють психосоматичні порушення, невротоподібні стани та ін. [1–5].

У світі визнано, що ключовою ланкою будь-якого реабілітаційного процесу є сім'я, потенціал якої залежить від стану подружніх, шлюбних стосунків. У шлюбі вирішуються основні екзистенційні людські проблеми, задовольняються чи не задовольняються певні потреби, тому порушення партнерських взаємин має дуже важливі наслідки для кожного з подружжя. Інтимність гінекологічного захворювання може певним чином відігравати свою роль у відносинах у подружжі. Характер відносин, який склався, може бути «буфером» передвиникнення дезадаптації, або, навпаки, породжувати її. Саме тому вивчення особливостей подружньої взаємодії для оцінки реабілітаційного потенціалу сім'ї є облігатним при розробці будь-якої реабілітаційної стратегії, у тому числі й медико-психологічної допомоги жінкам, які хворіють на ГЕ [6, 7].

Мета цієї роботи — дослідження подружньої взаємодії у пацієнток із ГЕ для визначення мішеней психокорекційної роботи.

Із дотриманням принципів біоетики та деонтології протягом 2010–2013 рр. на базі Медичного центру «Союз» (Харків) обстежено 150 подружніх пар (ПП), із них 100, в яких дружини страждали

на ГЕ (N80.0), становили основну групу (ОГ), 50 — порівняльну групу (ПГ) з гострими запальними захворюваннями органів малого тазу (N70.0) у жінок. Подружжя були віком від 27 до 53 років і в кожній парі входили в одну вікову групу (різниця не перевищувала 5 років). Давність шлюбу в обстежених ПП становила від 3 до 15 років.

Оцінку подружньої взаємодії здійснювали за допомогою клініко-психологічного та психодіагностичного методів дослідження з використанням опитувальника тріади любові Р. Стернберга [8], тесту задоволеності шлюбом В. В. Століна, Т. Л. Романової, Г. П. Бутенко [9], класифікації соціального типу сім'ї Т. Б. Дмитрієвої, Б. С. Положего [10], а також системно-структурного аналізу В. В. Кришталю [11].

Аналіз подружньої взаємодії починали з вивчення почуття любові в обстежених виходячи з трьохкомпонентної моделі любові Р. Стернберга, яка включає такі основні компоненти: інтимність, пристрасть, відданість. Р. Стернбергом було виділено вісім поєднань різних компонентів любові, кожне з яких породжує любовні переживання різних видів [8, 12]. Усі вісім переживань ми спостерігали у жінок із двох груп. Найбільш розповсюдженими видами любові у жінок ОГ виявилася фатальна та пристрасна (табл. 1), для якої характерно поєднання компонентів «пристрасті» та «рішення/зобов'язання» за відсутності інтимності, що дозволяє, згідно з Р. Стернбергом, тлумачити такі почуття як безглузді. Така любов не має стабілізуючого елементу інтимності, тобто в цих відносинах немає близькості, яка породжує впевненість, теплоту та можливість ділитися своїм горем, вона характеризується збудженням, прагненням сексуальних контактів, тоді як ГЕ фруструє це бажання, що й призводить до викривлення подружньої взаємодії.

Для жінок ПГ більш характерними виявилися такі види любові, як приязнь, дружня, формальна

або навіть досконала любов. Любов-приятель характеризується близькістю за відсутності пристрасті і рішення/зобов'язання. Дружня любов виникає за наявності поєднання компонентів «інтимність» та «рішення/зобов'язання» та за відсутності пристрасті. Це довготривала віддана дружба, котра виникає між подружжям після того, як фізичний потяг (головне джерело пристрасті) поступово згасає. Формальна любов виникає в результаті прийняття рішення про те, що жінка любить чоловіка та віддана цій любові за відсутності як інтимності, так і пристрасті. Досконала любов включає усі три компоненти любові, очевидно, що за наявності у жінки такої любові до чоловіка, таких відносин, вона має саме той ідеальний стабілізуючий фактор, який дозволяє їй бути впевненою у собі, у своїх стосунках із чоловіком, тому факт гінекологічного захворювання не призводить до викривлення подружніх взаємин.

Отже, для жінок із хронічним гінекологічним захворюванням — ГЕ виявились характерними види любові до чоловіка, в яких дуже вагомим є компонент пристрасті, до того ж з редукованим компонентом інтимності. Неможливість реалізації через гінекологічні та сексологічні наслідки ГЕ компонента пристрасті та відсутність «надійного чоловічого плеча» саме й призводить до деформації подружньої взаємодії. Для жінок із гострими запальними гінекологічними захворюваннями притаманні дружня, формальна або досконала любов, а також заснована на приятелі, що не спричиняє порушення подружньої взаємодії.

