

The study has substantiated the structural-dynamic model of the continuum of post-stress psychological maladaptation in combatants who received combat injuries of the main vessels of the extremities, based on which a set of measures for psychocorrection of psychological maladaptation of combatants who received injuries of the main vessels of the extremities. The developed complex consisted of 6 stages, most of which were universal and were aimed at working with servicemen, regardless of the extent of surgical interventions. At the initial stage, measures were taken to form motivation to participate in psychocorrection and psycho-educational preparation for it was carried out. The general clinical and psychological stage was devoted to the reduction of psychopathological symptoms and processing of psychotraumatic experience gained through injuries and participation in military actions. The general stress-protective phase included measures aimed at activating personal stress-protective

resources for the adaptation of servicemen, and gradually moved to a specifically-differentiated adaptive phase, in which special attention was paid to working with servicemen who lost limbs, which was done to adapt the combatant to the consequences of surgical intervention, formation of adequate self-attitude and skills of social and interpersonal communication in new living conditions. The evaluation of effectiveness, conducted at the end of psychocorrection, showed a significant improvement in the psycho-emotional state and quality of life of the servicemen who participated in the activities, compared with the control group.

Key words: post-stress psychological maladaptation, participants in military actions, traumatic injuries of the main vessels of the extremities, the extent of surgical interventions, amputation, psychocorrection.

Прийнято до друку 21.01.2020

ОБГРУНТУВАННЯ ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ПОРУШЕННЯ ПОДРУЖЬОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПРОСТАТИТ

Харківська медична академія післядипломної освіти

Мета роботи – обґрунтування й розробка заходів медико-психологічної корекції порушення подружнього функціонування у хворих на хронічний простатит (ХП), та оцінка їх ефективності.

Обстежено 109 чоловіків, хворих на ХП, та їх дружин. За критерієм наявності/відсутності подружньої задоволеності, обстежені пари були розділені на дві групи. До першої групи (група 1) були віднесені 73 (67,0%) подружжів з низьким або зниженим рівнем подружньої задоволеності. До другої (група 2) увійшли 36 (33,0%) подружніх пар, задоволених власними стосунками. Комплексне обстеження включало, окрім стандартних клінічних методів, проведення сексологічного, клініко-психологічного і психодіагностичного досліджень.

Серед подружжів з браком подружньої задоволеності виділено 24 пари з суцільним порушенням подружнього функціонування, зі стрижневим ураженням соціально-психологічного і психологічного його компонентів, у інших 49 пар з частковим порушенням подружнього функціонування, стрижневим виявилось ураження саме біологічного компоненту через захворювання на ХП чоловіка.

Нами запропоновані заходи психокорекції, диференційовані залежно від ступеню порушення подружнього функціонування для родин чоловіків, хворих на ХП. Психокорекційні втручання повинні реалізовуватись трьома блоками: 1) формування нових психологічних установок (етап формування комплексу та психоосвітній етап); 2) редукції психопатологічної симптоматики та відновлення сексуальної подружньої комунікації (етапи індивідуальної і парної роботи); 3) остаточної дезактуалізації психотравмуючого факторів та закріплення нових навичок адаптивного подружнього функціонування (етап домашньої роботи та закріплюючий етап). Персоніфікація медико-психологічних втручань полягає в тому, що після дезактуалізації та редукції тривожно-депресивних ознак реагування на ХП та деформацію подружньої взаємодії при суцільному порушенні подружнього функціонування на перший план виходить робота з нормалізації міжособистісних та персоніфікованих патернів подружжів, в той час як при частковому порушенні подружнього функціонування основа уваги приділяється нівеляції фізіологічних (біологічних) наслідків ХП, а міжособистісна й індивідуально-психологічна оптимізація відбувається на тлі нормалізації біологічних параметрів.

Впровадження даного комплексу заходів медико-психологічної допомоги дозволило покращити показники подружньої задоволеності у 62,5% подружжів з суцільним порушенням подружнього функціонування та у 77,6% серед пар з частковим його порушенням.

Ключові слова: хронічний простатит, подружня задоволеність, порушення подружнього функціонування, медико-психологічна допомога.

