

О. А. Потапенко

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава)

## ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНА КОРЕКЦІЯ СЕКСУАЛЬНОЇ ДИСГАРМОНІЇ ПОДРУЖНЬОЇ ПАРИ, В ЯКІЙ ЧОЛОВІК СТРАЖДАЄ НА ХРОНІЧНИЙ ПРОСТАТИТ, УРЕТРИТ ЧИ ВЕЗИКУЛІТ, З УРАХУВАННЯМ ОКРЕМИХ ПАРАМЕТРІВ БІОРИТМОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ ЧОЛОВІКІВ ТА ЇХ ДРУЖИН

Сексуальна гармонія подружньої пари — надзвичайно складне явище, її досягнення залежить від багатьох умов. Недотримання будь-якої з них призводить до виникнення ризику порушення гармонії, а у випадках, коли порушується декілька умов, виникає сексуальна дисгармонія, тобто розлад сімейних стосунків. Відповідно до складної структури сексуальної гармонії, і причини її порушень можуть бути найрізноманітнішими: соціальними, психологічними, соціально-психологічними, анатомо-фізіологічними, біоритмологічними та ін. Різноманітні її прояви та варіанти сексуальної дисгармонії [1—5].

Вивчення механізмів розвитку сексуальної дисгармонії та побудову цілеспрямованої психотерапії в подружніх парах проводять з урахуванням багатомірності забезпечення сексуальної функції та її парного характеру [6—10]. В процесі обстеження подружніх пар з сексуальною дисгармонією визначають її типи біоритмів. Однак окремі параметри кожного біоритмологічного статусу достатньо не вивчалися і не зіставлялись між собою та, як правило, не враховувались під час проведення психотерапевтичної корекції.

Для уточнення анатомо-фізіологічних та біоритмологічних параметрів ми вивчили 138 подружніх пар, в яких чоловіки страждали на хронічний простатит (98 випадків), уретрит (31 випадок) та везикуліт (9 випадків), і в подружніх парах мала місце сексуальна дисгармонія.

Під час аналізу цих параметрів нами було виділено три типи біоритмів, максимуми яких припадають на ранкові, денні та вечірні години. В кожному з них вивчені окремі добові показники систолічного та діастолічного артеріального тиску (АТ), частота пульсу та температура тіла. Такі ж параметри були вивчені й у 25 подружніх пар, в яких чоловік страждає на хронічний простатит, уретрит чи везикуліт, але сексуальна дисгармонія не спостерігалась (контрольна група).

Аналізуючи окремо за параметрами (максимальна середня величина (М), амплітуда (А), розмах, коефіцієнт відношення амплітуди і середнього значення А/М) навколдобові ритми при хронічному простатиті, уретриті чи везикуліті і проводячи їх порівняльну характеристику у представників різних біоритмологічних груп, ми встановили, що між «жайворонками» й «аритміками» за усіма показниками циркадіанного ритму немає достовірних відмінностей.

Особи ранкового і вечірнього типів відрізняються між собою за такими параметрами: у «сов» показники пульсу були вірогідно вищі, ніж у «жайворонків». Максимальне значення в осіб вечірнього типу було  $90,65 \pm 1,48$ , а в осіб ранкового типу —  $83,56 \pm 0,86$ ; середнє значення відповідно  $84,74 \pm 1,63$  і  $76,51 \pm 1,99$ ; розмах —  $12,26 \pm 0,17$  і  $10,47 \pm 0,76$  ( $P < 0,05$ ); амплітуда —  $8,15 \pm 0,07$  і  $6,54 \pm 0,53$  ( $P < 0,01$ ). Також у «сов» порівняно з «жайворонками» вірогідно вищий коефіцієнт частоти дихальних рухів —  $9,95 \pm 0,67$  і  $7,01 \pm 0,66$  відповідно ( $P < 0,05$ ). Інші показники частоти дихальних рухів мають тенденцію до підвищення

у представників вечірнього типу. У пацієнтів ранкового типу порівняно з вечірнім виявилися вірогідно вищими такі параметри діастолічного АТ: амплітуда —  $3,26 \pm 0,07$  і  $2,67 \pm 0,18$  відповідно, розмах —  $5,97 \pm 0,12$  і  $4,73 \pm 0,09$  і коефіцієнт —  $4,76 \pm 0,15$  і  $3,78 \pm 0,07$  ( $P < 0,01$ ). За іншими параметрами діастолічного АТ, а також за даними температури тіла і систолічного АТ достовірних відмінностей між зазначеними групами не виявлено. Слід відмітити, що параметри температури тіла у «сов» були дещо вищими.

