

УДК 616.89: 159.942.2
В.В.Воробйов

ФУНКЦІОНУВАННЯ СІМ'Ї ТА ЙОГО ПОРУШЕННЯ ЯК ФАКТОР РИЗИКУ МАСТОПАТІЇ У ЖІНОК

Харківська обласна клінічна лікарня

В.В.Воробйов

ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ СЕМЬИ И ЕГО НАРУШЕНИЕ КАК ФАКТОР РИСКА МАСТОПАТИИ У ЖЕНЩИН

Харьковская областная клиническая больница

В работе приведены данные сравнительного изучения состояния функционирования семьи среди супружеских пар, в которых жена страдает мастопатией (основная группа, n = 100) и тех, в которых у супруги данное заболевание отсутствует (контрольная группа, n = 50). Установлено, что для супружеских пар контрольной группы характерным выявилось успешное семейное функционирование, имеющее протективное влияние на состояние психического здоровья и психологического благополучия, препятствующее развитию психосоматических заболеваний у ее членов, в то время, как в семьях основной группы диагностировано нарушение функционирования семьи (его социально-психологический и сексуальный клинические варианты), что имело негативное патогенное влияние на состояние психического здоровья и психологического благополучия членов семьи, способствуя развитию мастопатии у женщин.

Ключевые слова: *нарушение функционирования семьи, мастопатия.*

V.V.Vorobjev

THE FAMILY FUNCTIONING AND IT'S VIOLATION AS FACTOR OF RISK OF MASTOPATHY FOR WOMEN

Kharkov regional clinic hospital

The information of comparative study of the state of family functioning among matrimonial pair, in which a wife suffers a mastopathy (basic group, n = 100) and those in which for a wife this disease absents (control group, n = 50) is resulted. It is set that for the matrimonial pair of control group the successful family functioning having protective influence came to light characteristic on the state of mental health and psychological prosperity, impedimental development of psychosomatic diseases for its members, while violation of family functioning (it's social-psychological and sexual clinical variants) that had a negative pathogenic influence on the state of psychical health and psychological prosperity of family members, instrumental in development of mastopathy for women.

Keywords: *violation of family functioning, mastopathy.*

Нажаль, тенденція сьогодення вказує на те, що мастопатія стала супутницею сучасної жінки. Більше того, реальна картина в Україні вже давним давно перейшла червону межу - 12 мільйонів жінок вже зіткнулися з діагнозом мастопатії [1, 2]. Лікарі-мамологи часто наголошують на тому, що це захворювання - дзеркало, яке відображує загальний стан здоров'я жінки. Відомо, що мастопатія - поліетіологічне захворювання, проте, питома вага в її розвитку належить неправильному способу життя, що призводить до виникнення хвороби [3, 4].

За свідомством вчених, довготривалий психоемоційний стрес, психологічне неблагополуччя, а також незадоволення статевим життям та його нерегулярність є одними з основних причинних факторів виникнення мастопатії [5]. Ці чинники залежать від стану функціонування сім'ї (ФС), бо саме там мають безпосередню реалізацію. Тому, на думку фахівців [5, 6], сьогодні існує необхідність вивчення проблеми ФС та його порушення як фактора ризику мастопатії для розробки психопрофілактичних та психокорекційних заходів в комплексному лікуванні даного захворювання.

Треба зазначити, що сім'я і проблеми її життєдіяльності служать об'єктом дослідження ще з глибокої стародавності. Ще античні мислителі Платон, Аристотель та Овідій у своїх працях критикували типи родини, що

існували за їх часів і висували проекти її перетворення. Розглядаючи проблему функціонування сім'ї, дослідниками виділено ряд закономірностей її формування та розвитку, які найбільш послідовно, на нашу думку, обґрунтовані в роботах В.В.Криштала та представників його наукової школи [7, 8]. Так, ними визначені закономірності (стадійність та етапність) становлення сім'ї, сформульовані її функції (емоційна, духовна, сексуально-еротична, репродуктивна, господарсько-побутова, виховна, функція соціалізації, соціальної інтеграції, захисна, рольова, персоналістична, функція збереження здоров'я, психотерапевтична, реабілітаційна), виділені типи шлюбу: гармонійний, дизгармонійний та псевдогармонійний [9].

