

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ И ИХ РОЛЬ В СУПРУЖЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ

В.Е. БАБЕЛЮК

Санаторий «Молдова», Трускавец Львовской области

Выявлены психическое состояние, особенности личности супругов и их соотношение в паре при хроническом простатите у мужа. Сделано заключение, что установленные закономерности должны быть учтены при дифференциальной диагностике и психотерапевтической коррекции супружеской дезадаптации при данной патологии.

Нарушение сексуальной функции мужчин при хроническом простатите рассматривается в ряде работ сексологов и андрологов [1–4]. Однако в них исследуется в основном роль соматических факторов в развитии у больных сексуальной дисфункции и авторы практически не касаются психологических и социально-психологических аспектов нарушения сексуального здоровья супружеской пары при данном заболевании у мужа. Между тем в ряде современных сексологических работ показано, что роль негативных психологических и в особенности социально-психологических факторов в развитии сексуальной дезадаптации супружеской (партнерской) пары не менее, а нередко и гораздо более значима, нежели роль соматогенных факторов [5, 6]. Нам представляется, что это относится и к хроническому простатиту, который, как известно, очень часто сопряжен с сексуальными расстройствами.

Поставив перед собой задачу изучить особенности личности больных хроническим простатитом и их жен, а также соотношение этих особенностей в супружеской паре, мы провели психодиагностическое обследование 86 супружеских пар, в которых мужья страдали хроническим простатитом.

Среди обследованных у 71 супружеской пары имела место сексуальная дезадаптация. Среди них были выделены две клинические группы: первую составили 22 пары, в которых у мужей имела место сексуальная дисфункция, обусловленная хроническим простатитом, сопровождающимся синдромом тазовой боли; во вторую вошли 49 ($57 \pm 5\%$) пар, в которых у мужей при явлениях хронического простатита отмечалась сексуальная дисфункция, обусловленная другими причинами. Во второй группе супружеских пар были выделены три подгруппы. К первой были отнесены 10 ($20 \pm 6\%$) пар, в которых сексуальное расстройство у мужей возникло вследствие неправильной интерпретации своих сексуальных проявлений из-за недостаточной информированности в вопросах психогигиены половой жизни. Во вторую подгруппу вошли 12 ($24 \pm 6\%$) пар, в которых сексуальная дисфункция у мужа была обусловлена низким уровнем социально-психологической адаптации супругов. Третью подгруппу составили 27 супружеских пар ($55 \pm 7\%$), где сексуальные нарушения у мужчин были следствием сексуально-эротической дезадаптации. Кроме того, 15 супружеских пар, в которых у мужей

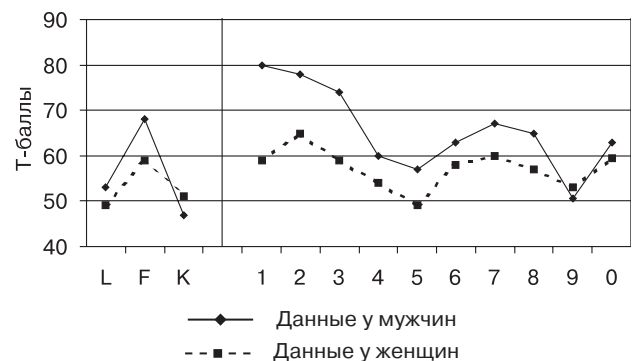
также отмечался хронический простатит, но не наблюдалось сексуальной дезадаптации, были обследованы в качестве контрольной группы.

Для изучения актуального психического состояния, личностных особенностей супругов и соотношения этих особенностей в паре мы использовали известную методику многостороннего исследования личности — опросник ММРІ, в варианте Ф.Б. Березина с соавт. [7]. Исследовали также уровень психологической и социально-психологической адаптации супругов, для чего был применен опросник, разработанный В.В. Кришталем [8], позволяющий выявить сферу конфликтности супружеской пары.

