

УДК 616.89:159.923:173.7:616.697

*П. П. Вербовий*

**ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ПОДРУЖЖА  
З ПОРУШЕННЯМ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ СІМ'Ї ВНАСЛІДОК БЕЗПЛІДДЯ У ЧОЛОВІКА,  
В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ЙОГО ТРИВАЛОСТІ**

*П. П. Вербовой*

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПСИХОЕМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СУПРУГОВ  
С НАРУШЕНИЕМ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЕМЬИ ПРИ БЕСПЛОДИИ У МУЖЧИНЫ  
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЕГО ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ**

*P. P. Verbovyi*

**COMPARATIVE EVALUATION OF PSYCHOEMOTION STATE OF MARRIED COUPLE  
WITH VIOLATION OF FAMILY LIFE DUE INFERTILITY IN MEN, ACCORDING TO IT DURATION**

В статье рассматриваются особенности психоэмоционального состояния бесплодных мужчин и их жен. На основе клинико-психопатологического обследования 90 семейных пар установлено, что у большинства исследованных мужчин тревожное расстройство соответствовало тяжелой и средней степени выраженности. По результатам корреляционного анализа выявлено, что в целом среди мужчин и женщин диагностируется весь спектр расстройств тревожного круга. Среди симптомов по степени выраженности, как у мужчин, так и у женщин со стажем бесплодия 1—5 лет значительно преобладали симптомы «психического» радикала, со стажем бесплодия 6—10 лет и 11—15 лет — «соматического» радикала. Исследование невротических состояний выявило, что по всем шкалам (кроме шкалы вегетативных нарушений) преобладали мужчины и женщины со стажем бесплодия 1—5 лет. Полученные данные позволяют сделать вывод о наличии значительных различий в клинико-психопатологических проявлениях в зависимости от стажа бесплодия у мужчин и их жен, что должно обязательно учитываться при оказании психокоррекционной и психопрофилактической помощи парам с мужским бесплодием при нарушениях жизнедеятельности семьи.

**Ключевые слова:** тревога, депрессия, мужчины, бесплодие, нарушение жизнедеятельности семьи.

У статті розглядаються особливості психоемоційного стану безплідних чоловіків і їхніх дружин. На основі клініко-психопатологічного обстеження 90 сімейних пар, встановлено, що у більшості досліджуваних чоловіків тривожний розлад відповідав важкого і середнього ступеня вираженості. За результатами кореляційного аналізу виявлено, що в цілому серед чоловіків і жінок діагностується увесь спектр розладів тривожного кола. Серед симптомів за ступенем вираженості, як у чоловіків, так і у жінок зі стажем безпліддя 1—5 років значно переважали симптоми «психічного» радикала, зі стажем безпліддя 6—10 років і 11—15 років — «соматичного» радикала. Дослідження невротичних станів виявило, що за всіма шкалами (крім шкали вегетативних порушень) переважали чоловіки і жінки зі стажем безпліддя 1—5 років. Отримані дані дозволяють зробити висновок про наявність значних відмінностей у клініко-психопатологічних проявах залежно від стажу безпліддя у чоловіків та їхніх дружин, що повинно обов'язково враховуватися при наданні психокорекційної та психопрофілактичної допомоги парам з чоловічим безпліддям при порушеннях життєдіяльності сім'ї.

**Ключові слова:** тривога, депресія, чоловіки, безпліддя, порушення життєдіяльності сім'ї.

In article features of a psychoemotional condition of fruitless men and their wives are considered. On the basis of clinical and psychopathological inspection of 90 married couples, it is established that at the majority of the studied men anxiety disorder answered heavy and average degree of expression. By results of the correlation analysis it is revealed that as a whole among men and women all range of frustration of a disturbing circle is diagnosed. Among symptoms according to their levels of expression both at men and at women with an experience of infertility of 1—5 years symptoms of the "mental" radical, with an experience of infertility of 6—10 years and 11—15 years — the "somatic" radical considerably prevailed. Researches of neurotic states revealed that on all scales (except a scale of vegetative violations) men and women with an experience of infertility of 1—5 years prevailed. The obtained data allow to draw a conclusion on existence of considerable distinctions in clinical and psychopathological manifestations depending on an infertility experience at men and their wives that has to be considered surely when providing the psychocorrectional and psychopreventive help to couples at violations of activity of a family.

