

УДК 616.89:159.923:173.7:616.697

*П. П. Вербовий***ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОДРУЖЖІВ З ПОРУШЕННЯМ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ СІМ'Ї ВНАСЛІДОК БЕЗПЛІДДЯ У ЧОЛОВІКА, В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ЙОГО ТРИВАЛОСТІ**

Донецький регіональний центр материнства та дитинства

Ключові слова: індивідуально-психологічні особливості, подружжя, порушення життєдіяльності сім'ї, чоловіки, безпліддя

З кожним роком в світі спостерігається збільшення числа сімейних пар, які зіткнулися з безпліддям, при цьому має місце зниження віку подружжів. Частота безплідних шлюбів у світі становить близьким 15%, причому в країнах Європейського Союзу – 10,9%, в США – 14,2%; 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, так як починає впливати на країну в цілому, знижуючи її соціальний та професійний потенціал [4].

В багатьох випадках безпліддя є причиною психоемоційних порушень та функціонування людини, що спричиняє вагомий патологічний вплив на мікросоціальному рівні внаслідок виникнення питомої ваги соціально-психологічних проблем: розвитку психологічних, емоційних, міжособистісних негараздів, які призводять до порушень життєдіяльності сім'ї. З іншого боку, безпліддя, як хронічна перманентна психотравмуюча ситуація, 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 зазначене, метою даної роботи було встановлення індивідуально-психологічних особливостей безплідних чоловіків та їх дружин, в яких діагностовано порушення життєдіяльності сім'ї внаслідок безпліддя у чоловіка, з урахуванням його тривалості, для визначення

мішенів медико-психологічного впливу в аспекті подальшої розробки 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 обстежені пари були розподілені 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.

Ідентифікація індивідуально-психологічних властивостей обстежених проводилась з використанням скороченого варіанту Міннесотського багатоаспектного особистісного опитувальника – методики Міні-мульти [за 5], методики визначення наявності та вираженості комплексу меншовартості [6], та методики діагностики типу ставлення до хвороби (ТОБОЛ) [7].

При аналізі результатів, отриманих за методикою Міні-мульти, для оцінювання достовірності відповідей надано аналіз трьом шкалам, співвідношення між показниками яких, дозволили зробити висновки щодо достовірності результатів дослідження.

1. Шкала L – спрямованої на виявлення прагнення виглядати більш позитивно (оцінка щирості);

2. Шкала F – за допомогою якої встановлювалася тенденція до агравації, схильність щодо надмірної оцінки та важливості хвилювань та прагнень привернути до себе увагу;

3. Шкала K – яка дозволила скоригувати завищену відкритість обстежених або їх прагнення зменшити існуючу симптоматику.

У досліджених не виявлено досліджених із низькими показниками (нижче 26 балів) та ви-

сокими показниками (більше 70 сирих балів) за даними шкалами. Взагалі середній бал у всіх обстежених розподілився у межах норми (36"40 - сирих балів), що надало можливість вважати кількість відповідей наданих досліджуваними достатніми, а результати оцінювання відповідей достовірними. Результати дослідження середніх балів за контрольними шкалами відображено у табл. 1, з якої видно, що у обстежених при розрахунку усереднених показників

за контрольними шкалами для ОГ1, ОГ2, ОГ3 середній бал склав: за шкалою L: ОГ1 – 21 бал, ОГ2 – 22 бала, ОГ3 – 20 балів. Серед жінок відповідно: ОГ1 - 22 бала, ОГ2 – 27 балів, ОГ3 – 21 бал. За шкалою F: ОГ1 – 77 балів, ОГ2 – 78 балів, ОГ3 – 76 балів. Серед жінок відповідно: ОГ1 - 78 балів, ОГ2 – 77 балів, ОГ3 – 75 балів. За шкалою K: ОГ1 – 18 балів, ОГ2 – 19 балів, ОГ3 – 24 бала. Серед жінок відповідно: ОГ1 - 19 балів, ОГ2 – 18 балів, ОГ3 – 26 балів ($p < 0,001$).