Вступ. Одним з найпоширеніших урологічних захворювань, що найбільш часто зустрічається серед чоловіків, є хронічний простатит (ХП), від якого страждають близько 30% чоловіків у віці від 20 до 50 років [1, 2]. ХП є результатом комплексної дії негативних імунних, психологічних, неврологічних та генетичних факторів, що проявляється різноманітними урологічними й сексopatологічними симптомами, та нервово-психічними проявами [3, 4]. Так, наприклад, дослідження CPCRn показало, що в анамнезі пацієнтів з ХП тривогу та депресію спостерігали вдвічі частіше, ніж в аналогічній за віком групі контролю [5]. Одним з найбільш розповсюджених клінічних проявів ХП

є порушення сексуального здоров'я [6, 7], поширеність якого становить 2–40% для еректильної дисфункції (ЕД), 15–25% для зниження статевого потягу, 8–32% для еякуляторної дисфункції (ЕяД), 12–19% для оргазмічної дисфункції, 17% для диспареунії [2]. Дослідження зарубіжних вчених вказують також на вплив психологічних факторів на перебіг і прогресування ХП, й, навпаки, вплив ХП на загострення відповідних особистісних рис та формування відповідного стилю індивідуально-психологічного реагування на захворювання [8–12]. Крім того, існують публікації, в яких розглядається роль ХП як фактору негативного впливу на стан подружніх стосунків. У такому випадку

ресурс подружнього життя з підтримуюче-реабілітаційного трансформується у додатковий дистресовий чинник, що матиме деструктивний патологічний вплив на психологічний і, опосередковано, соматичний стан хворого [6, 7, 13].

Мета роботи – обґрунтування й розробка заходів медико-психологічної корекції порушення подружнього функціонування у хворих на ХП, та оцінка їх ефективності.

Контингент та методи дослідження. Для досягнення поставлених мети, з дотриманням принципів біоетики і деонтології на базі декількох установ уролого-андрологічного профілю м. Харкова протягом 2012–2018 рр. було обстежено 109 чоловіків, хворих на ХП, та їх дружин. Критерієм включення в дослідження, окрім наявності захворювання на ХП у чоловіків, була відсутність в анамнезі психічних і поведінкових розладів у обох з пари. Вік обстежених був від 25 до 40 років. Обидва з подружжя, як правило, входили в одну вікову групу (з різницею до 5 років). В першому шлюбі тривалістю від трьох до семи років перебували 60,6% подружжів, у другому шлюбі (тривалість в середньому від двох до п'яти років) – 39,4%. В роботі використовували клініко-психологічний, психодіагностичний та спеціальний сексологічний методи дослідження.

За критерієм наявності/відсутності подружньої задоволеності, стан якої визначався нами за допомогою опитувальника подружньої задоволеності А. Лазаруса (1997), обстежені пари були розділені на дві групи. До основної групи (ОГ) були віднесені 73 (67,0%) подружжів з низьким (менше 80 балів) або зниженим (80–112 балів) рівнем подружньої задоволеності. До групи порівняння (ГП) увійшли 36 (33,0%) подружніх пар, задоволених власними стосунками (115–160 балів). В ОГ 45 чоловіків (61,6%) мали ЕД в структурі ХП, а 28 осіб (38,4%) – поєднані ЕД і ЕяД в структурі ХП. В ГП ЕД мала місце у 25 хворих на ХП чоловіків (69,4%), 11 осіб страждали на поєднану сексуальну дисфункцію в структурі ХП (30,6%). Таким чином, не дивлячись на те, що в усіх чоловіків в структурі ХП зустрічались прояви сексуальної дисфункції, частина з них – 22,9% осіб з ЕД і 10,1% з ЕД і ЕяД – мала достатню якість подружніх стосунків, яку вони та їх дружини оцінили як «подружжя задоволеність».

Стан психоемоційної сфери оцінювали за декількома показниками: структуру палітри емоційного реагування – за «Картою самооцінки емоційного стану Н.О. Марути» (2004); патопсихологічне тло розвитку невротичної симптоматики та інтенсивність проявів патологічної тривоги – за «Методикою визначення рівню особистісної

і реактивної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна, наявність і вираженість депресивного реагування – за однойменною методикою В. Зунге. Індивідуально-психологічні патерни пацієнтів діагностували з використанням «Методики діагностики рівня суб'єктивного відчуття самотності Д. Рассела і М. Фергюсона», «Шкали самоповаги Розенберга» та Опитувальника «Шістнадцять особистісних факторів» Р. Кеттелла (Sixteen Personality Factor Questionnaire, 16PF). Стан міжособистісної взаємодії та подружнього функціонування оцінювали з використанням опитувальника подружньої задоволеності А. Лазаруса та «Тест-опитувальник задоволеності шлюбом» В.В. Століна, Т.Л. Романової, Г.П. Бутенко, методики «Діагностика спілкування в сім'ї» Ю.Є. Альшиної, Л.Я. Гозмана, О.М. Дубовської, яка допомагає діагностувати такі складові спілкування, як довірливість, взаємопорозуміння у парі, схожість у поглядах, спільність символів, легкість і психотерапевтичність спілкування, методики діагностики міжособистісних стосунків Т. Лірі, методики «Визначення механізмів психологічного захисту у спілкуванні» В.В. Бойка.

Спеціальний сексологічний метод дослідження, що базується на розробленому В.В. Кришталем на основі авторської чотирьохфакторної концепції забезпечення сексуального здоров'я, був доповнений використанням валідизованого багатовимірного опитувальника «Міжнародний індекс еректильної функції».