**Keywords:** anxiety, depression, male infertility, violation of family life.

Безпліддя є однією з актуальних проблем сучасної сім'ї. З кожним роком спостерігається збільшення числа сімейних пар, які зіткнулися з безпліддям, при цьому має місце зниження віку подружжя. Частота безплідних шлюбів у світі становить близько 15 %, причому в країнах Європейського Союзу — 10,9 %, в США — 14,2 %, в Росії — 17,4 %; в Україні на безпліддя страждають, за даними різних авторів, від 15 до 20 % подружніх пар [1, 2]. І, якщо 30 років тому на 60—80 % випадків жіночого безпліддя припадало 20—40 % чоловічого, то зараз чоловіче безпліддя складає половину випадків [3]. Між тим відомо, що при наявності в суспільстві 15 % безплідних сімей проблема безпліддя стає державною, тому що починає впливати на країну в цілому, знижуючи її соціальний та професійний потенціал [4].

© Вербовий П. П., 2014

Явище безпліддя, як медичний діагноз, на теперішній час вивчено багатьма дослідниками, винайдені сучасні способи допоміжних репродуктивних технологій [1, 2]. Проте, в полі наукових досліджень медичної психології, на жаль, дана проблема практично не розглядається, особливо, у випадку наявності даної патології у чоловіка [5, 6]. Однак, як показують спостереження та клінічний досвід, знання і розуміння психічної складової безпліддя може поліпшити процес лікування. Існує точка зору, що безпліддя є причиною психоемоційних порушень та функціонування людини, що спричиняє вагомий патологічний вплив на мікросоціальному рівні внаслідок виникнення питомої ваги соціально-психологічних проблем конкретних індивідуумів: розвитку психологічних, емоційних, міжособистісних негараздів, які призводять до порушень життєдіяльності сім'ї, що, в свою чергу,

обтяжує й без того вагомий медико-соціальний суспільний тягар хвороби [4]. З іншого боку, безпліддя належить до тих патологічних станів, які можуть істотно впливати на психоемоційний статус, провокуючи стан хронічного стресу, який, в свою чергу, в багатьох випадках значно погіршує стан життєдіяльності родини та якість життя пацієнтів. Таким чином, виникає так званий механізм «порочного кола»: з одного боку, факт наявності безпліддя сприяє формуванню негативного психоемоційного стану та погіршення якості родинних процесів, з іншого боку, тривала стресова ситуація провокує розвиток психосоматичних проявів та ще більш посилює деструкцію сімейної життєдіяльності.

Враховуючи актуальність вищенаведеного, метою роботи було встановлення особливостей психоемоційного стану безплідних чоловіків та їх дружин, з урахуванням стажу безпліддя, для визначення мішеней медико-психологічного впливу в аспекті подальшого розроблення системи психокорекції та психопрофілактики порушення життєдіяльності сім'ї при даній патології у чоловіка.

Для досягнення поставленої мети на базі Донецького регіонального центру материнства та дитинства протягом 2010—2013 рр. було обстежено 90 сімейних пар, в яких були виявлені ознаки порушення життєдіяльності сім'ї внаслідок наявності безпліддя у чоловіка. В залежності від стажу безпліддя обстежувані пари були поділені

на три групи по 30 подружніх пар (ПП): перша (Г1) — зі стажем безпліддя 1—5 років, друга (Г2) — 6—10 років, третя (Г3) — 11—15 років.

Особливості психоемоційного стану визначали за допомогою клініко-психологічного й психодіагностичного методів, з застосуванням шкал тривоги і депресії М. Гамільтона HARS і HDRS [за 7], а також клінічного опитувальника виявлення й оцінки невротичних станів К. К. Яхіна, В. Д. Менделевича [8].

Аналіз розподілу досліджуваних за об'єктивним критерієм оцінки депресії за шкалою Гамільтона (HDRS) довів, що в цілому досліджувані груп значно розрізнялися за тяжкістю депресивного синдрому (табл. 1). Так, психопатологічні симптоми, які за вираженістю не досягали клінічно окресленої депресії, виявлено у 23,3 % чоловіків групи Г1, 63,3 % — Г2 та 86,7 % — Г3. Малий депресивний епізод діагностовано у 40,0 % чоловіків Г1, 26,7 % — Г2 та 13,3 % — Г3. Тяжкий депресивний епізод діагностовано у 36,7 % осіб Г1, 10,0 % пацієнтів Г2. У досліджуваних чоловіків Г3 симптомів депресії, які б відповідали тяжкому епізоду, не виявлено. У жінок психопатологічні симптоми, які за вираженістю не досягали клінічно окресленої депресії, виявлено у 70,0 % Г1, 80,0 % Г2 та 93,3 % Г3, малий депресивний епізод діагностовано у 30,0 % Г1, 20,0 % Г2 та 6,7 % Г3. Тяжкий депресивний епізод у жінок не діагностовано.