Таблиця 1

Розподіл досліджених за середнім балом за контрольними шкалами (опитувальник Міні-мульт)

Шкали	Стать	Групи											
		ОГ1 (Ч=30,Ж=30)				ОГ2 (Ч=30,Ж=30)				ОГ3 (Ч=30,Ж=30)			
		С.б	N	%	±m	С.б	N	%	±m	С.б	N	%	±m
L	Ч	21	25	83,3	3,7	22	24	80,0	4,0	20	28	93,3	2,5
	Ж	22	24	80,0	4,0	21	27	90,0	3,0	21	26	86,7	3,4
F	Ч	77	26	86,7	3,4	78	28	93,3	2,5	76	27	90,0	3,0
	Ж	78	25	83,3	3,7	77	25	83,3	3,7	75	25	83,3	3,7
K	Ч	18	27	90,0	3,0	19	26	86,7	3,4	20	24	80,0	4,0
	Ж	19	26	86,7	3,4	18	27	90,0	3,0	19	26	86,7	3,4

Примітки: 1. L – брехня; F – достовірність; K – корекція; 2.. * – достовірність розбіжностей між показниками шкал у досліджуваних групах $p < 0,001$.

Встановлено, що дослідженими ОГ1, ОГ2 та ОГ3, які мали результат за шкалою L - 66-69 Т, було характерно низький адаптивний потенціал та недостатність самосприйняття. Таки досліджені часту умисно прагнули прикрасити себе, показували себе «в кращому світлі», заперечуючи наявність у власної поведінці слабостей, властивих будь-якій людині. Таки досліджені намагалися приховати здатність сердитися, лінуватися, знехтувати старанністю, строгістю манер, правдивістю, акуратністю в самих мінімальних розмірах і в самій звичайній ситуації.

Дослідженими ОГ1, ОГ2 та ОГ3, які мали результат за шкалою F - 65-70 Т, була властива емоційна нестійкість та дисгармонічність. Таки досліджені, як правило, відображали високий рівень емоційної напруженості та ознаки особистісної дезінтеграції, що було пов'язано як з вираженим стресом, так і з нервово-психічними

порушеннями не психогенного рівню. У жінок виявлено внутрішня напруженість, невдоволення ситуацією, погано організовану активність.

Дослідженими ОГ3, які мали результат за шкалою F - 64-71 Т, була властива емоційна нестійкість та дисгармонічність.

Дослідженими ОГ1, ОГ2 та ОГ3, які мали результат за шкалою K - більше 66 Т, було властиво схований внутрішній конфлікт або особистісні проблеми. Вони формували свою поведінку залежно від соціального схвалення і стурбовані своїм соціальним статусом. Вони схильні заперечувати будь-які труднощі в міжособистісних відносинах або в контролі власної поведінки, прагнули до дотримання прийнятих норм і утримувалися від критики оточуючих. Явно неконформна, що відхиляється від традицій і звичаїв, що виходить з конвенціональних рамок пове-

дінка викликає у них виражену негативну реакцію. У зв'язку з тенденцією заперечувати (значною мірою на перцептивному рівні) інформацію, що свідчить про міжособистісних утрудненнях і конфліктах, ці особи не мали адекватного уявлення про те, як їх сприймають оточуючі.

У всіх обстежених із високим середнім балом за трьома шкалами виявлено емоційна напруга.

Результати досліджених за усередненим «профілем особистості» по базовим шкалам відображено у табл. 2.