Статистичний метод був використаний для оцінки розбіжностей між групами та залежностей між факторами.

Результати дослідження та їх обговорення. В результаті дослідження було встановлено, що чоловікам, хворим на ХП, виявились притаманними прояви тривожно-депресивного реагування, значуще більше виражені серед осіб, незадоволених подружніми стосунками: мозаїчні прояви як тривожної, так і депресивної симптоматики зустрічались у переважній більшості пацієнтів ОГ та у деякої кількості хворих ГП. Також для них було характерно переважання емоцій негативного спектру в палітрі емоційного реагування, в той час як у пацієнтів, що мали подружню задоволеність, в емоційному спектрі превалювало позитивне емоційне забарвлення. Між дружин хворих спостерігалася схожа тенденція більшої розповсюдженості і вираженості симптомів патологічної тривожності та депресії серед жінок, що відчували подружню незадоволеність. Таку ситуацію можна обґрунтувати різними мотиваційно-відповідальними механізмами, задіяними при формуванні

стилю реагування на захворювання, які гуртуються на стані подружніх стосунків обстежених. Так, при наявності психологічної підтримки з боку дружини, пацієнти ГП були схильні до більшої адаптивності стосовно відношення до власної хвороби на ХП. У свою чергу, при відсутності підтримуючих чинників, мобілізуюча адаптивна поведінка пацієнтів ОГ швидко руйнувалася, і у більшості з них мали місце випадки тривожно-депресивного реагування, що супроводжувались пошуком т.зв. «афективної мішені», тобто в першу чергу, власних дружин – на яких вони могли безпричинно вимістити власні негативні переживання.

Також було виявлено, що практично усі чоловіки ОГ відчували виражене суб'єктивне відчуття самотності, покинутості та браку підтримки від найближчого оточення, що реалізувалося на тлі браку самоповаги, в той час як їх дружини компенсували його насиченим спілкуванням поза подружнього кола. Для частини цих чоловіків (67,1%) були характерними емоційна нестійкість, запальність, дратівливість, імпульсивність, ненадійність, низька нормативність поведінки, безпринципність, недостатній самоконтроль, недовірливість, нетовариськість, схильність до ригідності. Серед дисгармонійних особистісних властивостей, які притаманні їх дружинам, виділялися риси невпевненості, тривожності, надмірної стурбованості, схильність до почуття провини, несамостійності, безініціативності, емоційна лабільність. Інші 32,9% чоловіків ОГ характеризувалися браком самоконтролю, внутрішньою конфліктністю, недисциплінованістю, спонтанністю у поведінці, підпорядкованістю своїм пристрастям, емоційною нестійкістю, імпульсивністю, неорганізованістю, безвідповідальністю, незгодою із загальноприйнятими правилами і нормами, черствістю та недовірою по відношенню до близьких. Їх дружинам, в цілому, були притаманні лабільність настрою, твердість, підозрлість, самовпевненість, нестача самоконтролю, внутрішня напруженість. Поєднання в парах зазначених індивідуально-особистісних патернів сприяло поглибленню проблем у міжособистісній подружній комунікації, які провокувалися проблемами, викликаними наявністю ХП у чоловіка.

Загальними негармонійними міжособистісними патернами, наявність яких сприяла розвитку подружньої незадоволеності у подружжів ОГ, що призводило до вторинної травматизації подружжів через формування неадекватної психологічної відповіді на захворювання ХП у чоловіка, визначено такі деформації родинного спілкування, як зниження довірливості, взаєморозуміння, легкості і психотерапевтичності; превалювання ознак

недовірливо-скептичного, прямолінійно-агресивного, залежного або підкорювального патернів міжособистісної поведінки; домінування агресії (32,9%) або уникання (67,1%) як провідних стратегій психологічного захисту у спілкуванні. Отримані результати допомогли нам пояснити природу виникнення подружньої незадоволеності в парах, яка має переважно психогенну природу. Подружжя ГП виявились компенсованими за рахунок відволікання в інші сфери особистісного функціонування, за рахунок використання психологічного захисту миролюбства на фоні стратегій підкорюваності й дружельності партнерів, тоді як, наприклад, у ОГ переважна більшість демонструвала або агресивний, або уникаючий модус поведінки партнерів.