Таблиця 1

Розподіл досліджуваних за рівнем депресії за шкалою Гамільтона (HDRS)

Наявність / рівень депресії, бал	Стать	Групи					
		Г1		Г2		Г3	
		абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m
Відсутня (0—7)	Ч	7	23,3 ± 4,2	19	63,3 ± 4,8	26	86,7 ± 3,4
	Ж	21	70,0 ± 4,6	24	80,0 ± 4,0	28	93,3 ± 2,5
Малий депресивний епізод (7—16)	Ч	12	40,0 ± 4,9	8	26,7 ± 4,4	4	13,3 ± 3,4
	Ж	9	30,0 ± 4,6	6	20,0 ± 4,0	2	6,7 ± 2,5
Тяжкий депресивний епізод (16—52)	Ч	11	36,7 ± 4,8	3	10,0 ± 3,0	—	—
	Ж	—	—	—	—	—	—

Середній бал за шкалою HDRS у чоловіків Г1 склав: відсутність депресії — 4,0 бали, малий депресивний епізод — 14,0 балів, тяжкий депресивний епізод — 35,0 балів. У Г2 відповідно — 5,0 балів, 15,0 балів та 20 балів. У Г3 відповідно — 5,0 балів та 15,0 балів. Середній бал за шкалою HDRS у жінок Г1 склав: відсутність депресії — 2,0 бали, малий депресивний епізод — 9,0 балів. У Г2 відповідно — 3,0 бали та 8,0 балів, у Г3 відповідно — 2,0 бали та 9,0 балів. Таким чином, можна зазначити, що за об'єктивним показником визначення депресивного стану досліджувані чоловіки та жінки Г1 переважали над досліджуваними Г2 та Г3 як у бальному, так й у відсотковому вираженні.

У рамках дослідження структури зустрічальності симптомів нами досліджено їх міжгруповий розподіл серед досліджуваних (табл. 2).

За результатами міжгрупового кореляційного аналізу (див. табл. 2) відібрані показники, у яких рівень достовірності взаємозв'язку становив більш 0,05 (тобто, виокремлено основні значущі показники (за частотою зустрічальності симптомів у обох групах), які були враховані

у подальшому під час розроблення диференційованих психотерапевтичних заходів та оцінки їх ефективності у динаміці). В цілому, серед чоловіків усіх груп діагностовано весь спектр розладів депресивного кола, а саме: знижений настрій, почуття провини, труднощі при засипанні, безсоння, ранкове пробудження, загальмованість мислення, збудження, психічна та соматична тривога, соматичні порушення шлунково-кишкового тракту (ШКТ), загальносоматичні симптоми, розлади сексуальної сфери, іпохондричні розлади, obsesivні та компульсивні розлади ( $p < 0,05$ ). У жінок усіх груп також діагностовано наявність широкого спектра депресивних симптомів, а саме: знижений настрій, почуття провини, труднощі при засипанні, безсоння, ранкове пробудження, збудження, психічна та соматична тривога, соматичні порушення ШКТ, загальносоматичні симптоми, розлади сексуальної сфери, іпохондричні розлади ( $p < 0,05$ ).

Наступним кроком у дослідженні стало вивчення тривоги за шкалою Гамільтона (HARS) для оцінки стану наявності та глибини тривожного розладу, результати чого відображено у табл. 3.

Розподіл діагностованих симптомів депресії за шкалою Гамільтона (HDRS) у досліджуваних