Таблиця 2

Розподіл досліджених за усередненим «профілем особистості» по базовим шкалам (опитувальник Міні-мульти, у балах)

Бали	Стать	Шкали ¹							
		Hs	D	Hu	Pd	Pa	Pt	Se	Ma
ОГ1 (Ч=30,Ж=30)									
Б ²	Ч	57	69	70	69	77	60	56	72
	Ж	56	70	68	70	77	59	57	71
К ³	Ч	11	–	8	7	–	21	20	6
	Ж	10	–	7	8	–	20	21	5
Σ ⁴	Ч	65	71	76	75	79	78	73	76
	Ж	56	70	69	69	77	58	56	72
ОГ2 (Ч=30,Ж=30)									
Б ²	Ч	56	70	68	68	77	59	56	73
	Ж	57	71	69	69	78	69	55	72
К ³	Ч	12	–	7	6	–	19	21	5
	Ж	11	–	8	7	–	21	20	6
Σ ⁴	Ч	66	70	78	76	77	78	71	76
	Ж	58	72	69	69	77	56	58	72
ОГ3 (Ч=30,Ж=30)									
Б ²	Ч	58	73	71	67	74	58	58	71
	Ж	59	72	68	69	76	60	59	72
К ³	Ч	10	–	8	8	–	21	21	6
	Ж	10	–	7	7	–	22	22	5
Σ ⁴	Ч	66	71	76	77	79	79	71	72
	Ж	58	71	70	69	73	57	59	72

Примітки: 1. Hs – іпохондрії, D – депресії, Hu – істерії, Pd – психопатії, Pa – паранойяльності, Pt – психастенії, Se – шизоїдності, Ma – гипоманії. 2. Б² - середній сирий бал; К³ - коефіцієнт; Σ⁴ - середній ітоговий бал. 3. Достовірність розбіжностей показників шкал у групах $p \leq 0,001$.

З даних табл. 2 видно, що «профіль особистості» досліджених ОГ1, ОГ2, ОГ3 має значні відмінності. До шкал, що характеризують «профіль особистості» обстежених ОГ1, віднесено: шкалу Hs - за якою чоловіки та жінки мали схильність до втрати рівноваги у складних (кон-

фліктних) ситуаціях та знижені адаптаційні можливості ($p < 0,001$). У ОГ2 – шкалу D - підвищену тривожність, невпевненість у себе, схильність до самозвинувачення ($p < 0,001$). У ОГ3 – шкалу Hu – агравація соматичного захворювання ($p < 0,001$) та шкалу Se - підвищена чутливість,

холодність емоційного відгуку, відчуженість у міжособистісних стосунках ($p < 0,001$).

В цілому, серед обстежених усіх трьох груп не діагностовано «нормативного особистісного профілю» у межах 46-55 Т. Так, у 69,0% та 68,0% досліджених ОГ1, 70,0% та 69,0% ОГ2 та 71,0% та 67,0% ОГ3 виявлено показники базових шкал на рівні 67-74 Т, що свідчить про превалювання особистісних рис, які утруднюють соціально-психологічну адаптацію ($p < 0,001$).

У свою чергу, у 36,0% чоловіків та 36,0% жінок ОГ1, 32,0% чоловіків та 33,0% жінок ОГ2 та 35,0% чоловіків та 31,0% жінок встановлено показники за базовими шкалами вищі ніж 75 Т, що свідчить про серйозні проблеми порушення адаптації. Такими шкалами виявлено: шкалу Pd, що було свідомством того, що у досліджених спостерігалися конфлікти, спалахи агресії, нестійкий настрій, збудженість ($p < 0,001$); шкалу Pa - агресивність, конфліктність із оточуючими; шкалу Pt - особи із тривогою, постійним сумнівом; шкалу Ma - нестійкість інтересів. Встановлено, що у досліджених ОГ2 часту формується стеничний

тип реагування, якій характеризується високими показниками гиперстенічного профілю, відображаючи проблеми самотності ($p < 0,001$).