Системно-структурний аналіз по складових і компонентах розвитку порушення подружнього функціонування у обстежених подружжів дозволив виділити дві підгрупи у складі ОГ. У подружжів з суцільним порушенням подружнього функціонування (ОГ1, 24 пари, 32,9%) стрижневими (патогенетичними) факторами його розвитку виявлені ураження соціально-психологічного і психологічного компонентів, в той час як ураження біологічного компоненту, пов'язані з захворюванням чоловіків на ХП, мали патопластичний вплив на прогресивність погіршення подружніх стосунків. На відміну від них, у подружжів з частковим порушенням подружнього функціонування (ОГ2, 49 пар, 67,1%), стрижневим виявилось ураження саме біологічного компоненту (генітальної, нейроендокринної, психічної складових) через захворювання на ХП чоловіка, а викривлення психологічного і соціально-психологічного компонентів формувалося як наслідок дезадаптивного реагування на захворювання та браку адекватної подружньої комунікації, завдяки якій стала б можливою конструктивна переробка психологічних і частково, соматичних проблем, що виникли та/або посилювались у зв'язку з захворюванням на ХП. Успішність функціонування 36 подружніх пар ГП, в яких чоловік хворів на ХП, свідчило про наявність у них внутрішньособистісних і міжособистісних ресурсів щодо збереження партнерської взаємодії та підтримки, що ми розглядали як важливий фактор в аспекті використання їх реабілітаційного потенціалу в комплексі заходів медико-психологічної підтримки щодо даного контингенту.

Узагальнення отриманих результатів (табл. 1) дозволило отримати цілісну картину щодо чинників та механізмів формування порушення подружнього функціонування при наявності у чоловіка захворювання на ХП.

Клінічні варіанти та чинники формування порушення подружнього функціонування при ХП у чоловіка

Психо-емційний статус	Фактори	ОГ, n=73		ПП, n=36		
		чоловіки	жінки	чоловіки	жінки	
Психо-емційний статус	емоційне тло	переважання емоцій негативного спектру				позитивне емоційне забарвлення
	висока тривожність	72,6%	52,1%	36,1%	41,7%	
Сексуальний статус	депресивні прояви	97,3%, переважання маскованої та істинної маскованої	87,7%, переважання ситуативної і маскованої	72,2%, переважання ситуативної	66,7%, переважання ситуативної	
	ЕД	61,6%	X	69,4%	X	
	ЕД+ЕяД	38,4%	X	30,6%	X	
	F52.11 (ПН)	100,0%	100,0%	X	-	
	F52.3 (ОД)	X	87,7%	X	36,1%	
	F52.0 (ВСП)	X	47,9	X	-	
F52.2 (ВГР)	X	32,9%	X	11,1%		
Індивідуальні патерни	замкненість, песимізм, заглибленість у себе, очікування від оточуючих уваги, допомоги і співчуття, схильність до почуття провини, виражене відчуття самотності та брак самоповаги; 67,1% – емоційна нестійкість, запальність, драгівливість, імпульсивність, надійність; 32,9% – брак самоконтролю, внутрішня конфліктність, недисциплінованість, спонтанність у поведінці, підпорядкованість своїм пристрастям, імпульсивність, безвідповідальність	лабільність настрою, твердість, підозрливість, самовпевненість, нестача самоконтролю, внутрішня напруженість				
Міжособистісна взаємодія	зниження довірливості, взаєморозуміння, легкості і психотерапевтичності; превалювання ознак недовіро-ливо-скептичного, прямолінійно-агресивного, залежного або підкорювального патернів міжособистісної поведінки; домінування агресії (67,1%) або уникання (67,1%) як провідних стратегій психологічного захисту у спілкуванні	компенсація за рахунок відволікання в інші сфери особистісного функціонування, використання психологічного захисту миролюбства на фоні стратегій підкорюваності й дружелюбності				
Подружнє функціонування	32,9% – суцільне порушення подружнього функціонування за рахунок стрижневого ураження соціально-психологічного і психологічного та лагопластичного – біологічного компонентів 67,1% – часткове порушення подружнього функціонування зі стрижневим ураженням біологічного компонента (генітальної, нейроендокринної, психічної складових) через захворювання на ХП чоловіка, з патологічним ураженням психологічного і соціально-психологічного компонентів	успішність подружнього функціонування				

Спираючись на отримані дані, нами запропоновані заходи психокорекції, диференційовані залежно від ступеню порушення подружнього функціонування для родин чоловіків, хворих на ХП.

Спочатку нами було сформульовано загальні засади психокорекційної роботи, яка базувалася на підходах, сформульованих S. Minuchin (1974), а саме – основних аспектах психотерапевтичної роботи для оптимізації сімейних стосунків: 1) приділення уваги на улюблені паттерни життєдіяльності подружжя й пошук їхніх можливих альтернатив; 2) оцінка гнучкості подружньої системи і її здатності до вдосконалювання, про що дозволяє судити перебудова існуючих ролей у відповідь на зміну обставин; 3) дослідження резонансу подружньої системи, її чутливості до дій кожного з подружжя; 4) аналіз умов життя подружжя, визначення інших стресових чинників (крім впливу стресу внаслідок ХП у чоловіка) та джерел підтримки; 5) оцінка успішності проходження подружжям поточного етапу життєвого циклу й виконання завдань розвитку, відповідних даному етапу.