Таблиця 1

Структурний розподіл видів любові серед обстежених жінок (за класифікацією Р. Стернберга)

Види любові	Частота, %				φ*-критерій	p
	ОГ, n = 100		ПГ, n = 50			
	абс. ч.	%	абс. ч.	%		
Відсутність любові	6	13	5	9	0,60	—
Фатальна	18	40	1	2	5,39	0,00
Пристрасна	9	20	1	2	3,04	0,00
Романтична	5	11	2	4	1,26	0,10
Формальна	3	7	11	23	2,33	0,00
Дружня	3	7	15	28	2,95	0,00
Приязнь	1	2	9	19	2,90	0,00
Досконала	0	0	9	19	4,34	0,00

Примітка. Шрифтом виділено значущу різницю.

За результатами вивчення задоволеності шлюбом обстежені подружні пари розподілилися таким чином (табл. 2).

Серед сімей ОГ благополучних не було. Більшість у цій групі становили неблагополучні (32,0±4,7%), напевне неблагополучні (34,0±4,7%) і перехідні (24,0±4,3%) сім'ї. Серед подружніх пар ПГ рівномірно траплялися напевне неблагополучні (12,0±3,2%), перехідні (12,0±3,2%), напевне благополучні (32,0±4,7%), благополучні (28,0±4,5%) і абсолютно благополучні (12,0±3,2%). Відмінності між групами мали негативну статистично значущу ($p \leq 0,01$) кореляцію.

Таким чином, у всіх подружніх пар ОГ діагностована деформація подружньої взаємодії різного ступеня вираженості, тоді як сім'ї у ПГ продемонстрували, в цілому, успішність свого функціонування.

При аналізі закономірностей формування порушення подружньої взаємодії (ППВ), що спостерігались в ОГ, ми керувалися теорією стадійності та етапності формування сім'ї, яка обґрунтована в роботах В. В. Кришталя [11].

Результати вивчення порушення стадійності та етапності становлення подружньої взаємодії в подружніх пар ОГ подано в табл. 3. Отримані дані дозволили виділити серед обстежених дві підгрупи, що відрізнялися за часом виникнення і механізмом розвитку ППВ. У підгрупу 1 увійшло 39 подружніх пар, в яких ППВ виникло до захворювання дружини на ГЕ, у підгрупу 2 — 61 пара з ППВ, яке реєструвалося після діагностики гінекологічної хвороби. Відмінності між підгрупами ОГ мали негативну статистично значущу ($p \leq 0,025$) кореляцію.

У подружжях обох підгруп спостерігались порушення становлення подружньої взаємодії на всіх стадіях і етапах її формування, проте у подружніх

Таблиця 2

Розподіл обстежених подружніх пар за результатами вивчення задоволеності шлюбом (%±m)

Тип шлюбу	ОГ, n = 100	ПГ, n = 50
Абсолютно неблагополучний	8,0±2,7	—
Неблагополучний	32,0±4,7	4,0±2,0
Напевне неблагополучний	34,0±4,7	12,0±3,2
Перехідний	24,0±4,3	12,0±3,2
Напевне благополучний	2,0±1,4	32,0±4,7
Благополучний	—	28,0±4,5
Абсолютно благополучний	—	12,0±3,2

пар підгрупи 1 були більш виражені порушення, ніж у ПП підгрупи 2, що визначали клінічну специфічність ППВ.

Наступним кроком роботи було визначення ступеня ураження та взаємовпливу різних чинників розвитку ППВ.

Результати системно-структурного аналізу ППВ серед подружніх пар ОГ подано в табл. 4. Наведені дані отримано за допомогою дисперсійного аналізу про відгук числової природи, що формується змінними, які впливають на стан подружньої взаємодії обстежених,

$$(X_i - X) = \alpha_1 + \beta_1 + \gamma_1 + \delta_1 + \dots + \varepsilon_1,$$

тобто згідно з якою загальна дисперсія складається зі змін, що залежать від фактора α , плюс змін другого чинника β , плюс змін третього фактора γ , плюс змін четвертого фактора δ , плюс випадкова помилка ε . Тоді загальна дисперсія складається з кількох компонентів

$$\Sigma\sigma^2 = \sigma_\alpha^2 + \sigma_\beta^2 + \sigma_\gamma^2 + \sigma_\delta^2.$$