На основании данных, полученных с помощью опросника ММРІ, были построены усредненные профили обследованных. В качестве показателей по отдельным шкалам использовали средние для каждой группы значения (в Т-баллах). С целью оценки тенденций, характерных для каждой группы, проводили интерпретацию усредненных профилей мужчин и женщин, а также сравнительный анализ этих профилей в каждой группе.

Во всех рассматриваемых случаях показатели оценочных шкал (L, F, K) находились в пределах, выявляющих нормальную и достаточно откровенную реакцию обследуемых на процедуру тестирования.

Усредненный профиль больных первой группы (рис. 1) характеризовался подъемом профиля на невротических шкалах: 1-й (шкала ипохондрии), 2-й (шкала депрессии), 3-й (шкала конверсионной истерии). При этом форма усредненного профиля на нев-



То же на остальных рисунках

Рис. 1. Усредненный профиль обследованных первой группы

ротических шкалах определялась максимальным повышением на 1-й шкале. Второй подъем профиля был выражен на 7-й шкале (шкала психастении). Профиль резко снижался на 9-й шкале (шкала гипомании).

Клинически психическое состояние этих больных определялось ипохондрической фиксацией болезненных ощущений, эмоциональной напряженностью, тревожностью, подавленным настроением, снижением активности и инициативы. Больные были эмоционально лабильны, с плохо контролируемыми эмоциями. Поведение их ориентировано на сочувствие, внимание и поддержку близких. Характерными были такие личностные особенности, как склонность к острому переживанию неудач, волнению, неуверенность в себе.

Усредненный профиль жен больных первой группы характеризовался умеренным повышением на 2-й (шкала депрессии) и снижением на 5-й (шкала мужских и женских черт характера) шкалах, что свидетельствует об усилении сенситивности, мягкосердечности, ранимости. Черты женственности в поведении сочетались с хорошим эмоциональным контролем, самокритичностью, глубиной переживаний.

У больных первой подгруппы второй группы (рис. 2) усредненный профиль характеризовался максимальным повышением показателей 2-й шкалы (депрессия), сочетавшимся с высокими 7-й (психастения) и нулевой (социальная интроверсия) шкалами при низкой 9-й шкале (шкала гипомании). Для больных этой подгруппы были характерны выраженный эмоциональный дискомфорт, пониженное настроение в связи с негативными эмоциями, сосредоточенность на болезненных переживаниях и личностных недостатках, а также конформность, социальная податливость, робость, неуверенность в себе и своих возможностях, отказ от самореализации, замкнутость. Типичными были также тревожно-мнительные черты и острое переживание неудач.

Усредненный профиль жен этих больных характеризовался умеренным повышением показателей 2-й (шкалы депрессии) и снижением 5-й шкалы (шкалы мужских и женских черт характера), что свидетельствует о сенситивности, ранимости и мягкосердечности.

Во второй подгруппе второй группы (рис. 3) усредненный профиль больных отличался макси-

мальным повышением показателей 6-й шкалы (паранойальности), сочетающимся с подъемом профиля на невротических шкалах: 1-й (шкала ипохондрии), 2-й (шкала депрессии) и 3-й (шкала конверсионной истерии). На 5-й шкале профиль был снижен. Для этих больных была характерна плохая социальная приспособляемость, повышенная раздражительность, подавляемая враждебность. Выраженная тенденция к устойчивости аффективно окрашенных переживаний проявлялась в болезненной обидчивости, подозрительности, чувствительности в отношении несправедливости. Замкнутость, агрессивность и эгоцентричность особенно затрудняли адаптацию в ближайшем окружении.

Усредненный профиль жен больных этой подгруппы определялся повышением на 6-й и 5-й шкалах, что свидетельствует о повышенной, как и у мужчин, устойчивости аффективно окрашенных переживаний. При этом у них выражены черты независимости, самостоятельности в принятии решений, недостаточная женственность в поведении, отсутствуют мягкость в общении, способность к глубокой душевной привязанности.

Профили больных третьей подгруппы второй группы были неоднородными. Среди них можно было выделить два варианта.