Симптоми	Стать	Групи					
		Г1		Г2		Г3	
		абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m
Знижений настрій	Ч	23	9,0 ± 2,9	11	6,9 ± 2,5	4	4,7 ± 2,1
	Ж	9	10,7 ± 3,1	6	10,7 ± 3,1	2	8,0 ± 2,7
Почуття провини	Ч	24	9,4 ± 2,9	14	8,8 ± 2,8	8	9,3 ± 2,9
	Ж	11	13,1 ± 3,4	8	14,3 ± 3,5	7	28,0 ± 4,5
Суїцидальні тенденції	Ч	—	—	—	—	—	—
	Ж	—	—	—	—	—	—
Труднощі при засипанні	Ч	27	10,6 ± 3,1	15	9,4 ± 2,9	5	5,8 ± 2,3
	Ж	6	2,4 ± 2,6	4	2,5 ± 2,6	2	2,3 ± 2,8
Безсоння	Ч	16	6,3 ± 2,4	10	6,3 ± 2,4	6	7,0 ± 2,5
	Ж	3	3,6 ± 1,9	2	3,6 ± 1,9	—	—
Ранкове пробудження	Ч	18	7,1 ± 2,6	9	5,7 ± 2,3	6	7,0 ± 2,5
	Ж	5	6,0 ± 2,4	3	5,4 ± 2,3	2	8,0 ± 2,7
Праця та діяльність	Ч	8	3,1 ± 1,7	5	3,1 ± 1,7	2	2,3 ± 1,5
	Ж	—	—	—	—	—	—
Загальмованість мислення	Ч	14	5,5 ± 2,3	9	5,7 ± 2,3	4	4,7 ± 2,1
	Ж	—	—	—	—	—	—
Збудження	Ч	9	3,5 ± 1,8	7	4,4 ± 2,1	5	5,8 ± 2,3
	Ж	6	7,1 ± 2,6	4	7,1 ± 2,6	2	8,0 ± 2,7
Психічна тривога	Ч	18	7,1 ± 2,6	15	9,4 ± 2,9	7	8,1 ± 2,7
	Ж	6	7,1 ± 2,6	3	5,4 ± 2,3	—	—
Соматична тривога	Ч	13	5,1 ± 2,2	7	4,4 ± 2,1	3	3,5 ± 1,8
	Ж	8	9,5 ± 2,9	6	10,7 ± 3,1	3	12,0 ± 3,2
Соматичні порушення ШКТ	Ч	14	5,5 ± 2,3	9	5,7 ± 2,3	6	7,0 ± 2,5
	Ж	13	15,5 ± 3,6	8	14,3 ± 3,5	5	20,0 ± 4,0
Загальносоматичні симптоми	Ч	15	5,9 ± 2,4	10	6,3 ± 2,4	7	8,1 ± 2,7
	Ж	12	14,3 ± 3,5	7	12,5 ± 3,3	4	16,0 ± 3,7
Розлади сексуальної сфери	Ч	9	3,5 ± 1,8	7	4,4 ± 2,1	3	3,5 ± 1,8
	Ж	8	9,5 ± 2,9	7	12,5 ± 3,3	2	8,0 ± 2,7
Іпохондричні розлади	Ч	17	6,7 ± 2,5	14	8,8 ± 2,8	12	14,0 ± 3,5
	Ж	8	9,5 ± 2,9	6	10,7 ± 3,1	3	12,0 ± 3,2
Зниження маси тіла	Ч	5	2,0 ± 1,4	—	—	—	—
	Ж	—	—	—	—	—	—
Ставлення до власного захворювання	Ч	19	7,5 ± 2,6	16	10,1 ± 3,0	13	15,1 ± 3,6
	Ж	—	—	—	—	—	—
Добові коливання стану (п. А та Б)	Ч	25	9,8 ± 3,0	12	7,5 ± 2,6	3	3,5 ± 1,8
	Ж	—	—	—	—	—	—
Деперсоналізація та дереалізація	Ч	—	—	—	—	—	—
	Ж	—	—	—	—	—	—
Маячні розлади	Ч	—	—	—	—	—	—
	Ж	—	—	—	—	—	—
Обсесивно-компульсивні розлади	Ч	5	2,0 ± 1,4	3	1,9 ± 1,4	—	—
	Ж	—	—	—	—	—	—

Примітка. Достовірність розбіжностей показників шкал у групах  $p \leq 0,05$

Розподіл досліджуваних за рівнем тривоги за шкалою Гамільтона (HARS)

Клінічний рівень вираженості тривоги (у балах)	Стать	Групи					
		Г1		Г2		Г3	
		абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m
Субклінічна тривога (< 8)	Ч	6	20,0 ± 4,0	20	66,7 ± 4,7	27	90,0 ± 3,0
	Ж	22	73,3 ± 4,4	23	76,7 ± 4,2	28	93,3 ± 2,5
Тривожний стан (8—20)	Ч	15	50,0 ± 5,0	7	23,3 ± 4,2	3	10,0 ± 3,0
	Ж	8	26,7 ± 4,4	7	23,3 ± 4,2	2	6,7 ± 2,5
Тривожний розлад (20—56)	Ч	9	30,0 ± 4,6	3	10,0 ± 3,0	—	—
	Ж	—	—	—	—	—	—

З даних табл. 3 видно, що в цілому досліджувані груп значно розрізнялися за важкістю рівня вираженості тривожної симптоматики за об'єктивним критерієм оцінки. Так, психопатологічні симптоми, які за вираженістю досягали клінічно окресленої субклінічної тривоги, серед чоловіків виявлено у 20,0 % осіб групи Г1, 66,7 % Г2 та 90,0 % Г3; тривожний стан діагностовано у 50,0 % Г1, 23,3 % Г2 та 10,0 % Г3; тривожний розлад діагностовано у 30,0 % Г1, 10,0 % Г2. У досліджуваних Г3 симптомів тривоги, які б відповідали тривожному розладу, не виявлено. Психопатологічні симптоми, які за вираженістю досягали клінічно окресленої субклінічної тривоги у жінок, виявлено у 73,3 % осіб групи Г1, 76,7 % Г2 та 93,3 % Г3; тривожний стан діагностовано у 26,7 % Г1, 23,3 % Г2 та 6,7 % Г3. У жінок симптомів, які б відповідали тривожному розладу, не виявлено.