Гармонійний тип шлюбу визначається максимально високим рівнем соціальної, психологічної, соціально-психологічної і сексуально-еротичної адаптації, що обумовлює подружній синергізм.

Дизгармонійний тип шлюбу характеризується наявністю ізольованого чи сполученого порушення адаптації подружжя. Цей тип існує в двох варіантах: а) антагоністичному (виникаючому у випадках, коли члени родини мають такі особливості особистості, які різко обмежують чи цілком протидіють досягненню адаптації на всіх рівнях подружньої взаємодії); б) в такому, що негативно-доповнює (подружжя є патологічними комплементарними партнерами, причому

патологічне доповнення засноване на синтропічності особистісних особливостей кожного з подружжя).

Псевдогармонійний тип шлюбу виникає, коли в обох з подружжя є психопатологія, що приводить до їхньої уявної адаптації при наявній невідповідності особистої і суспільної моралі й етики. У цьому типі шлюбу виділяються псевдопозитивно-доповнюючий, псевдосимбіотичний, псевдо-синергічний варіанти.

Стан ФС має безпосередній вплив на психічне здоров'я її членів. Так, Т.Б.Дмитрієвою, Б.С.Положим [10] виділено три типи родин, що відіграють різну роль у процесі формування, збереження та зміцнення психічного здоров'я.

Перший тип одержав умовну назву «надійний тил». Характеризується щирими теплими взаєминами всіх членів родини, їхніми загальними турботами та інтересами, комфортним психологічним мікрокліматом. Особливо важлива існуюча в родині функція взаємної соціальної підтримки. Ця функція є своєрідним буферним механізмом для пом'якшення психологічних наслідків стресу. Таким чином, міжособистісні взаємини, що існують у родині типу «надійний тил», є факторами охорони психічного здоров'я, виконуючи саногенну і протективну функції.

Другий тип – «фронтна зона». Така родина характеризується наявністю деструктивних міжособистісних відносин, що доходять до постійних скандалів, конфліктів, взаємних принижень. Між членами родини існує виражена напруженість, несприйняття один одного, відсутня функція соціальної підтримки. Такі взаємини є факторами психічної дезадаптації, сприяють невротизації особистості. У підсумку даний тип родини є патогенним у відношенні психічного здоров'я та розвитку психосоматичних захворювань.

Третій тип має умовну назву «нейтральна смуга». Міжособистісні відносини в таких родинах носять формальний, байдужий, холодний характер. Дефіцит в емоційній сфері, відсутність функції соціальної підтримки в родинах даного типу є факторами ризику у відношенні порушень психічного здоров'я та виникнення хвороб психосоматичного кола.

Отже, з метою дослідження стану ФС та його порушення як фактора ризику мастопатії, обстежено 150 подружніх пар (ПП), серед яких в 100 ПП жінки страждали на мастопатію, а в інших 50 ПП у дружин захворювання на мастопатію не було. Обстежені були у віці від 27 до 53 років і в кожній ПП входили в одну вікову групу, що не перевищувала 5 років. Контингент обстежених був досить однорідним за усіма базовими показниками, що дало можливість вивчити проблему, а результати дослідження вважати такими, що репрезентативно відображають генеральну сукупність.

Для досягненні поставленої мети було здійснено психодіагностичне дослідження із використанням наступного діагностичного інструментарію: внутрішньосімейну адаптацію (ВА) визначали за допомогою методики D.H.Sprenkle, B.L.Fisher [цит. за 11], яка містить оцінку 17 параметрів адаптації: наявність емоційної атракції партнерів; їх самотий-

ність та відповідальність; наявність відносин зрілої залежності; взаємна підтримка один одного, наявність вербального та невербального піклування про потреби один одного; здатність брати відповідальність за захист благополуччя один одного; наявність почуття психологічної безпеки в сім'ї; партнерська (подружня) надійність; родинна ідентичність, відчуття сполученості; надання фізичної допомоги один одному; превалювання приємних контактів між партнерами; подружня гнучкість (здатність до нової поведінки та поглядів при зміні обставин); демократичне лідерство; наполегливість поведінки партнерів як опозиція агресивності і пасивності; успішне подолання розбіжностей в різних сферах функціонування сім'ї; здатність при необхідності до змін сімейного функціонування; рольова гнучкість; здатність до асиміляції позитивного та негативного зворотнього зв'язку.