Особи недиференційованого типу за своїми показниками наближаються до осіб ранкового типу. Достовірні відмінності між «совами» та «аритміками» виявлені за деякими показниками пульсу — середнім значенням ( $83,87 \pm 1,89$  і  $78,98 \pm 1,56$  відповідно), амплітудою ( $6,99 \pm 0,18$  і  $5,87 \pm 0,43$ ) і розмахом ( $12,89 \pm 0,39$  і  $10,67 \pm 0,34$ ) ( $P < 0,05$ ); частотою дихальних рухів — амплітудою ( $2,17 \pm 0,09$  і  $1,56 \pm 0,13$ ) і розмахом ( $3,57 \pm 0,13$  і  $2,67 \pm 0,15$ ) ( $P < 0,05$ ); діастолічного АТ — розмахом ( $4,78 \pm 0,06$  і  $5,49 \pm 0,08$ ) і коефіцієнтом ( $3,87 \pm 0,09$  і  $4,47 \pm 0,07$ ) ( $P < 0,01$ ). З вищевказаного видно, що параметри пульсу і частоти дихальних рухів були вище у «сов», а діастолічного АТ — у «аритміків». За даними температури тіла і систолічного АТ достовірних відмінностей між цими групами не виявлено, проте параметри температури тіла були вищі у «сов», а систолічного АТ — у «аритміків».

У контрольній групі достовірні відмінності між «жайворонками» і «аритміками» відзначалися лише за амплітудою ( $0,9 \pm 0,18$  і  $2,21 \pm 0,69$  відповідно), розмахом ( $1,68 \pm 0,23$  і  $2,89 \pm 0,87$ ) та коефіцієнтом частоти дихальних рухів ( $7,02 \pm 0,97$  і  $9,89 \pm 0,95$ ), а також коефіцієнтом АТ ( $3,87 \pm 0,48$  і  $7,69 \pm 1,84$ ), які були вищими в осіб недиференційованого типу ( $P < 0,05$ ). За іншими параметрами відмінності були незначними. Між «аритміками» і «совами» також не було достовірних розбіжностей за параметрами навколдобового ритму, за винятком максимального показника пульсу ( $75,98 \pm 0,88$  і  $79,11 \pm 0,18$  відповідно) і середнього значення частоти дихання ( $16,03 \pm 0,86$  і  $18,78 \pm 0,83$ ), які були вищі у «сов» ( $P < 0,05$ ). Інші показники фізіологічних функцій в останніх були дещо підвищені порівняно з особами недиференційованого типу.

Між представниками ранкового і вечірнього типів розходження були більш виражені. В осіб вечірнього типу порівняно з ранковим були вірогідно вищі показники максимальної температури тіла ( $36,8 \pm 0,02$  і  $36,30 \pm 0,04$  відповідно), максимального пульсу ( $77,61 \pm 1,07$  і  $73,77 \pm 1,16$ ), коефіцієнта систолічного АТ ( $5,78 \pm 0,89$  і  $2,87 \pm 1,16$ ) і деякі параметри частоти дихальних рухів — значення ( $19,57 \pm 0,76$  і  $17,38 \pm 0,81$ ), амплітуда ( $1,89 \pm 0,03$  і  $0,9 \pm 0,32$ ) ( $P < 0,05$ ) і коефіцієнт ( $13,56 \pm 1,68$  і  $6,79 \pm 0,18$ ) ( $P < 0,01$ ). Інші показники мали тенденцію до підвищення в пацієнтів вечірнього типу порівняно з ранковим.

Порівнюючи параметри ритму хворих основних груп і осіб контрольної групи за різними біоритмологічними групами, ми отримали такі дані.