Виходячи із загальної гіпотези дослідження про відмінність особистісних рис досліджених в залежності терміну безпліддя, з метою пошуку найбільш ефективних та адекватних мішенів психокорекційних впливів для окремих родинних пар, досліджено розподіл досліджених за структурою особистості. Даний підхід обрано виходячи із думки, що система психокорекції та психопрофілактики порушень життєдіяльності сім'ї при безплідді у чоловіків повинна будуватися на принципах та підходах, які враховують їх особистісні властивості у рамках вікового досвіду. Тобто в системі, яка пропонується, повинно враховуватися віковий діапазон досліджених та притаманні даному діапазону особливості життєвого стереотипу, а саме: виконання чоловічої ролі у родині, стиль життя, культурне, соціальне, релігійне світосприйняття та ін. Результати розподілу досліджених за структурою особистості відображено у табл. 3.

Таблиця 3

Розподіл досліджених за структурою особистості (опитувальник Міні-мульт, у%)

Шкали ¹	Стать	Групи											
		ОГ1 (Ч=30,Ж=30)				ОГ2 (Ч=30,Ж=30)				ОГ3 (Ч=30,Ж=30)			
		С.б	N	%	±m	С.б	N	%	±m	С.б	N	%	±m
Hs	Ч	71	27	90,0	3,0	76	28	93,3	2,5	79	25	83,3	3,7
	Ж	55	26	86,7	3,4	56	27	90,0	3,0	58	25	83,3	3,7
D	Ч	72	28	93,3	2,5	78	28	93,3	2,5	81	26	86,7	3,4
	Ж	69	26	86,7	3,4	66	26	86,7	3,4	68	24	80,0	4,0
Hy	Ч	73	25	83,3	3,7	82	27	90,0	3,0	80	26	86,7	3,4
	Ж	58	26	86,7	3,4	57	25	83,3	3,7	63	27	90,0	3,0
Pd	Ч	60	27	90,0	3,0	65	26	86,7	3,4	64	24	80,0	4,0
	Ж	76	26	86,7	3,4	81	25	83,3	3,7	83	25	83,3	3,7
Pa	Ч	59	28	93,3	2,5	64	26	86,7	3,4	62	28	93,3	2,5
	Ж	79	26	86,7	3,4	72	27	90,0	3,0	78	27	90,0	3,0
Pt	Ч	60	28	93,3	2,5	58	28	93,3	2,5	61	26	86,7	3,4
	Ж	77	27	90,0	3,0	78	26	86,7	3,4	82	27	90,0	3,0
Se	Ч	72	25	83,3	3,7	78	27	90,0	3,0	82	26	86,7	3,4
	Ж	62	28	93,3	2,5	66	25	83,3	3,7	64	27	90,0	3,0
Ma	Ч	62	27	90,0	3,0	63	26	86,7	3,4	65	28	93,3	2,5
	Ж	82	28	93,3	2,5	81	27	90,0	3,0	82	25	83,3	3,7

Примітки: 1. Hs – іпохондрії, D – депресії, Hy – істерії, Pd – психопатії, Pa – паранойяльності, Pt – психастенії, Se – шизоїдності, Ma – гипоманії. 2. Достовірність розбіжностей показників шкал у групах $p \leq 0,001$.

З даних табл. 3 видно, що в цілому серед досліджених ОГ1 спостерігається динамічна картина вікової зміни показників за загальним балом у бік тенденцій підвищення за шкалами Hs, D, Hy, Se до патологічного ступеню їх вираженості. У досліджених ОГ2, відповідно, за шкалами Pd, Pa, Pt, Ma – також до патологічного ступеню їх вираженості. Даний розподіл досліджених був врахований у подальшому при розробці психокорекційних заходів. Треба зазначити, що у досліджених ОГ3 та ОГ2, на противагу досліджених ОГ1, вікові залежності зміни структури особистості відповідали умовним віковим формуванням та були більш «зрілими» в наслідок досвіду безплідного родинного життя та надбаних соціальних навичків компенсації, що проявлялося формуванням тенденцій до акцентуацій у більш пізньому віці ($p \leq 0,001$). Під соціальними навичками компенсацій ми маємо на увазі, що частина чоловіків та й жінок зі збільшенням тривалості безпліддя, адаптувалися у суспільстві у інших ролях де була можливість спілкування та прояву уваги щодо дітей, а саме: «інститут хресних», допомога родичам у побуті, яких є діти, проведення із дітьми родичів відпуски та т. ін.