ФС та його порушення виявляли за допомогою тесту задоволеності шлюбом, який розроблений В.В.Століним, Т.Л.Романовою, Г.П.Бутенко [цит. за 12] та містить шкали: абсолютно неблагополучна сім'я, неблагополучна сім'я, скоріше неблагополучна, перехідна, скоріше благополучна, благополучна, абсолютно благополучна сім'я.

Для з'ясування механізмів розвитку порушення ФС та визначення впливу на нього соціальних, соціально-психологічних, психологічних і біологічних чинників, використовували метод системно-структурного аналізу, розробленого В.В.Кришталем [9].

Отже, дослідження ступеню ВА дозволило виділити чотири варіанти адаптивності шлюбу серед усіх створених сімей (табл. 1).

Таблиця 1

Розподіл обстежених ПП в залежності від типів ВА, % ± m

Тип шлюбу	Контрольна група, n = 50	Основна група, n = 100
Адаптований	78,0 ± 4,1	–
Відносно адаптований	20,0 ± 4,0	–
Неузгоджений	–	60,0 ± 4,9
Дезадаптивний	–	38,0 ± 4,9

Адаптований тип шлюбу (показники ВА перевищували 10 балів) переважав у контрольній групі – 78 %; в основній – в жодній сім'ї. Відносно адаптований тип шлюбу (показники ВА знаходились в межах 6–10 балів) був характерний для 20 % контрольної групи. Неузгоджений тип характеризувався високими показниками ВА в одного з досить низькими в іншого з подружжя – цей варіант мав місце у 60 % сімей основної групи. Дезадаптований тип шлюбу (показники ВА не перевищували 6 балів) виявлений серед 38,0 % сімей основної групи – явища комплементарності не спостерігалися зовсім.

За результатами вивчення задоволеності шлюбом та функціонування сім'ї, обстежені ПП розподілилися наступним чином (табл. 2).

Таблиця 2

Розподіл обстежених ПП за результатами вивчення задоволеності шлюбом, % ± m

Тип шлюбу	Контрольна група, n=50	Основна група, n=100
Абсолютно неблагополучний	–	8,0 ± 2,7
Неблагополучний	–	32,0 ± 4,7
Скоріше неблагополучний	–	36,0 ± 4,8
Перехідний	–	24,0 ± 4,3
Скоріше благополучний	38,0 ± 4,9	–
Благополучний	30,0 ± 4,6	–
Абсолютно благополучний	32,0 ± 4,7	–

Серед сімей основної групи благополучних не було. Питому вагу в цій групі становили неблагополучні (32 %), скоріше неблагополучні (36 %) та перехідні (24 %) родини. Серед подружжів контрольної групи рівномірно зустрічалися скоріше благополучні (38 %), благополучні (30 %) та абсолютно благополучні (32 %).

Таким чином, в усіх ПП основної групи діагностовано наявність ПФС, тоді як сім'ї контрольної групи продемонстрували успішність свого функціонування.

При з'ясуванні та визначенні порушення закономірностей формування сім'ї, що мало місце серед осіб основної групи, ми керувались теорією щодо етапності та стадійності формування сім'ї, які послідовно обґрунтовані в роботах В.В.Кришталя. Результати вивчення порушення стадійності та етапності становлення сім'ї серед осіб основної групи представлено у табл. 3. Отримані дані дозволили виділити серед обстежених 2 підгрупи, які відрізнялись за механізмом розвитку порушення становлення ПП та формування ПФС. До 1-ої підгрупи увійшло 69 сімей із клінічно вираженим соціально-психологічним варіантом ПФС, до 2-ої підгрупи – 31 сімей з сексуальним варіантом розвитку ПФС.