Спираючись на вищевикладене, узявши за прототип основи психокорекційної роботи при порушенні життєдіяльності родини при безплідді у чоловіка (П.П. Вербовий, 2015), ми керувались наступними принципами проведення психокорекції: 1) партнерство лікаря-психолога, пацієнта та його дружини, тобто заходи спрямовуються

до особистості (подружжя), опосередковуються нею й будуються на відносинах довіри між усіма членами альянсу; 2) етапність впливів та заходів, що передбачає поступовий перехід від однієї форми психокорекційного впливу, як правило, більш простої, до іншої, більш складної; 3) апеляція до гармонійних сторін особистості; 4) базування психокорекційного впливу на ідеології когнітивно-поведінкової терапії, як такої, що має доказову базу власної ефективності; 5) навчання навичкам «оволодіння» проявами тривоги, депресії, емоційної напруги; 6) корекція соціальних позицій, перекручених внаслідок сполучного впливу хвороби та порушення життєдіяльності родини; 7) навчання навичкам адаптації й рішення проблем; 8) заповнення наявного інформаційного, медичного та психосоціального дефіциту знань, зниження рівня самостигматизації.

Враховуючи визначені чинники та їх роль у механізмах формування порушення подружнього функціонування при ХП у чоловіка, спираючись на сформульовані засади і принципи медико-психологічної роботи з такими подружжями, нами створено базову програму медико-психологічної корекції, розроблену й впроваджену нами в процесі даного дослідження (табл. 2). В табл. 2 розкрито корекційні «мішені», використані психокорекційні технології, а також режим співпраці із парами з порушенням подружнього функціонування, в яких чоловіки страждають на ХП.

Таблиця 2

План та структура реалізації медико-психологічної корекції порушення подружнього функціонування при ХП у чоловіка

Етапи та режим роботи	Психокорекційна технологія	Корекційні мішені
<i>Формування колапсу</i> (перша зустріч з парою)	Клініко-психологічне мотиваційне інтерв'ю з елементами раціонально-емоційної терапії	– контакт з хворим – контакт з парою – формування довіри – планування роботи
<i>Психоосвітній етап</i> (друга зустріч та на протязі всієї роботи)	Читання лекцій, показ тематичних фільмів та освітніх бесід, бібліотерапія	– сформулювати точку зору – поставити мету корекції – допомогти усвідомити
<i>Індивідуальної роботи</i> (6 сесій з чоловіками 1–2 рази на тиждень)	Групова психотерапія, когнітивно-поведінкова терапія, аутогенне тренування, м'язова релаксація, специфічна терапія ХП та пов'язаної з ним сексуальної дисфункції	– тривожно-депресивні прояви – підвищена напруга, стресовий стан – емоційна «загнаність» – ЕД та ЕяД внаслідок ХП
<i>Парної роботи</i> (10 сесій з парами 1–2 рази на тиждень)	Сімейна психотерапія, групова терапія, когнітивно-поведінкова терапія, секс-терапія тілесна терапія, тренінги ефективної комунікації	– ознаки тривожно-депресивного реагування дружин – сексуальна дезадаптація – негармонійні риси особистості у подружжів – деформація міжособистісного спілкування й відновлення довірливих відносин

Продовження табл. 2

Етап домашньої роботи (1,5 тижні вдома інтенсивно, потім – постійно за запитом)	Сімейна психотерапія, когнітивно-поведінкова терапія, психоосвіта, терапія творчим самовираженням	– закріплення навичок сексуальної і подружньої комунікації
Закріплюючий етап (проведення 2–3 сесій роботи з парами)	Особистісно-орієнтована та сімейна терапія, психоосвіта	– сексуальна адаптація – сімейні цінності – завершення роботи

Отже, медико-психологічний вплив в комплексному лікуванні подружньої пари чоловіків з ХП повинен ґрунтуватися на принципах комплексності, диференційованості, послідовності і складатися з когнітивного (інформаційного), афективного (емоційного) і конативного (поведінкового) компонентів.

Психокорекційні втручання повинні реалізуватися трьома блоками:

1) формування нових психологічних установок (етап формування комплаєнсу та психоосвітній етап):

- елементи мотиваційного інтерв'ю і рціонально-емотивної терапії,
 - бібліо-, сінематерапія,
 - психотерапевтична корекція дезінформації;
- 2) редукції психопатологічної симптоматики та відновлення сексуальної подружньої комунікації (етапи індивідуальної і парної роботи):
- групова психотерапія,
 - когнітивно-поведінкова психотерапія,
 - аутогенне тренування,
 - формування навичок саморегуляції та м'язової релаксації,
 - специфічна терапія ХП та пов'язаної з ним сексуальної дисфункції

– сімейна терапія,
– секс-терапія, тілесно-орієнтована терапія,
– тренінги ефективної комунікації

3) остаточної дезактуалізації психотравмуючих факторів та закріплення нових навичок адаптивного подружнього функціонування (етап домашньої роботи та закріплюючий етап):

- сімейна та особистісно-орієнтована терапія,
- когнітивно-поведінкова терапія,
- психоосвіта,
- терапія творчим самовираженням.