Середній бал за шкалою HARS у чоловіків Г1 склав: субклінічна тривога — 4,0 бали, тривожний стан — 14,0 балів, тривожний розлад — 39,0 балів. У Г2, відповідно, — 5,0 балів, 15,0 балів та 35 балів. У Г3, відпо-

відно, — 5,0 балів та 15,0 балів. Середній бал за шкалою HARS у жінок Г1 склав: субклінічна тривога — 2,0 бали, тривожний стан — 10,0 балів. У Г2, відповідно, — 3,0 бали, 11,0 балів, у Г3 відповідно — 2,0 бали та 10,0 балів.

Таким чином, можна зазначити що за об'єктивним показником визначення тривоги досліджувані чоловіки та жінки Г1 переважали над досліджуваними Г2 та Г3 як у баловому, так й у відсотковому вираженні. Виявлено, що у більшості досліджуваних чоловіків Г1 тривожний розлад відповідав важкому ступеню вираженості (p < 0,05), у Г2 та Г3 — тривожному розладу середнього ступеня вираженості (p < 0,05). Виявлено, що близько 50,0 % досліджуваних Г1, Г2 та Г3 мали схильність до «приховування» симптомів тривоги, що виявлялося під час проведення об'єктивної оцінки (p < 0,05).

Враховуючи вищевикладене, з метою виявлення провідних симптомів тривожного стану та тривожного розладу було досліджено їхню структуру та зустрічальність (табл. 4).

Розподіл діагностованих симптомів тривоги за шкалою Гамільтона (HARS) у досліджуваних

Симптоми	Стать	Групи					
		Г1		Г2		Г3	
		абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m
Тривожний настрій	Ч	24	14,4 ± 3,5	12	12,9 ± 3,4	5	9,6 ± 2,9
	Ж	10	10,5 ± 3,1	6	10,9 ± 3,1	3	9,1 ± 2,9
Напруження	Ч	23	13,8 ± 3,4	11	11,8 ± 3,2	6	11,5 ± 3,2
	Ж	5	5,3 ± 2,2	3	5,5 ± 2,3	2	6,1 ± 2,4
Страх	Ч	—	—	—	—	—	—
	Ж	—	—	—	—	—	—
Інсомнія	Ч	21	12,6 ± 3,3	13	14,0 ± 3,5	8	15,4 ± 3,6
	Ж	14	14,7 ± 3,5	10	18,2 ± 3,9	6	18,2 ± 3,9
Інтелектуальні порушення	Ч	—	—	—	—	—	—
	Ж	—	—	—	—	—	—
Депресивний настрій	Ч	14	8,4 ± 2,8	8	8,6 ± 2,8	5	9,6 ± 2,9
	Ж	6	6,3 ± 2,4	3	5,5 ± 2,3	2	6,1 ± 2,4
Соматичні м'язові симптоми	Ч	14	8,4 ± 2,8	9	9,7 ± 3,0	6	11,5 ± 3,2
	Ж	13	13,7 ± 3,4	7	12,7 ± 3,3	5	15,2 ± 3,6
Соматичні сенсорні симптоми	Ч	13	7,8 ± 2,7	8	8,6 ± 2,8	5	9,6 ± 2,9
	Ж	12	12,6 ± 3,3	6	10,9 ± 3,1	4	12,1 ± 3,3

Симптоми	Стать	Групи					
		Г1		Г2		Г3	
		абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m
Серцево-судинні симптоми	Ч	13	7,8 ± 2,7	7	7,5 ± 2,6	4	7,7 ± 2,7
	Ж	8	8,4 ± 2,8	5	9,1 ± 2,9	3	9,1 ± 2,9
Респіраторні симптоми	Ч	12	7,2 ± 2,6	7	7,5 ± 2,6	4	7,7 ± 2,7
	Ж	7	7,4 ± 2,6	6	10,9 ± 3,1	2	6,1 ± 2,4
Гастроінтестинальні симптоми	Ч	11	6,6 ± 2,5	6	6,5 ± 2,5	3	5,8 ± 2,3
	Ж	8	8,4 ± 2,8	3	5,5 ± 2,3	2	6,1 ± 2,4
Сечостатеві симптоми	Ч	12	7,2 ± 2,6	6	6,5 ± 2,5	3	5,8 ± 2,3
	Ж	8	8,4 ± 2,8	3	5,5 ± 2,3	2	6,1 ± 2,4
Веgetативні симптоми	Ч	10	6,0 ± 2,4	6	6,5 ± 2,5	3	5,8 ± 2,3
	Ж	4	4,2 ± 2,0	3	5,5 ± 2,3	2	6,1 ± 2,4