Таблиця 3

Порушення стадійності та етапності становлення сім'ї у обстежених з ПФС, % ± m

Стадія, етап	Основна група, n = 100	
	1 підгрупа, n = 69	2 підгрупа, n = 31
Стадія первинної адаптації, етапи		
романтичний	55,1 ± 5,0	51,6 ± 5,0
психологічної адаптації	85,5 ± 3,5	–
сексуальної адаптації	–	93,5 ± 2,5
Стадія становлення рольових позицій подружжя, функції сім'ї, етапи		
- аксіологічний		
відношення жінки до чоловіка як до		
особистості	78,3 ± 4,1	6,5 ± 2,5
чоловіка	–	87,1 ± 3,4

мужу	73,9 ± 4,4	100,0
господарю	60,9 ± 4,9	19,4 ± 4,0
батька	2,9 ± 1,7	–
робітника	53,6 ± 5,0	–
відношення чоловіка до жінки як до		
особистості	94,2 ± 2,3	–
жінці	–	12,9 ± 3,4
дружини	75,4 ± 4,3	–
господарці	63,8 ± 4,8	–
матері	–	–
робітниці	50,7 ± 5,0	–
- виконання функцій сім'ї	100,0	100,0
Стадія особистісного росту		
соціально-психологічна компетентність	100,0	48,4 ± 5,0
адекватність в системі цінностей	100,0	100,0
конструктивна мотивація	100,0	74,2 ± 4,3
оцінка значущості кожного члена сім'ї як особистості	100,0	67,7 ± 4,7
Стадія формування погодженої уяви про родину, почуття «ми»		
Стадія формування погодженої уяви про родину, почуття «ми»	100,0	61,3 ± 4,9

Наступним кроком роботи було визначення ступеню поразки та взаємовпливу різних чинників, які беруть участь у розвитку ПФС. Результати системно-структурного аналізу ПФС серед подружжів основної групи, представлені в табл. 4, в якій приведені дані, отримані за допомогою дисперсійного аналізу про відгук числової природи, що формується перемінними, які впливають на стан функціонування обстежених сімей, $(X_i - \bar{X}) = \alpha_1 + \beta_1 + \gamma_1 + \delta_1 + \dots + \epsilon_1$, тобто згідно якої загальна дисперсія (розсіювання) складається зі змін, що залежать від фактора α , плюс змін другого фактора β , плюс змін третього фактора γ плюс змін четвертого фактора δ , плюс випадкова помилка ϵ . Тоді загальна дисперсія складається з декількох компонентів $\sigma^2 = \sigma_\alpha^2 + \sigma_\beta^2 + \sigma_\gamma^2 + \sigma_\delta^2$. У нашому випадку виникло питання про існування змін ФС в обстежених у залежності від групового розподілу. Відмінність між обраними групами могла вважатися значимою, якщо розрахункове значення критерію Фішера (співвідношення міжгрупової дисперсії до внутрішньогрупової) було б більше табличного, узятого з заданим ступенем свободи $(m - 1)$ та $m(n - 1)$. Згідно отриманих даних розрахункове значення критерію Фішера було нижче табличного, що свідчило про відсутність значимих розходжень між групами. Таким чином, поза залежністю від групового розподілу обрані порушення компонентів та складових ФС вносили свій властивий їм вклад до структури ПФС обстежених ПП.

Серед осіб першої підгрупи максимально втраченим виявився соціально-психологічний компонент функціонування сім'ї. У результаті відсутності взаємного бажання порозумітися, взаємної любові, глибоких емоційних зв'язків, невідповідності спрямованості

особистості і рольових позицій, невідповідності рівня домагань, а також невідповідність кожного бажаному

образу в представленні іншого, цей компонент виявився порушеним в 100 % випадків.