Персоніфікація медико-психологічних втручань полягає в тому, що після дезактуалізації та редукції тривожно-депресивних ознак реагування на ХП та деформацію подружньої взаємодії, при суцільному порушенні подружнього функціонування на перший план виходить робота з нормалізації міжособистісних та персоніфікаційних патернів подружжів, в той час як при частковому порушенні подружнього функціонування

основа увага приділяється нівеляції фізіологічних (біологічних) наслідків ХП, а міжособистісна й індивідуально-психологічна оптимізація відбувається на тлі нормалізації біологічних параметрів.

Впровадження даного комплексу заходів медико-психологічної допомоги дозволило покращити показники подружньої задоволеності у 62,5% подружжів з суцільним порушенням подружнього функціонування та у 77,6% серед пар з частковим його порушенням.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Murphy A.B., Macejko A., Taylor A., Nadler R.B. (2009). Chronic prostatitis: management strategies. *Drugs*. 69 (1). P. 71–84. doi: 10.2165/00003495-200969010-00005.
2. Magri V., Boltri M., Cai T., Colombo R., Cuzzocrea S., De Visschere P., Giuberti R., Granatieri C.M., Agnese Latino M., Larganà G., Leli C., Maierna G., Marchese V., Massa E., Matteelli A., Montanari E., Morgia G., Naber K.G., Papadoulis V., Perletti G., ReKleiti N., Russo G.I., Sensini A., Stamatiou K., Trinchieri A., ME Wagenlehner F. (2018). Multidisciplinary approach to prostatitis. *Archivio Italiano di Urologia e Andrologia*; 90, 4, P. 227–248.
3. Šutulović N., Grubaž Ž., Šuvakov S., Jovanović Đ., Puškaš N., Macut Đ., Rašić Marković A., Simić T., Stanojlović O., Hrnaić D. (2019). Chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome increases susceptibility to seizures in rats and alters brain levels of IL-1β and IL-6. *Epilepsy Research*. 53, July, P. 19–27. <https://doi.org/10.1016/j.eplepsyres.2019.03.014>
4. Koh J.S., Ko H.J., Wang S.M., Cho K.J., Kim J.C., Lee S.J., Pae C.U. (2014). Depression and somatic symptoms may influence on chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a preliminary study. *Psychiatry Investig*. Oct; 11(4). P. 495–498. doi: 10.4306/pi.2014.11.4.495.
5. Pontari M.A., McNaughton-Collins M., O'leary M.P. (2005). CPCR Study G A case-control study of risk factors in men with chronic pelvic pain syndrome. *B.J.U. Int*. 96. P. 559–565.
6. Smith K.B., Tripp D., Pukall C., Nickel J.C. (2007). Predictors of sexual and relationship functioning in couples with Chronic Prostatitis/

Chronic Pelvic Pain Syndrome. *J Sex Med*. May; 4(3). P. 734–744. doi: 10.1111/j.1743-6109.2007.00466.x.

7. Smith K.B., Pukall C.F., Tripp D.A., Nickel J.C. (2007). Sexual and relationship functioning in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome and their partners. *Arch Sex Behav*. Apr; 36(2). P. 301–311.

8. Riegel B., Bruenahl C.A., Ahyai S., Bingel U., Fisch M., Löwe B. (2014). Assessing psychological factors, social aspects and psychiatric co-morbidity associated with Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome (CP/CPPS) in men – a systematic review. *J Psychosom Res*. Nov; 77(5). P. 333–350. doi: 10.1016/j.jpsychores.

9. Koh J.S., Ko H.J., Wang S.M., Cho K.J., Kim J.C., Lee S.J., Pae C.U., Serretti A. (2014). The association of personality trait on treatment outcomes in patients with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: an exploratory study. *J Psychosom Res*. Feb; 76(2). P. 127–133. doi: 10.1016/j.jpsychores.2013.11.004.

10. Ahn S.G., Kim S.H., Chung K.I., Park K.S., Cho S.Y., Kim H.W. (2012). Depression, anxiety, stress

perception, and coping strategies in korean military patients with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Korean J Urol*. Sep; 53(9). P. 643–648. doi: 10.4111/kju.2012.53.9.643.

11. Anderson R.U., Orenberg E.K., Morey A., Chavez N., Chan C.A. (2009). Stress induced hypothalamus-pituitary-adrenal axis responses and disturbances in psychological profiles in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *J Urol*. Nov; 182(5). P. 2319–2324. doi: 10.1016/j.juro.2009.07.042.