Примітка. Достовірність розбіжностей показників шкал у групах  $p \leq 0,05$

Серед чоловіків та жінок усіх трьох груп діагностовано вісь спектр розладів тривожного кола (див. табл. 4), а саме: тривожний настрій, напруження, інсомнія, депресивний настрій, соматичні м'язові симптоми, соматичні сенсорні симптоми, серцево-судинні симптоми, респіраторні симптоми, гастроінтестинальні симптоми, сечостатеві симптоми, вегетативні симптоми ( $p < 0,05$ ). Серед симптомів за ступенем вираженості як у чоловіків так й у жінок в Г1 значно переважали симптоми «психічного» радикала, а у Г2 та Г3 — «соматичного» радикала ( $p < 0,05$ ).

Наступним етапом дослідження стало виявлення й оцінювання невротичних станів у разі безпліддя у чоловіків та їх дружин за допомогою клінічного опитувальника для виявлення й оцінки невротичних станів. Під час

дослідження невротичних станів метою було виявлення функціональних розладів психічної діяльності, що виникають як реакція на значущі психотравмуючі події (конфлікти) і зумовлені недосконалістю механізмів психічного захисту. Так, встановлені різноманітні симптоми, що зачіпають порушення практично всіх пізнавальних процесів. З розподілу діагностованих невротичних станів у досліджуваних Г1, Г2, Г3 (табл. 5) видно, що серед досліджуваних переважали обстежувані Г1. Так за шкалою тривоги спостерігалася така ситуація: Г1 — 53,3 %, Г2 — 23,3 %, Г3 — 13,3 %. Серед жінок: Г1 — 30,5 %, Г2 — 20,0 %, Г3 — 10,0 % ( $p < 0,05$ ). В цілому, тривожність проявлялася як емоційне нестійке, негативно окреслене переживання внутрішнього неспокою і заклопотаності із відчуттям необхідності якихось пошуків.

Таблиця 5

Розподіл діагностованих невротичних станів у досліджуваних Г1, Г2, Г3 (клінічний опитувальник виявлення й оцінки невротичних станів К. К. Яхіна, В. Д. Менделевича)

Шкали	Стать	Групи					
		Г1		Г2		Г3	
		абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m
Тривоги	Ч	16	53,3 ± 5,0	7	23,3 ± 4,2	4	13,3 ± 3,4
	Ж	9	30,0 ± 4,6	6	20,0 ± 4,0	3	10,0 ± 3,0
Невротичної депресії	Ч	12	40,0 ± 4,9	8	26,7 ± 4,4	4	13,3 ± 3,4
	Ж	8	26,7 ± 4,4	7	23,3 ± 4,2	3	10,0 ± 3,0
Астенії	Ч	14	46,7 ± 5,0	10	33,3 ± 4,7	4	13,3 ± 3,4
	Ж	10	33,3 ± 4,7	6	20,0 ± 4,0	2	6,7 ± 2,5
Істеричного типу реагування	Ч	4	13,3 ± 3,4	3	10,0 ± 3,0	—	—
	Ж	3	10,0 ± 3,0	2	6,7 ± 2,5	—	—
Обсесивно-фобічних порушень	Ч	4	13,3 ± 3,4	3	10,0 ± 3,0	—	—
	Ж	—	—	—	—	—	—
Веgetативних порушень	Ч	6	20,0 ± 4,0	6	20,0 ± 4,0	12	40,0 ± 4,9
	Ж	4	13,3 ± 3,4	4	13,3 ± 3,4	11	36,7 ± 4,8

В обстежених виявлено:

- схильність до сприйняття широкого кола ситуацій як загрозливих власної самооцінки, престижу, самоповазі або життєдіяльності;

- схильність реагувати на такі ситуації станом тривоги;

- підвищену чутливість щодо тих негативних подій або невдач, які тільки імовірно можуть трапитися або статися;

- тенденцію до переважання зниженого фону настрою;

- відсутність достовірно виражених ознак підвищеної стомлюваності, слабкості, зниження працездатності;

- тенденцію (значною мірою неусвідомлену) до заперечення психологічного конфлікту;

- схильність до невмотивованих побоювання щодо незначних чинників;

- сумніви щодо прийняття відповідальних рішень, тенденцію до повторної перевірки своїх вчинків і зробленого;

- нав'язливі думки, стани або дії, а також різні ритуали, спрямовані на подолання власних страхів;

- відсутність достовірно виражених ознак підвищеної реактивності фізіологічних процесів організму (неприємних або хворобливих соматичних відчуттів).