Таблиця 4
Системно-структурний аналіз по соматогенних, психогенних і соціогенних складових і компонентах розвитку ПФС у сімей основної групи, % ± m

Компоненти та складові ФС	Підгрупи обстежених		Аналіз		
	1 підгрупа, n= 69	2 підгрупа, n= 31	SD	F	p
Соціальний (складові)					
- інформаційно-оцінювальна	17,4 ± 3,8	100,0	19,72	2,358461	0,267946
- соціокультурна	20,3 ± 4,0	100,0	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	11,6 ± 3,2	12,9 ± 3,4	14,67	4,402255	0,185108
χ^2		13,3654	F критичне		4,759126
Критичне значення χ^2		12,07642	df		2

Примітки: SD – стандартна похибка; F - критерій Фішера; F критичне – критичне значення розподілу Фішера; df – число ступенів свободи у дисперсійному аналізі; p – ймовірність помилки першого роду, рівень статистичної значимості; χ^2 - розрахункове значення критеріального розподілу хі-квадрат.

В другій підгрупі обстежуваних максимально ураженим виявився соціальний компонент ФС. Порушення соціалізації сексуальності обох з ПП, невідповідність типів їхньої сексуальної культури й етнічних особливостей сексуальності обумовило дисфункцію соціокультурної складової в 100 % випадків. Інформаційно-оцінювальна складова соціального компоненту також виявилась порушеною у всіх сімей, що належать 2-ої підгрупи. Психологічний компонент серед подружжя 2-ої групи виявився порушеним у 19,4 % у результаті наявності в обох з родини сексуальних комплексів, наявності негативного впливу на сексуальну поведінку особистісних особливостей, невідповідності їхніх сексуальних установок і мотивацій до вступу до сексуальних стосунків.

В результаті структурного аналізу ПФС, було виявлено, що серед сімей 1-ої підгрупи стрижневою (III ступеня) виявилися поразка соціально-психологічного компоненту ФС, а для ПП 2-ої підгрупи – соціального його компоненту, тоді як порушення інших компонентів (II ступеня) лише потенціювали виникнення та перебіг ПФС.

Аналіз результатів проведеного дослідження дав змогу виділити два варіанти (соціально-психологічний та сексуальний) розвитку ПФС серед ПП основної групи.

Перший варіант – розвивався як результат невиконання наступних сімейних функцій: емоційної, духовної, рольової, захисної, психотерапевтичної, а також функцій персоналізації, соціалізації та соціального інтегрування. При цьому варіанті стрижневим було ураження соціально-психологічного компонентів функціонування сім'ї.

Цей варіант виникав через деякий час з прогресуванням міжособистісного конфлікту внаслідок комунікативної дезадаптації та третьому етапі формування сім'ї. Такі родини в більшості випадків мали дезадаптований чи неузгоджений тип шлюбу за рівнем ВА та абсолютно і просто неблагополучні варіанти подружніх відносин згідно ступеню задоволеності. При даному клінічному варіанті ПФС тип сім'ї характеризувався як «фронтальна зона», що було патогенним у відношенні психічного здоров'я та розвитку психосоматичних захворювань. Роль пускового механізму в розвитку такого варіанту ПФС грали психогенні і соціогенні фактори. Центральною ланкою в змінах, що відбувались, була особистість. У залежності від особистісних характеристик і механізму психологічного захисту особистість або успішно переборювала стрес, або відбувалась трансформація психосоматичних співвідношень – виникали невротичні, вегетативно-судинні, ендокринні реакції, що сприяли розвитку мастопатії. Ці порушення підтримували дистрес і самі по собі ставали психотравмою, замикаючи, таким чином, порочне коло.

Другий варіант – зумовлений невиконанням емоційної, сексуально-еротичної та рольової функцій, відбувався за рахунок стрижневого ураження соціального компоненту функціонування сім'ї.