Первый вариант (рис. 4а) характеризовался максимальным повышением показателей 2-й шкалы (депрессии), сочетающимся с высокой 1-й (ипохондрии), 7-й (психастении), нулевой (социальной интроверсии) шкалами при низкой 9-й шкале (шкала гипомании). Такой профиль характерен для лиц с выраженными тревожно-мнительными чертами. Клинически психическое состояние больных определялось эмоциональной напряженностью, тревожностью, подавленностью настроения, ипохондрической фиксацией. Повышенная тревожность сочеталась с неуверенностью, застенчивостью, нерешительностью, замкнутостью, неловкостью в общении.

Второй вариант (рис. 4б) характеризовался максимальным повышением показателей 6-й шкалы, сочетающимся с подъемом профиля на невротических шкалах: 1-й (ипохондрии), 2-й (депрессии) и умеренным повышением 4-й (шкалы психопатии). Профиль снижался на 5-й шкале (шкала мужских и женских черт характера). Такая конфигурация профиля свиде-

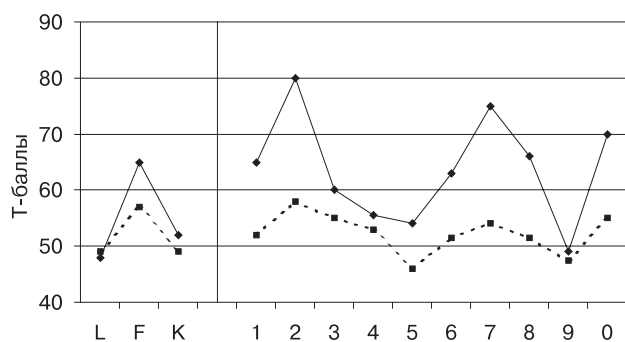


Рис. 2. Усредненный профиль обследованных первой подгруппы второй группы

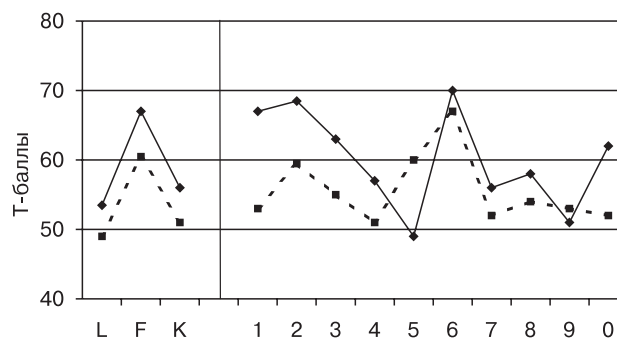


Рис. 3. Усредненный профиль обследованных второй подгруппы второй группы

тельствует о повышенной устойчивости аффективно окрашенных переживаний, склонности к конфликтам, раздражительности, несдержанности, вспышкам агрессивности. Имеющаяся у больных тенденция к самоутверждению порождает подозрительность, упрямство, недоверчивость.

Для жен больных третьей подгруппы (рис. 5) второй группы типичным было снижение показателей 5-й шкалы, максимальное повышение 7-й (шкалы психастении) и умеренное повышение нулевой и 2-й шкал. Эти данные отражают постоянную тревожность, нерешительность, заниженную самооценку, интрапунитивность. Женщины этой подгруппы отличались чувствительностью, ранимостью, эмоциональной утонченностью.

Усредненный профиль больных контрольной группы (рис.6) ни на одной шкале не превышал 65 Т-баллов. По результатам ММРІ у них не выявлены нарушения психического здоровья или какие-либо черты, predisposing к таким нарушениям. Усредненный профиль женщин контрольной группы не отличался от показателей женщин первой группы и первой подгруппы второй группы.

Таким образом, анализ результатов применения методики ММРІ свидетельствует о том, что психическое состояние больных хроническим простатитом, сопровождающимся сексуальными нарушениями, определяется их эмоциональной напряженностью, тревожностью, сниженным настроением, падением активности и инициативы и нередко — ипохондрической фиксацией на болезненных ощущениях.