За шкалою невротичної депресії у чоловіків виявлено: Г1 — 40,0 %, Г2 — 26,7 %, Г3 — 13,3 % відповідно. Серед жінок: Г1 — 26,7 %, Г2 — 23,3 %, Г3 — 10,0 % ( $p < 0,05$ ). Невротична депресія діагностувалася в осіб з такими рисами характеру як прямолинійність, ригідність, безкомпромісність. Їм властива емоційна насиченість переживань з прагненням утримати зовнішні прояви почуттів. В цілому в обстежених переважав сумний настрій, адинамія нерідко з проявами нав'язливості й іпохондричності. Почасту на першому плані відзначалися вегетативно-соматичні порушення (етап соматичних скарг). Придушені негативні емоції спричиняють вегетативно-соматичні розлади, а саме: коливання артеріального тиску, серцебиття, запаморочення, дисфункції шлунково-кишкового тракту. Надалі спостерігається подальше зниження настрою, яке часту супроводжується стійкою артеріальною гіпотензією і симптомами спастичного коліту.

Треба зазначити, що так звані «легкі форми депресії» проявлялися зазвичай скаргами на: смуток, втрату радості від життєвих удач, зниження активності, постійні порушення сну (утруднене засипання або раптові пробудження серед ночі з відчуттям тривоги і серцебиттям; в ранкові години — розбитість і млявість). У чоловіків Г1 спостерігалось тужливе ставлення до майбутнього, вони вважали майбутнє безперспективним. Вербально скрізь депресивну симптоматику проявлялася ситуація, яка травмувала — хворі довго обговорювали власне безпліддя. Виявлено, що депресивна симптоматика часту стосувалася сімейно-сексуальних взаємин, а хворі частіше «рятувалися втечею в роботу», де відчувають себе значно краще. Перебіг невротичної депресії встановлено як хвилеподібний із сльозливістю з приводу і часто без приводу.

За шкалою астенії серед чоловіків, відповідно, виявлено: Г1 — 46,7 %, Г2 — 33,3 %, Г3 — 13,3 %. Серед жінок: Г1 — 33,3 %, Г2 — 20,0 %, Г3 — 6,7 % ( $p < 0,05$ ). Астенічний синдром у хворих проявлявся підвищеною

стомлюваністю, ослабленням або втратою здатності до тривалого фізичного і розумового напруження. У хворих спостерігається дратівлива слабкість, що виражається підвищеною збудливістю і такою, що швидко настає слідом за нею виснаженістю, афективною лабільністю, з переважанням зниженого настрою з рисами примхливості і невдоволення, сльизливістю, гіперестезією. Астенічні розлади розвивалися повільно й характеризувалися стомлюваністю, дратівливістю, «втомою, що не шукає спокою». У важких випадках астенічні розлади супроводжувалися аспонтанністю, пасивністю, адинамією, порушенням сну. Проявами астенічного синдрому в цілому були слабкість, підвищена стомлюваність, труднощі концентрації уваги, поверхневий та тривожний сон, емоційна нестійкість, образливість, вразливість. Виявлено, що хворі насилу засинають і важко прокидаються, встають не відпочивши.

За шкалою істеричного типу реагування відповідно виявлено: Г1 — 13,3 %, Г2 — 10,0 %. Серед жінок: Г1 — 10,0 %, Г2 — 6,7 % ( $p < 0,05$ ). Аналіз випадків істеричного типу реагування надав змогу зазначити, що конверсія є перетворенням витісненого душевного конфлікту в соматичну симптоматику, а конверсійні симптоми, що відображають конфлікт символічно, націлені на вигоду від хвороби. Багато конверсійних симптомів треба розуміти як апеляцію. Вони символічно виражають певні тенденції «докору», а саме: «від мене нічого більше не можна вимагати», «зі мною трапилося лихо», «тепер нарешті про мене будуть піклуватися». Конверсійні симптоми спрямовані на звільнення від зовнішніх і внутрішніх обов'язків, це заклик до навколишнього світу, щоб звернути на себе увагу. Вони служать меті отримати вигоду від хвороби у двох напрямках: шляхом утворення істеричного симптому досягається певне задоволення від витіснених спонук (первинна користь від хвороби), а крім того, завдяки більшим увазі, визнанню та оцінці досягається нарцистичне задоволення (вторинна користь від хвороби). Конверсійні реакції більш проявляються у істеричних, а також у астенічних та нарцистичному типу особистостей. Конверсійні реакції за інтенсивністю і формою залежать від соціальних умов, навколишнього світу, що викликає тривогу, від оцінки, яку вони отримують від оточуючих.