У нашому випадку виникло питання про існування змін подружньої взаємодії в обстежених залежно від групового розподілу. Відмінність між обраними групами могла вважатися значною, якби розрахункове значення критерію Фішера (співвідношення групової дисперсії до внутрішньогрупової) було більше табличного, взятого із заданим ступенем свободи $(m-1)$ та $m(n-1)$. Відповідно до отриманих даних розрахункове значення критерію Фішера було нижче табличного, що свідчило про відсутність значущих розбіжностей між групами. Таким чином, незалежно від групового розподілу обрані порушення компонентів і складових подружньої взаємодії робили свій внесок у структуру ППВ обстежених подружніх пар.

Серед осіб підгрупи 1 максимально ураженим виявився соціально-психологічний компонент подружньої взаємодії. Через відсутність взаємного бажання досягти взаєморозуміння, взаємної любові, глибоких емоційних зв'язків, невідповідність спрямованості особистості і рольових позицій, невідповідність рівня домагань, а також невідповідність кожного бажаного образу в уявленні іншого, цей компонент був порушений у 100% випадків.

У підгрупі 2 обстежених максимально ураженим виявився біологічний компонент подружньої взаємодії. Порушення реалізації сексуальності, обумовлене наявністю ГЕ у дружини, у сполученні з розладами психоемоційної сфери, що спостерігались у всіх жінок із ГЕ, зумовило ураження біологічного компонента в 100% випадків. Психологічний компонент серед подружніх пар підгрупи 2 визначався як порушений у 19,4% в результаті наявності в обох сексуальних комплексів,

Порушення стадійності та етапності подружньої взаємодії у подружніх пар, в яких жінка хворіє на ГЕ (% \pm m)

Стадія, етап	ОГ, n = 100	
	підгрупа 1, n = 39	підгрупа 2, n = 61
Стадія первинної адаптації, етапи		
романтичний	55,1 \pm 5,0	51,6 \pm 5,0
психологічної адаптації	85,5 \pm 3,5	—
сексуальної адаптації	—	93,5 \pm 2,5
Стадії становлення рольових позицій подружжя, функцій сім'ї, етапи		
— аксіологічний ставлення дружини до чоловіка як:		
особистості	78,3 \pm 4,1	6,5 \pm 2,5
чоловіка	73,9 \pm 4,4	100,0
власника	60,9 \pm 4,9	19,4 \pm 4,0
батька	2,9 \pm 1,7	—
робітника	53,6 \pm 5,0	—
ставлення чоловіка до дружини як:		
особистості	94,2 \pm 2,3	—
жінки	—	12,9 \pm 3,4
дружини	75,4 \pm 4,3	—
власниці	63,8 \pm 4,8	—
матері	—	—
робітниці	50,7 \pm 5,0	—
— виконання функцій сім'ї	100,0	100,0
Стадія особистісного зростання		
соціально-психологічна компетентність	100,0	48,4 \pm 5,0
адекватність у системі цінностей	100,0	100,0
конструктивна мотивація	100,0	74,2 \pm 4,3
оцінка значущості кожного члена сім'ї як особистості	100,0	67,7 \pm 4,7
Стадія формування узгодженого уявлення про сім'ю, почуття «ми»	100,0	61,3 \pm 4,9

негативного впливу на сексуальну поведінку особистісних особливостей, невідповідності їх сексуальних установок і мотивацій до сексуальних відносин.

Таким чином, структурний аналіз ППВ показав, що серед подружніх пар підгрупи 1 стрижневим (III ступеня) виявилось ураження соціально-психологічного компонента подружньої взаємодії,

Системно-структурний аналіз соматогенних, психогенних і соціогенних складових та компонентів розвитку ППВ у подружніх пар, в яких жінка хворіє на ГЕ (%±m)

Компоненти і складові подружньої взаємодії	Підгрупи обстежених		Аналіз		
	підгрупа 1, n = 39	підгрупа 2, n = 61	SD	F	p
Соціальний (складові):					
інформаційно-оціночна	17,4±3,8	12,9±3,4	19,72	2,358461	0,267946
соціокультурна	20,3±4,0	11,6±3,2	34,01	1,889471	0,396001
Психологічний	42,0±4,9	19,4±4,0	42,63	2,035825	0,370136
Соціально-психологічний	100,0	48,4±5,0	49,01	2,170428	0,3518035
Біологічний (складові):					
нейрогуморальна	76,8±4,2	67,7±4,7	76,67	4,645246	0,17714
психічна	100,0	100,0	112,82	2,559428	0,280944
генітальна	100,0	100,0	14,67	4,402255	0,185108
χ^2		13,3654	F критичне		4,759126
Критичне значення χ^2		12,07642	df		2

Примітка. SD — стандартна помилка; F — критерій Фішера; F критичне — критичне значення розподілу Фішера; df — число ступенів свободи у дисперсійному аналізі; p — ймовірність помилки першого роду, рівень статистичної значущості; χ^2 — розрахункове значення критеріального розподілу Хі-квадрат.