1. У групі досліджуваних осіб ранкового типу працездатності показник максимальної температури тіла був вірогідно більшим ніж у контрольній групі —  $36,76 \pm 0,02$  і  $36,37 \pm 0,04$  ( $P < 0,01$ ), інші параметри температурного показника також були вищими у хворих із сексуальною дисфункцією.

За параметрами пульсу були виявлені такі відмінності. У досліджуваних хворих серед «жайворонків» усі параметри пульсу були вірогідно вищими ніж у контрольній групі. Так, показник максимального значення пульсу був  $83,71 \pm 1,56$ , а у контрольних осіб —  $74,88 \pm 1,15$ , середнього значення —  $76,29 \pm 1,99$  і  $71,53 \pm 1,61$  відповідно, розмаху —  $10,32 \pm 0,59$  і  $7,96 \pm 1,08$ , коефіцієнта —  $8,45 \pm 0,34$  і  $5,87 \pm 0,79$  ( $P < 0,05$ ), амплітуди —  $6,15 \pm 0,24$  і  $4,43 \pm 0,38$  ( $P < 0,01$ ). За частотою дихальних рухів у осіб основних груп порівняно з контрольною групою вищими виявилися показники максимального ( $21,46 \pm 7,98$  і  $17,38 \pm 0,48$  відповідно) ( $P < 0,05$ ) і середнього значення ( $21,15 \pm 0,76$  і  $16,96 \pm 0,56$ ) ( $P < 0,01$ ). За амплітудою, розмахом та коефіцієнтом достовірних відмінностей порівняно з контрольною групою не виявлено. Проте, при простатиті має місце тенденція до збільшення значень усіх названих параметрів. Параметри систолічного АТ в досліджуваних хворих були дещо вищими, ніж у осіб контрольної групи. Проте достовірних відмінностей за цими показниками не виявлено.

За максимальним і середнім значеннями діастолічного АТ також не відзначено достовірних відмінностей. У «жайворонків» основних груп порівняно з контрольною групою вірогідно вищими були значення амплітуди ( $3,29 \pm 0,07$  і  $2,27 \pm 0,54$  відповідно) ( $P < 0,05$ ), розмаху ( $5,99 \pm 0,33$  і  $2,93 \pm 0,38$ ) та коефіцієнта ( $4,86 \pm 0,16$  і  $3,07 \pm 0,49$ ) ( $P < 0,01$ ).

2. У представників недиференційованого типу досліджуваних хворих показник середнього значення температури тіла ( $36,58 \pm 0,03$ ) був вірогідно більший, ніж у контрольній групі ( $36,57 \pm 0,11$ ) ( $P < 0,05$ ). Інші параметри температурного показника були вищими у хворих основних груп, проте, достовірних відмінностей у осіб порівняно з контрольною групою не відзначалося.

У досліджуваних хворих-«аритміків» порівняно з контрольною групою були вірогідно вищими такі параметри пульсу: максимальне ( $83,88 \pm 1,56$  і  $73,59 \pm 0,69$  відповідно) і середнє значення ( $78,98 \pm 1,26$  і  $70,82 \pm 0,68$ ) ( $P < 0,01$ ), амплітуда ( $5,84 \pm 0,28$  і  $4,98 \pm 0,43$ ) і розмах ( $10,76 \pm 0,34$  і  $8,43 \pm 0,56$ ) ( $P < 0,05$ ). За частотою дихальних рухів були вірогідно вищими показники максимального значення ( $21,87 \pm 0,58$ ) ніж у осіб контрольної групи ( $18,39 \pm 0,78$ ) ( $P < 0,05$ ), середнього значення ( $20,51 \pm 0,59$  і  $16,38 \pm 0,79$  відповідно) ( $P < 0,01$ ), а показник амплітуди був нижчим ( $1,56 \pm 0,12$  і  $2,78 \pm 0,87$ ) ( $P < 0,05$ ).

Показник амплітуди систолічного АТ був вірогідно вищим при сексуальній дисгармонії порівняно з контрольною групою ( $5,28 \pm 0,27$  і  $3,78 \pm 0,59$ ) ( $P < 0,05$ ), а коефіцієнта — нижчим ( $4,67 \pm 0,16$  і  $7,69 \pm 1,57$ ) ( $P < 0,01$ ). За іншими параметрами достовірних відмінностей не було, проте відзначалася тенденція до підвищення цих показників у досліджуваних хворих. Параметри діастолічного АТ у цих хворих за своїм значенням практично не відрізнялися від таких у осіб контрольної групи.