За цього варіанту ПФС виникало спочатку створення сім'ї на першому етапі її формування за рахунок, в першу чергу, дискримінарності реалізації сексуальності партнерів. За рівнем ВА для таких сімей були більш характерні відносно адаптовані або неузгоджені типи стосунків, а за ступенем задоволеності серед таких шлюбів переважали скоріше неблагополучні чи перехідні варіанти. Такий тип родини мав назву «нейтраль-

на смуга»: дефіцит в емоційній та сексуальній сферах в сім'ях даного типу також ставали факторами ризику у відношенні порушень психічного здоров'я та розвитку мастопатії у жінок.

Висновки. Таким чином, порівняльний аналіз стану ФС в родин, де жінка хворіє на мастопатію, та сім'ях, де немає вищезазначеного захворювання, дозволило встановити наступне.

Для усіх родин контрольної групи було характерним успішне сімейне функціонування. За типом ВА мали місце адаптовані або відносно адаптовані типи подружніх взаємин, за рівнем задоволеності шлюбом – благополучні різного ступеню вираженості. Вцілому, для ПП контрольної групи притаманним були сімейні стосунки за типом «надійного тилу» – тобто стан функціонування сім'ї забезпечував саногенний і проєктивний вплив на членів подружжя, стаючи буфером для виникнення мастопатії у жінок.

У ПП основної групи в 100 % встановлено пору-

шення сімейного функціонування, що за механізмом розвитку та клінічними проявами розподілялось на 2 різних варіанти ПФС: соціально-психологічний, який розвивався внаслідок комунікативної дезадаптації, та сексуальний, що виникав із-за дискомплементарності реалізації сексуальності партнерів. Обидва клінічні варіанти були патогенними щодо впливу на стан психічного здоров'я членів родини та сприяли виникненню мастопатії у дружини: в першому випадку тип сім'ї «фронтна зона» мав максимально негативну дію на психічний стан жінок, при другому варіанті тип сім'ї «нейтральна смуга» доповнювався наявністю виражених порушень реалізації сексуальності жінок, що в комплексі і призводило до розвитку мастопатії у дружини.

На нашу думку, отримані дані обов'язково треба враховувати при побудові психопрофілактичних та психокорекційних програм для роботи з жінками, хворими на мастопатію.

ЛІТЕРАТУРА.

1. Мастопатія: болезнь благополучных // http://www.wlal.ru/womans-health/womans-health_50.html.
2. Огнерубов И.А. Мастопатия: возможности консервативной терапии. – Воронеж, 2001. – 136с.
3. Тагиева Т.Т. Мастопатия: негормональные методы лечения // Гинекология. Журнал практикующих врачей. – 2004. – Т. 06, № 5 // <http://www.consilium-medicum.com>.
4. Устимов Д.Ю. Способы психологической и психофармакологической коррекции психоэмоционального состояния женщин с дисгормональными очаговыми заболеваниями молочной железы в предоперационный период // http://www.rusanesth.com/Genan/st_11_13.htm.
5. Сидоренко Л.Н. Мастопатия: психосоматические аспекты. - 2-е изд., перераб. - Л.: Медицина, 1991. – 264с.
6. Сидоренко Л.Н. Мастопатия: (психосоматические аспекты). - Л.: Медицина, 1979. – 168 с.
7. Кришталь В.В., Семенкина И.А. Системный подход к диагностике, психотерапии и психопрофилактике нарушения здоровья семьи // Международный медицинский журнал. – 2000. – №1., Т.6. – С.11-15.
8. Семенкина И.А. Супружеская дезадаптация при нарушении функций семьи и ее психологическая коррекция: Дисс. ... канд. психол. наук: 19.00.04 / Харк. мед. акад. последипломного образования. – Харьков, 2001. – 278 с.
9. Кришталь В.В., Кришталь С.В., Кришталь Т.В. Сексология: навчальний посібник: в 4-х ч. - Харків: Фоліо, 2008. - 990 с.
10. Руководство по социальной психиатрии / Под ред. Т.Б.Дмитриевой. – М.: Медицина, 2001. – 560 с.
11. Кочарян Г.С., Кочарян А.С. Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов. – М.: Медицина, 1994. – 224 с.
12. Ильин Е.П. Дифференциальная психофизиология мужчины и женщины. – СПб.: Питер, 2002. – 544 с.