За результатами дослідження опитувальником Міні-мулт у всіх трьох групах у чоловіків виявлено підйоми по шкалам депресії та шизоїдності. Особистісні особливості чоловіків, які відповідають підйому по даним шкалам, були представлені замкнутістю, пасивністю, інтровертованістю, некоммукабельністю, труднощами в міжособистісних контактах, своєрідністю суджень і вчинків, непрактичністю, відірваністю від реальних життєвих проблем, відгородженістю й емоційною холодністю. При цьому стан декомпенсації проявляється зниженим фоном настрою, депресивністю, зниженою самооцінкою й песимістичністю. У жінок усіх трьох груп спостерігалась пасивність особистісної позиції, м'якість, чутливість. Підйом показників за шкалою психопатії у сполученні із піком по шкалі депресії виявляв внутрішній конфлікт між високим рівнем домагань і непевністю в собі, високою активністю й швидкої виснаженості, що характерно для неврастенічного кола переживань. Крім того, підвищення Т-оцінок по шкалі паранойяльності вказувало на схильність слідувати власним стійким стереотипам поведінки. У таких особистостей існували сформовані переконання у несправедливості долі та ворожості стосовно них інших осіб, що було основою для виправдання своїх дій у власних очах, у те час як думка інших для них не значиме.

Наступним етапом дослідження стало вивчення комплексу меншовартості за методикою Н. П. Фетискин, В. В. Козлов, Г. М. Мануйлов (2002). Розподіл досліджених за структурою комплексу меншовартості відображено у табл. 4, з даних якої витікає, що в цілому у досліджених ОГ1, ОГ2, ОГ3 виявлені значні відмінності щодо наявності комплексу меншовартості із переважанням даного комплексу серед досліджених ОГ1. В цілому встановлено наступний розподіл структури комплексу меншовартості: від 0–40 балів (закомплексовані, себе оцінюють негативно, «зациклені» на власних слабостях, недоліках, помилках) ОГ1 – 33,3%, ОГ – 20,0%, ОГ3 – 6,7%. Серед жінок відповідно: ОГ1 – 13,3%, ОГ2 – 10,0%, ОГ3 – 6,7%. Від 41–80 балів (є можливості справитися із комплексами) ОГ1 – 23,3%, ОГ – 16,7%, ОГ3 – 10,0%. Серед жінок відповідно: ОГ1 – 16,7%, ОГ2 – 13,3%, ОГ3 – 10,0%. Від 81–130 (кількість комплексів, як й у кожній нормальної людини із здатністю самостійного їх вирішення) ОГ1 – 23,3%, ОГ – 40,0%, ОГ3 – 73,3%. Серед жінок відповідно: ОГ1 – 56,7%, ОГ2 – 60,0%, ОГ3 – 73,3%. Від 131–150 (помилкове уявлення щодо відсутності комплексів) ОГ1 – 20,0%, ОГ – 23,3%, ОГ3 – 10,0%. Серед жінок відповідно: ОГ1 – 13,3%, ОГ2 – 16,7%, ОГ3 – 10,0%.

Розподіл досліджених за середнім балом комплексу меншовартості відображено у табл. 5.

З даних табл. 5 видно, що досліджені в цілому за середнім балом розподілилися відносно рівномірно. Досліджені усіх трьох груп, які мали середній бал до 40, класифікувалися нами як закомплексовані. Дані особи оцінювали себе негативно, вони постійно боролися із власними слабостями, недоліками, помилками, що лише посилювало їх комплекси та ще більше ускладнювало стосунки з людьми. Їм дуже складно було виділити та сконцентруватися на власних сильних якостях.

Досліджені усіх трьох груп із середнім балом діапазону 41-80 балів, мали усі можливості справитися зі своїми комплексами власними силами. Досліджені признавали, що ці комплекси загалом заважають їм жити, часом вони боялися аналізувати себе та власні вчинки.