12. Anderson R.U., Orenberg E.K., Chan C.A., Morey A., Flores V. (2008). Psychometric profiles and hypothalamic-pituitary-adrenal axis function in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *J Urol*. Mar; 179(3). P. 956–960. doi: 10.1016/j.juro.2007.10.084.

13. Aubin S., Berger R.E., Heiman J.R., Ciol M.A. (2008). The association between sexual function, pain, and psychological adaptation of men diagnosed with chronic pelvic pain syndrome type III. *J Sex Med*. Mar; 5(3). P. 657–667. doi: 10.1111/j.1743-6109.2007.00736.x.

ОБОСНОВАНИЕ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЯ СУПРУЖЕСКОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ

В.А. Кривицький

Цель работы – обоснование и разработка мероприятий медико-психологической коррекции нарушения супружеского функционирования у больных хроническим простатитом (ХП), и оценка их эффективности.

Обследовано 109 мужчин, больных ХП, и их жен. По критерию наличия / отсутствия супружеской удовлетворенности, обследованные пары были разделены на две группы. К первой группе были отнесены 73 (67,0%) супружеских пар с низким или пониженным уровнем супружеской удовлетворенности. Во вторую вошли 36 (33,0%) супружеских пар, удовлетворенных собственными отношениями. Комплексное обследование включало, помимо стандартных клинических методов, проведение сексологического, клинико-психологического и психодиагностического исследований.

Среди супругов с недостатком супружеской удовлетворенности выделено 24 пары со сплошным нарушением супружеского функционирования, со стержневым поражением социально-психологического и психологического его компонентов и 49 пар с частичным нарушением супружеского функционирования, при котором стержневым оказалось поражение биологического компонента из-за заболевания ХП мужчины.

Нами предложены меры психокоррекции, дифференцированные в зависимости от степени нарушения супружеского функционирования для семей мужчин, больных ХП. Психокоррекционные вмешательства должны реализовываться тремя блоками: 1) формирования новых психологических установок (этап формирования комплаєнсу и психообразовательный этап) 2) редукции психопатологической симптоматики и восстановления сексуальной супружеской коммуникации (этапы индивидуальной и парной работы); 3) окончательной дезактуализации психотравмирующих факторов и закрепления новых навыков адаптивного супружеского функционирования (этап домашней работы и закрепляющий этап). Персонификация медико-психологических вмешательств заключается в том, что после дезактуализации и редукции тревожно-депрессивных признаков реагирования на ХП и деформации супружеского взаимодействия, при сплошном нарушении супружеского функционирования на первый план выходит работа по нормализации межличностных и персоніфікаційних паттернов супругов, в то время как при частичном нарушении супружеского функционирования основное внимание уделяется нивелированию физиологических (биологических) последствий

ХП, а межличностная и индивидуально-психологическая оптимизация происходит на фоне нормализации биологических параметров.

Внедрение данного комплекса мероприятий медико-психологической помощи позволило улучшить показатели супружеской удовлетворенности у 62,5%

супругов со сплошным нарушением супружеского функционирования и у 77,6% среди пар с частичным его нарушением.

Ключевые слова: хронический простатит, супружеская удовлетворенность, нарушение супружеского функционирования, медико-психологическая помощь.

JUSTIFICATION AND EFFECTIVENESS OF MEDICAL-PSYCHOLOGICAL CORRECTION OF DISORDERS OF MARRIAGE FUNCTIONING OF PATIENTS WITH CHRONIC PROSTATITIS

V.O. Kryvytskyi

The purpose of the work is to substantiate and develop measures for medical and psychological correction of marital dysfunction in patients with chronic prostatitis (CP), and to assess their effectiveness.

109 men with CP and their wives were examined. According to the criterion of presence / absence of marital satisfaction, the surveyed couples were divided into two groups. The first group included 73 (67.0%) couples with low or low levels of marital satisfaction. The second included 36 (33.0%) married couples who were satisfied with their own relationship. The comprehensive examination included, in addition to standard clinical methods, sexological, clinical-psychological and psychodiagnostic studies.

Among couples with a lack of marital satisfaction, 24 couples with continuous marital dysfunction, with a rod lesion of its socio-psychological and psychological components, in the other 49 couples with a partial marital dysfunction, the rod was the defeat of the biological component due to male CP.

We have proposed measures of psychocorrection, differentiated depending on the degree of marital dysfunction for families of men with CP. Psycho-correctional interventions should be implemented in three blocks: 1) the formation of new psychological

attitudes (the stage of compliance and psycho-educational stage); 2) reduction of psychopathological symptoms and restoration of sexual marital communication (stages of individual and pair work); 3) final deactualization of psycho-traumatic factors and consolidation of new skills of adaptive marital functioning (stage of homework and consolidating stage). The personification of medical and psychological interventions is that, after the deactualization and reduction of anxious-depressive signs of response to CP and deformation of marital interaction, with a continuous violation of marital functioning comes to the fore work on normalization of interpersonal and personal patterns of spouses. partial violation of marital functioning is based on the leveling of physiological (biological) consequences of CP, and interpersonal and individual psychological optimization occurs against the background of normalization of biological parameters.