а для подружніх пар підгрупи 2 — біологічного його компонента, тоді як порушення інших компонентів (II ступеня) лише потенціювали виникнення і перебіг ППВ.

Аналіз результатів проведеного дослідження дав змогу виділити два варіанти розвитку ППВ у сім'ях, в яких дружина хворіє на ГЕ.

Перший варіант — соціально-психологічний — визначається незалежно від наявності ГЕ як результат невиконання сімейних функцій: емоційної, духовної, сексуально-еротичної, рольової, захисної, психотерапевтичної, а також функцій персоналізації, соціалізації, соціального інтегрування та збереження здоров'я. При цьому варіанті стрижневим є ураження соціально-психологічного компонента подружньої взаємодії.

Другий варіант — біологічний — виникає внаслідок наявності у дружини ГЕ та зумовлений невиконанням сексуально-еротичної, психотерапевтичної, реабілітаційної функції сім'ї та функції збереження здоров'я. Це відбувається за рахунок стрижневого ураження біологічного компонента подружньої взаємодії.

Для першого варіанту не є характерною наявність прямого зв'язку між захворюванням на ГЕ у жінок і виникненням ППВ. Воно розвивається або від початку подружнього життя, або через кілька років із прогресуванням міжособистісного конфлікту подружжя через комунікативну та сексуально-еротичну дезадаптацію. У цьому випадку наявність ППВ є довгостроковою стресовою

ситуацією, яка стає одним із чинників патогенного тла для розвитку ГЕ. Ці родини в більшості випадків мали абсолютно та просто неблагополучні варіанти сімейних відносин за ступенем задоволеності шлюбом. При цьому клінічному варіанті НФС тип сім'ї характеризувався як «фронтонна зона» [10]. Такі подружжя характеризувалися наявністю деструктивних міжособистісних відносин, що доходили до постійних скандалів, конфліктів, взаємних принижень. Між членами родини існувала виражена напруженість, несприйняття одне одного, була відсутня функція соціальної підтримки. Такі взаємини ставали факторами психічної дезадаптації, що сприяли невротизації особистості. Роль пускового механізму в розвитку такого варіанта ППВ відіграють психогенні і соціогенні чинники. Центральною ланкою в змінах, що відбуваються, є особистість. Залежно від особистісних характеристик і механізму психологічного захисту особистість або успішно переборює стрес, або в неї відбувається трансформація психосоматичних співвідношень — виникають невротичні, вегетативно-судинні, ендокринні реакції, що сприяють розвитку соматичної патології. Ці порушення підтримують дисстрес і самі по собі стають психотравмою, замикаючи, таким чином, хибне коло.

За другого клінічного варіанту ППВ виникає через деякий час після того, як дружина захворіла на ГЕ. У цьому випадку наявність ППВ є одним із чинників психотравматизації, який мав вплив на ускладнення перебігу ГЕ. За ступенем

задоволеності шлюбом серед таких сімей переважали скоріше неблагополучні чи перехідні варіанти. Такий тип родини мав умовну назву «нейтральна смуга» [10]. Дефіцит в емоційній сфері, відсутність функції соціальної підтримки в родині даного типу є факторами ризику щодо порушень психічного здоров'я.

Треба зазначити, що серед подружжів ПГ домінуючим установлений тип сім'ї «надійний тил» [10], який характеризувався ширими взаєминами й комфортним психологічним мікрокліматом із наявною функцією соціальної підтримки, що забезпечувало саногенний і проєктивний вплив на обох із подружжя.

Отримані дані були покладені нами в основу системи психокорекційних заходів, спрямованих на покращання якості життя й подружньої взаємодії у жінок, що страждають на ГЕ.