За шкалою obsесивно-фобічних порушень серед чоловіків виявлено: Г1 — 13,3 %, Г2 — 10,0 % відповідно ( $p < 0,05$ ). Серед жінок розладів obsесивно-фобічного спектра не виявлено. Аналіз випадків obsесивно-фобічних порушень надав змогу зазначити, що obsесії, як такі, що постійно виникають небажані уявлення, побоювання, думки, образи або спонукання, часту спричиняють тривогу. Obsесивно-фобічні порушення віднімають багато часу й можуть бути настільки тяжкими, що порушується нормальне життя, а саме: страждає сімейне, соціальне життя, сфера працездатності. Коло obsесивно-фобічних проявів — це проблема безпліддя у чоловіків.

За шкалою вегетативних порушень серед чоловіків, відповідно, виявлено: Г1 — 20,0 %, Г2 — 20,0 %, Г3 — 40,0 %. Серед жінок: Г1 — 13,3 %, Г2 — 13,3 %, Г3 — 36,7 % ( $p < 0,05$ ). Аналіз випадків вегетативних порушень надав змогу зазначити, що тривале психофізичне напруження пов'язане з проблемою безпліддя, призводить до вегетативних порушень, зниження активності та розладів

настрою. Вегетативні прояви дуже різноманітні, а саме: слабкість концентрації уваги, зниження працездатності, боязкість, слабкість, коливання настрою, пригніченість, тиск у голові, пульсуючі головні болі, періодичні запаморочення, мушки перед очима, розлади сну (труднощі засинання і неспокійний сон), тремтіння пальців, поживлення рефлексів, почастишання пульсу, неприємні відчуття в ділянці серця без органічних порушень, відсутність апетиту, шлункові скарги, запори або мінущі поноси, прояви сексуальної дисфункції.

Узагальнюючи вищевикладене, можна зробити такі висновки. Серед чоловіків та жінок усіх трьох груп діагностовано більшість симптомів, які характеризують розлади депресивного кола. Виявлено, що у більшості досліджуваних чоловіків Г1 тривожний розлад відповідав важкому ступеню вираженості, а в Г2 та Г3 — тривожному розладу середнього ступеня вираженості. За результатами міжгрупового кореляційного аналізу виявлено, що в цілому серед чоловіків та жінок усіх трьох груп діагностовано практично увесь спектр розладів тривожного кола. Серед симптомів за ступенем вираженості, як у чоловіків, так й у жінок, в Г1 значно переважали симптоми «психічного» радикала, а у Г2 та Г3 — «соматичного» радикала. Дослідження невротичних станів встановило, що за усіма шкалами (окрім шкали вегетативних порушень) переважали обстежувані чоловіки та жінки Г1.

Отримані дані були враховані нами під час розроблення системи заходів системи психокорекції та психопрофілактики порушення життєдіяльності сім'ї при безплідді у чоловіка.

#### Список літератури

1. Юзько О. М. Подолання безпліддя за допомогою репродуктивних технологій [Текст] / О. М. Юзько, Т. А. Юзько // Здоров'я України. — 2009. — № 3 (20). — С. 6—7.
2. Допоміжні репродуктивні технології при лікуванні безпліддя в Україні [Текст] / О. М. Юзько, В. В. Камінський, О. Д. Онищук [та ін.] // Жіночий лікар. — 2008. — № 2. — С. 6—10.
3. Ліщинський В. О. Сексуальна дезадаптація при екскреторно-токсичній безплідності та її психотерапія [Текст] : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 19.00.04 / Ліщинський Валерій Олеянович; Харківська медична академія післядипломної освіти — Х., 2007. — 19 с.
4. Turek P. Бесплодие психологически уничтожает мужчин [Електронний ресурс] / P. Turek // Journal of Sexual Medicine. — 2009. — Режим доступу: <http://medinform.net/news/news14252.htm>
5. Маркова М. В. Феномен бесплодия супружеской пары с позиции медицинской психологии [Текст] / М. В. Маркова // Всесвіт соціальної психіатрії, медичної психології та психосоматичної медицини. — 2009. — Т. 1, № 1 (1). — С. 57—62.
6. Кришталь Е. В. Бесплодие супружеской пары в аспекте медицинской психологии [Текст] / Е. В. Кришталь, М. В. Маркова // Медична психологія. — 2008. — Т. 3. — № 3. — С. 17—22.
7. Подкорытов В. С. Депрессии (Современная терапия) [Текст] / В. С. Подкорытов, Ю. Ю. Чайка. — Харьков : Торнадо, 2003. — 350 с.
8. Яхин К. К. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний [Текст] / К. К. Яхин, Д. М. Менделевич. — Казань, 1978. — 24 с.

*Надійшла до редакції 18.03.2014 р.*

**ВЕРБОВИЙ Павло Петрович**, лікар-андролог Донецького регіонального центру материнства та дитинства, м. Донецьк

**VERBOVYI Pavlo Petrovych**, Physician-Andrologist of Donetsk regional Center of Maternity and Childhood, Donetsk