Сопоставив усредненные профили мужчин по группам, мы убедились, что в первой подгруппе второй группы супружеских пар, т.е. при дезинформационной форме сексуальной дезадаптации, доминиру-

ющими чертами в поведении являются замкнутость, неуверенность, робость, конформность, тревожно-мнительные черты. У супругов второй подгруппы данной группы, т.е. при коммуникативной форме дезадаптации, для обоих супругов характерна устойчивость аффективно окрашенных переживаний, проявляющаяся в болезненной обидчивости, подозрительности, эмоциональной несдержанности, доминантности. Как у мужчин, так и у женщин (высокая 5-я шкала у женщин и низкая — у мужчин) отсутствуют мягкость в общении, способность к глубокой душевной привязанности. Подобная заостренность личностных черт снижает адаптивные возможности супругов и служит почвой для межличностных конфликтов.

В третьей подгруппе второй группы, т.е. при сексуально-эротической форме сексуальной дезадаптации, для одних мужчин характерны тревожно-мнительные черты, неуверенность, замкнутость, нерешительность, для других — устойчивость аффективно окрашенных переживаний, конфликтность, вспышки агрессивности. И те, и другие черты способствуют низкому уровню сексуально-поведенческой адаптации супругов.

Определение межличностных отношений супружеских пар, проведенное с помощью специальных тестов и упомянутого выше опросника психологической и социально-психологической адаптации, дало возможность установить уровень психологической совместности обследованных супругов. Оказалось, что уровень социально-психологической адаптации в клинических группах был низким у 49±5% супружеских пар, а уровень сексуально-эротической адаптации — у 84±4%.

В первой группе психологическая дезадаптация наблюдалась у 38±8% супружеских пар, социально-

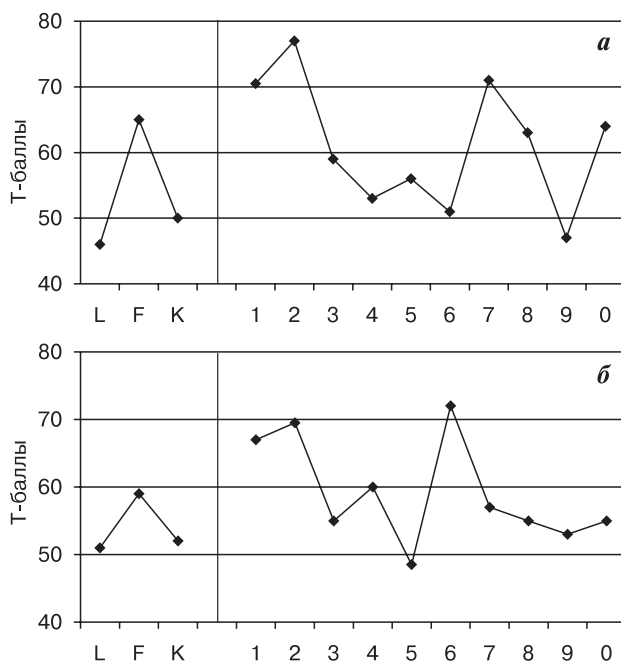


Рис. 4. Усредненные профили больных третьей подгруппы второй группы: а — первый вариант; б — второй вариант