Досліджені усіх трьох груп із середнім балом 81-130 балів мали комплекси, як їх має кожна нормальна людини та чудово справлялися зі своїми проблемами. Вони могли об'єктивно оцінювати власну поведінку і вчинки людей. Вважалися людьми, які у компанії відчувають себе легко і вільно, і люди відчувають себе так само легко у спілкуванні з ними.

Розподіл досліджених за структурою комплексу меншовартості

Структура, у балах	Стать	Групи								
		ОГ1			ОГ2			ОГ3		
		N	%	±m	N	%	±m	N	%	±m
0–40	Ч	10	33,3	4,7	6	20,0	4,0	2	6,7	2,5
	Ж	4	13,3	3,4	3	10,0	3,0	2	6,7	2,5
41–80	Ч	7	23,3	4,2	5	16,7	3,7	3	10,0	3,0
	Ж	5	16,7	3,7	4	13,3	3,4	3	10,0	3,0
81–130	Ч	7	23,3	4,2	12	40,0	4,9	22	73,3	4,4
	Ж	17	56,7	5,0	18	60,0	4,9	22	73,3	4,4
131–150	Ч	6	20,0	4,0	7	23,3	4,2	3	10,0	3,0
	Ж	4	13,3	3,4	5	16,7	3,7	3	10,0	3,0
Всього	Ч	30	100,0		30	100,0		30	100,0	
Всього	Ж	30	100,0		30	100,0		30	100,0	

Таблиця 5

Розподіл досліджених за середнім балом комплексу меншовартості

Групи	Стать	Бали			
		0-40 (ср.б)	41-80 (ср.б)	81-130 (ср.б)	131-150 (ср.б)
ОГ1	Ч	37	76	121	143
	Ж	34	73	118	137
ОГ2	Ч	35	68	115	139
	Ж	36	73	119	141
ОГ3	Ч	38	69	120	146
	Ж	37	74	116	145

Досліджені усіх трьох груп із середнім балом 31-150 балів - вважали, що не мають комплексів. Вони почасти існували у так званому «надуманому світі», де власний образ не співпадав із реальністю. Такий самообман й завищена самооцінка заважали їм спілкуватися у реальному житті, а самозакоханість переростала в зазнайство, зарозумілість, викликала неприязнь оточуючих людей і істотно зіпсувало життя.

Наступним етапом дослідження стало визначення типу ставлення до хвороби за допомогою «Методики діагностики типу ставлення до хвороби (ТОБОЛ)» (Л. І. Вассерман, Б. В. Ювлев, 2002). Досліджуючи цю характеристику, ми

виходили з теоретичних передумов щодо внутрішньої картини хвороби, яку розглядали як комплексне поняття, все те, що відчуває і зазнає хворий, всю масу його відчуттів, не тільки місцевих хворобливих, але й його загальне самопочуття, самоспостереження, його уявлення про свою хворобу, все те, що пов'язано для хворого з його візитом до лікаря, - весь той величезний внутрішній світ хворого, який складається з вельми складних сполучень сприйняття та відчуття, емоцій, афектів, конфліктів, психічних переживань і травм. Дане поняття включає не лише знання про хворобу, її усвідомлення особистістю, але й розуміння ролі і впливу

хвороби на соціальне функціонування, емоційні і поведінкові реакції, пов'язані з хворобою, можливості адаптивної чи дезадаптивної поведінки

хворого в теперішньому чи майбутньому. Результати досліджених чоловіків за структурою типів ставлення до хвороби відображено у табл. 6.