The introduction of this set of measures of medical and psychological care has improved marital satisfaction in 62.5% of couples with a continuous violation of marital functioning and in 77.6% of couples with a partial violation of it.

Key words: chronic prostatitis, marital satisfaction, marital dysfunction, medical and psychological care.

Прийнято до друку 21.01.2020

МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА РОДИНАМ З ОНКОЛОГІЧНИМ ПАЦІЄНТОМ: МІШЕНІ ПСИХОЛОГІЧНОГО ВПЛИВУ ТА ІНТЕРВЕНЦІЇ

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Діагностування та продовження онкологічного захворювання у пацієнта викликають значні зрушення у психологічному стані членів родини та сімейному функціонуванні. На базі Медико-психологічного центру ВНМУ ім. М.І. Пирогова та Вінницького обласного клінічного онкологічного диспансеру впродовж 2015–2019 рр. проведено психологічне обстеження 288 членів родин онкологічних пацієнтів, з жінками – 174 родини, та чоловіками – 144. Опитуваних було поділено на підгрупи в залежності від етапу перебігу онкологічного захворювання та рівня адаптованості сімейної системи. У дослідженні застосовували наступний психодіагностичний інструментарій: HADS, опитувальник «Аналіз сімейної тривоги», шкалу сімейної адаптації і згуртованості FACES-3, методику «Сприйнятого індексу провини» (PGI), шкалу любові та симпатії З. Рубіна, методику «Шкала совісності».

У членів родини онкологічних пацієнтів актуалізувалися переживання екзистенційного характеру, загрози для міжособистісних відносин, відбувалася зміна патерну сімейного функціонування, виникали негативні психосоціальні ефекти захворювання, труднощі міжособистісної внутрішньосімейної комунікації, проблеми у реалізації сімейної ролі, очікування щодо лікування і прогнозу. Визначалися у родичів пацієнтів високий (клінічний) та субклінічний рівень тривоги, високий рівень вираженості депресивного стану, «деадаптивний» та «межовий» тип сімейної системи, високий рівень сімейної тривоги, порушення емоційного зв'язку, низький чи високий рівень почуття обов'язку, висока вираженість переживання почуття провини.

Отже, медико-психологічні інтервенції для родини онкологічного пацієнта виступають важливими складовими у комплексі заходів медичної допомоги пацієнту.

Ключові слова: медико-психологічна допомога, родина онкологічного пацієнта, сімейне функціонування, психоонкологія.

Вступ. Функціонування сім'ї кардинально змінюється після діагностування тяжкої соматичної патології у пацієнта, що виражається у порушеннях сімейної, подружньої та дитячо-батьківської взаємодії [1–3]. Дослідження сімей з тяжкохворим виявляють суттєві зміни у психоемоційному стані родичів пацієнтів [4, 5].

Високий рівень психічного стресу та втрата фізичного здоров'я, що супроводжує онкологічне захворювання, визначають важливу роль родини у підтримці та догляді за онкохворим [6, 7]. Родина потребує розширення власних ресурсів в процесі подолання викликів захворювання, що часто супроводжується потребою у наданні психологічної допомоги [8].

Наявність тяжкого соматичного захворювання поряд з здійсненням психоемоційної підтримки сім'єю пацієнта також вимагає залучення родини до процесу прийняття рішень під час лікування, що вимагає високих комунікативних компетенцій медичних працівників [9].

Заходи медико-психологічної допомоги для членів сім'ї онкохворих показують свою ефективність та є необхідною складовою медичних втручань у клінічній практиці [10].

Мета – визначити мішені медико-психологічної допомоги для членів сімей онкологічних пацієнтів з урахуванням етапу захворювання та рівня адаптованості сімейної системи.

Контингент та методи дослідження. На основі інформованої згоди та з дотриманням медичної етики і деонтології на базі Медико-психологічного центру ВНМУ ім. М.І. Пирогова та Вінницького обласного клінічного онкологічного диспансеру впродовж 2015–2019 рр. проведено психологічне обстеження 288 членів родин онкологічних пацієнтів, жінками – 174 родини (ГРЖ), та чоловіками – 144 (ГРЧ).

Опитуваних було поділено на підгрупи в залежності від етапу перебігу онкологічного захворювання та рівня адаптованості сімейної системи. На етапі первинного зіткнення з онкологічною патологією (P1) було 78 сімей жінок (P1ж) та 51 сім'я чоловіків (P1ч), та у періоді після повернення хвороби (P2) відповідно 96 (P2ж) та 63 родини (P2ч). Серед опитуваних родин до «адапованих» віднесено 55 сімей (А), «межових» – 127 (М), «деадапованих» – 106 (Д).