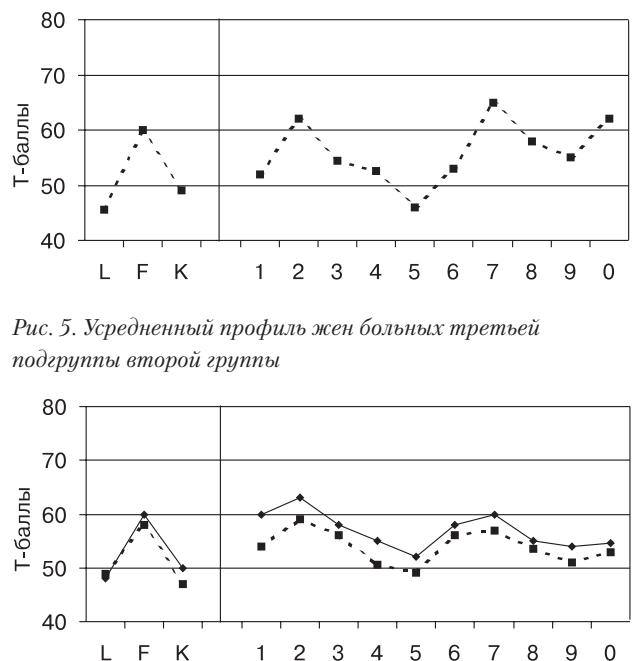


Рис. 5. Усредненный профиль жен больных третьей подгруппы второй группы

Рис. 6. Усредненный профиль обследованных контрольной группы

психологическая — у $52\pm 9\%$ и сексуально-эротическая также у $52\pm 9\%$.

Во второй группе было обнаружено у всех супружеских пар второй подгруппы снижение уровня социально-психологической, а у всех обследованных третьей подгруппы — сексуально-эротической адаптации. У $56\pm 5\%$ супружеских пар второй группы наблюдалась психологическая дезадаптация, обусловленная характерологическими чертами одного из супругов.

Уровень сексуально-эротической адаптации супругов определяли с помощью карт эrogenных зон мужчины и женщины [5]. Полученные данные показали, что несоответствие воздействия на эrogenные зоны имело место у $77\pm 4\%$ обследованных и только у $21\pm 4\%$ отмечалось его соответствие.

Обследование по той же методике супругов контрольной группы выявило высокий уровень психоло-

гической, социально-психологической и сексуально-эротической их адаптации.

В целом проведенное психодиагностическое исследование показало большую значимость личностных особенностей супругов и степени их адаптации на всех уровнях взаимодействия в генезе сексуальной дезадаптации, особенно в тех случаях, когда психологическая, социально-психологическая и сексуально-эротическая дезадаптация являются основной причиной нарушения сексуального здоровья супругов. Полученные результаты позволяют сделать заключение, что личностные особенности больных хроническим простатитом, их соотношение с особенностями личности жены и степень адаптации супругов на указанных уровнях взаимодействия должны учитываться при дифференцированной диагностике и психотерапевтической коррекции сексуальной дезадаптации супружеской пары, в которой муж страдает хроническим простатитом.

Л и т е р а т у р а

1. *Арнольди Э.К.* Простатит: опыт, проблемы, перспективы.— Х.: Каравелла; Питер.— Т; Неофит, 1997.— 112 с.
2. Сексология и андрология / Под ред. А.Ф. Возианова, И.И. Горпинченко.— К.: Абрис, 1997.— 880 с.
3. *Юнда И.Ф.* Болезни мужских половых органов.— 2-е изд.— К.: Здоров'я, 1989.— 272 с.
4. *Nickel J.C.* Rational management of prostatitis and prostatodynia // *Curr. Opin. Urol.*— 1996.— Vol. 6.— P. 53–58.
5. *Кристалль В.В., Григорян С.Р.* Сексология.— М.: Per Se, 2002.— 879 с.
6. *Бабюк И.А.* Современная диагностика хронического простатита // *Журн. дерматол. и венерол.*— 1998.— № 1.— С. 75–77.
7. *Березин Ф.Б., Мирошников М.Л., Рожнец Р.В.* Методика многостороннего исследования личности.— М.: Медицина, 1976.— 186 с.

Поступила 03.08.2004

PERSONALITY FEATURES IN PATIENTS WITH CHRONIC PROSTATITIS AND THEIR ROLE IN SPOUSE DEADAPTATION

V.E. Babeliuk

S u m m a r y

Mental states, personality features of the husband and wife and their correlation in the spouse at chronic prostatitis in the husband were revealed. The author concludes that the revealed regularities should be taken into consideration in differential diagnosis and psychotherapeutic correction of spouse deadaptation in this disease.