Таблиця 6

Розподіл досліджених чоловіків за структурою типів ставлення до хвороби

Тип ставлення до хвороби	ОГ1			ОГ2			ОГ3		
	N	%	±m	N	%	±m	N	%	±m
Сенситивний	6	20,0	4,0	4	13,3	3,4	2	6,7	2,5
Тривожний	6	20,0	4,0	4	13,3	3,4	2	6,7	2,5
Іпохондричний	1	3,3	1,8	2	6,7	2,5	3	10,0	3,0
Меланхолійний	1	3,3	1,8	2	6,7	2,5	3	10,0	3,0
Апатичний	1	3,3	1,8	3	10,0	3,0	3	10,0	3,0
Неврастенічний	1	3,3	1,8	3	10,0	3,0	2	6,7	2,5
Егоцентричний	1	3,3	1,8	4	13,3	3,4	3	10,0	3,0
Паранойяльний	1	3,3	1,8	1	3,3	1,8	-	-	-
Анозогнозичний	5	16,7	3,7	2	6,7	2,5	4	13,3	3,4
Дисфоричний	1	3,3	1,8	1	3,3	1,8	1	3,3	1,8
Ергопатичний	6	20,0	4,0	2	6,7	2,5	3	10,0	3,0
Гармонічний	-	-	-	2	6,7	2,5	4	13,3	3,4
Всього	30	100		30	100		30	100	

З даних табл. 6, видно, що в цілому серед обстежених ОГ1 переважали сенситивний 6 (20,0 ± 4,0%), тривожний 6 (20,0 ± 4,0%), анозогнозичний 5 (16,7 ± 3,7%), та ергопатичний 6 (20,0 ± 4,0%) типи відношення до хвороби ($p \leq 0,001$). Серед обстежених ОГ2, відповідно: сенситивний 4 (13,3 ± 3,4%), тривожний 4 (13, ± 3,4%), апатичний 3 (10,0 ± 3,0%), неврастенічний 3 (10,0 ± 3,0%), егоцентричний 4 (13,3 ± 3,4%) ($p \leq 0,001$). Серед обстежених ОГ3, відповідно: іпохондричний 3 (10,0 ± 3,0%), меланхолійний 3 (10,0 ± 3,0%), апатичний 3 (10,0 ± 3,0%), егоцентричний 3 (10,0 ± 3,0%), анозогнозичний 4 (13,3 ± 3,4%), ергопатичний 3 (10,0 ± 3,0%), гармонічний 4 (13,3 ± 3,4%) ($p \leq 0,001$).

Характеризуючи пацієнтів із відокремленими типами відношення до хвороби, можна зазначити, що особам із тривожним типом було властиво постійний тривожний стан щодо хвороби, невіра у можливість позитивних результатів лікування. В цілому, настроїв пацієнтів характеризувався як емоційно пригнічений внаслідок тривоги. Хворі шукали «народні» методи лікування та джерела інформації про хворобу, вивчали наукові данні. Такі пацієнти відокремлювалися від пацієнтів із іншим типом відно-

шення до хвороби постійним пошуком «об'єктивних, авторитетних даних» та більшою податливістю іншої думки ніж власним відчуттям. Пацієнтам із сенситивним типом відношення до хвороби було характерно надмірна схвильованість щодо можливого неприємного сприйняття їх оточуючими. Хворі переживали, що інші люди дистанціюються та уникають їх вражаючи їх неповноцінними. Хворі із анозогнозичним типом відношення до хвороби не вважали безпліддя, як катастрофу особистісного життя. В свою чергу пацієнти із ергопатичним типом відношення до хвороби намагалися бути активними та компенсувалися у веденні активного образу життя та високої працездатності.

За результатами досліджень виявлено, що в цілому відношення до свого захворювання є важливою характеристикою самосвідомості хворого і може мати суттєвий вплив на клінічні прояви, перебіг і прогноз захворювання. Відношення до хвороби проявляється в зміні поведінці пацієнта, його взаємовідносинах з медичним персоналом та родиною, а також виступати в якості психотравмуючої ситуації та формування тла для виникнення викривлень їх психоемоційного стану, змінюючи рівень адаптації хво-

рого. Встановлено вірогідний взаємозв'язок між наявністю негармонійного типу відношення до хвороби та негативним перебігом захворювання – наявністю тривожних та депресивних симптомів та їх вираженістю, труднощами у сімейному та суспільному житті, самореалізації особистості, розвитком внутрішніх конфліктів.