Список літератури

1. *Вільгельм А. А.* Оцінка якості життя та реабілітація жінок, оперованих з приводу генітального ендометріозу: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук; спец. 14.01.01 «Акушерство та гінекологія» / А. А. Вільгельм; Львівський національний медичний ун-т ім. Данила Галицького.— Львів, 2004.— 19 с.
2. Состояние вегетативной регуляции при эндометриозе у женщин репродуктивного возраста с тревожно-депрессивными расстройствами / **Р. Ф. Насырова**, Л. С. Сотникова, В. В. Новицкий [и др.] // Бюллетень сибирской медицины.— 2009.— Т. 8, № 3.— С. 58–63.
3. *Адамян Л. В.* Клинико-эмбриологические аспекты эндометриоз-ассоциированного бесплодия (обзор литературы) / **Л. В. Адамян, Е. А. Коган, Е. А. Калинина** // Проблемы репродукции.— 2010.— № 5.— С. 47–51.
4. Психоиммунные взаимодействия при эндометриозе у женщин репродуктивного возраста /

- Р. Ф. Насырова, Л. С. Сотникова, Н. В. Байструкова [и др.] // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины.— 2011.— № 7, Т. 152.— С. 100–105.
5. *Насырова Р. Ф.* Психическое здоровье женщин с гинекологической патологией (клинико-патогенетический, социально-психологический и реабилитационный аспекты): автореф. дис. на соискание учен. степени д-ра мед. наук; спец. 14.01.06 «Психиатрия»; 14.03.03 «Патологическая физиология» / **Р. Ф. Насырова; Федеральное бюджетное государственное учреждение «Научно-исследовательский институт психического здоровья»** Сибирского отделения Российской академии медицинских наук.— Томск, 2012.— 50 с.
 6. *Макаренко А. О.* Особливості шлюбних відносин у жінок з дезадаптивними станами та установками внаслідок гістеректомії / А. О. Макаренко // Проблеми сучасної педагогічної освіти. Серія: Педагогіка і психологія: зб. ст.— Ялта: РВВ, 2010.— С. 86–92.
 7. *Маркова М. В.* Система медико-психологической реабилитации женщин, перенесших оперативные вмешательства на внутренних половых органах: мишени, этапы, эффективность / М. В. Маркова, Е. В. Кришталь, В. В. Свиридова // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология.— 2012.— № 3 (09).— С. 35–43.
 8. *Sternberg R. J.* «Triangulating Love» / R. J. Sternberg, M. L. Barnes / *The Psychology of Love*.— New Haven, ST: Yale University Press, 1988.— P. 119–138.
 9. *Ильин Е. П.* Дифференциальная психофизиология мужчины и женщины / **Е. П. Ильин.**— СПб.: Питер, 2002.— 544 с.
 10. Руководство по социальной психиатрии; под ред. Т. Б. Дмитриевой.— М.: Медицина, 2001.— 560 с.
 11. *Кришталь В. В.* Сексологія: навч. посіб.: в 4 ч. / В. В. Кришталь, Є. В. Кришталь, Т. В. Кришталь.— Харків: Фоліо, 2008.— 990 с.
 12. *Sternberg R. J.* A Triangular Theory of Love / R. J. Sternberg // *Psychological Rev.*— 1986.— № 93.— P. 119–135.

ОСОБЕННОСТИ СУПРУЖЕСКОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ У ЖЕНЩИН С ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ

О. А. ЧИСТОВА

Проведен сравнительный анализ состояния супружеского взаимодействия среди пар, в которых жена страдает генитальным эндометриозом и в которых женщина имеет острую воспалительную гинекологическую патологию. В семьях женщин с генитальным эндометриозом наблюдается нарушение супружеского взаимодействия, которое выражается в двух клинических вариантах — социально-психологическом и биологическом, с различными проявлениями и механизмом возникновения. Полученные данные легли в основу разработки программ лечения и профилактики данной патологии.

Ключевые слова: нарушение супружеского взаимодействия, генитальный эндометриоз, женщины.

THE FEATURES OF MARITAL INTERACTION IN WOMEN WITH ENDOMETRIOSIS

O. A. CHISTOVA

The paper presents a comparative study of state of spouse interaction in couples in which the wife suffers from genital endometriosis compared with women with acute inflammatory gynecological diseases. Disorders of spouse interaction expressed in two clinical variants, sociopsychological and biological, the various manifestations and mechanism of occurrence were observed in families of women with genital endometriosis. The obtained data formed the basis for development of programs for treatment and prevention of this disease.

Key words: disorders of spousal interaction, genital endometriosis, women.

Надійшла 19.02.2014