Виявлено характерну своєрідність ціннісної та сфери орієнтації, системи відносин і внутрішньої картини хвороби в досліджених групах з різною установкою на лікування. Для хворих з активною установкою на лікування (ОГ1) була характерна перевага сенситивного й ергопатич-

ного типу ставлення до хвороби. Для хворих з пасивною установкою на лікування (пацієнти ОГ2, які продовжували лікуватися, але вже не вірячи в успіх) характерна перевага сенситивного, тривожного й ергопатичного типів ставлення до хвороби. Для хворих з відсутністю установки на лікування (у більшості пацієнти із довгим строком безпліддя – ОГ3) була характерно перевага анозогнозичного, ергопатичного й сенситивного типів відношення до хвороби.

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

П.П. Вербовой

ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СУПРУЖЕСКОЙ ПАРЫ С НАРУШЕНИЕМ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЕМЬИ ВСЛЕДСТВИЕ БЕСПЛОДИЯ У СУПРУГА, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЕГО ДЛИТЕЛЬНОСТИ.

Донецкий региональный центр материнства и детства

В работе проведен анализ индивидуально-психологических особенностей и нарушений жизнедеятельности в семьях с различной длительностью бесплодия у супруга. Полученные данные использовались при разработке системы мероприятий психокоррекции и психопрофилактики нарушенной жизнедеятельности семьи при бесплодии у супруга. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2014. — № 1 (33). — С. 35-42).

P. P. Verbovoj

INDIVIDUAL PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS SPOUSES IN VIOLATION OF LIFE FAMILY DUE INFERTILITY IN MEN, DEPENDING ON ITS DURATION

Donetsk regional center for mother and child care

The article presents a comparative analysis of the characteristics of individual psychological characteristics of 90 marriages in violation of life of the family as a result of infertility in men, depending on its duration. Established differences of personality characteristics, presence and severity of the inferiority complex and the type of treatment to disease in spouses of different terms for male infertility: the most acutely responsive couples experience infertility of 5 years, the most adapted proved spouse for a period of infertility man 11 - 15 years. The data were taken into account by us in the development of measures of correction and psychoprophylaxis violation of family life with infertility in men. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2014. — № 1 (33). — P. 35-42).

Література

1. Маркова М. В. Феномен бесплодия супружеской пары с позиции медицинской психологии / М. В. Маркова // Всесвіт соціальної психіатрії, медичної психології та психосоматичної медицини. – 2009. – Т. 1, № 1 (1). – С. 57 – 62.
2. Кришталь Е. В. Бесплодие супружеской пары в аспекте медицинской психологии / Е. В. Кришталь, М. В. Маркова // Медична психологія. – 2008. – Т. 3. - № 3. – С. 17 – 22.
3. Юзько О. М. Подолання безпліддя за допомогою репродуктивних технологій / О. М. Юзько, Т. А. Юзько // Здоровье Украины. – 2009. – № 3 (20). – С. 6 – 7.
4. Turek P. Бесплодие психологически уничтожает мужчин [Электронный ресурс] / P. Turek // Journal of Sexual Medicine. –

2009. – режим доступа до журн.: <http://medicinform.net/news/news14252.htm>

5. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты / Д.Я.Райгородский – Самара: Издательский дом «БАХРАХ-М», 2008. – 672 с.

6. Фетискин Н. П. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп / Н. П. Фетискин, В. В. Козлов, Г. М. Мануйлов. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2012. – 490 с.

7. Усовершенствованная методика для психологической диагностики отношения к болезни (ТОБОЛ): пособие для врачей / Вассерман Л. И., Иовлев Б. В., Карпова Э. Б., Вукс А. Я. – СПб: Изд-во НИПИ им. В.М.Бехтерева, 2002 – 31 с.

Поступила в редакцию 18.01.2014