3. У хворих основних груп, які належать до вечірнього типу, параметри температури тіла були вищими, а параметри систолічного і діастолічного АТ — нижчими ніж у осіб контрольної групи. Проте, достовірних від-

мінностей між зазначеними групами не відзначалося. У досліджуваних осіб-«сов» порівняно з контрольною групою були вірогідно вищими показники максимального значення пульсу ( $90,65 \pm 1,86$  і  $77,95 \pm 1,07$  відповідно) ( $P < 0,05$ ) і середнього значення ( $84,74 \pm 1,87$  і  $73,98 \pm 1,37$ ) ( $P < 0,01$ ). За іншими параметрами відзначалася тенденція до підвищення порівняно з контрольною групою. За частотою дихальних рухів показник середнього значення був вірогідно вищим у осіб основних груп ( $20,58 \pm 0,31$ ), ніж контрольної ( $19,23 \pm 0,39$ ) ( $P < 0,05$ ). За іншими параметрами частоти дихання достовірних відмінностей не було.

Аналіз усіх показників циркадіанного ритму в різних біоритмологічних групах виявив, що параметри пульсу і температури, а також середні і максимальні значення частоти дихальних рухів підвищуються у досліджуваних хворих усіх біоритмологічних типів порівняно з особами контрольної групи. Інші параметри частоти дихальних рухів, систолічного і діастолічного АТ в досліджуваних хворих наближаються до показників норми.

У хворих основних груп параметри фізіологічних функцій організму більше відрізняються між собою в різних біоритмологічних групах, ніж у осіб контрольної групи, за винятком «жайворонків» і «аритміків», між якими немає істотних розходжень за жодним параметром. У хворих осіб-«сов» значно вищі усі параметри температури, пульсу, частоти дихальних рухів, і при цьому є достовірні відмінності за параметрами пульсу і частоти дихальних рухів. В той же час показники систолічного АТ не відрізняються від таких у «жайворонків» та «аритміків», а діастолічного АТ — знижені порівняно з останніми.

Отже, наведені дані про частоту виникнення або загострення хронічного простатиту, уретриту чи везикуліту за тривалий час в одному регіоні показали, що це — складний психобіологічний процес, тобто процес фізіологічний і його варто знати і враховувати під час аналізу причин і чинників у етіопатогенетичних механізмах розвитку зазначених урологічних захворювань. Тому лікувально-профілактичні і психотерапевтичні заходи хворим на простатит, уретрит чи везикуліт доцільно проводити в лютому-березні, вересні-жовтні.

У досліджуваних хворих порівняно з контрольною групою відзначається порушення циркадіанних ритмів: у «жайворонків» і «аритміків» — у бік підвищення параметрів усіх фізіологічних функцій, у «сов» — у бік підвищення параметрів температури, пульсу, частоти дихання і зниження систолічного та діастолічного АТ. Також у досліджуваних хворих більш виражені відмінності між показниками циркадіанного ритму в «жайворонків» і «сов» у бік підвищення в останніх параметрів температури, пульсу, частоти дихання і зниження діастолічного АТ.

Наведені дані свідчать про наявність у хворих основних груп порівняно з особами контрольної групи десинхронізації фізіологічних показників, більше вираженої у представників вечірнього типу.

Вивчивши анатомо-фізіологічні та біоритмологічні параметри в сімейних парах, де чоловіки страждали на хронічний простатит, уретрит чи везикуліт, і в подружній парі мала місце сексуальна дисгармонія, ми вирішили провести цілеспрямовану психотерапію з урахуванням цих чинників та причин соціального, психологічного і соціально-психологічного характеру.

Для цього проаналізовані 138 подружніх пар з проявами сексуальної дисгармонії було розподілено

за провідним анатомо-фізіологічним патогенетичним фактором на три варіанти вищезазначеної дисгармонії, враховуючи їх біоритмологічний статус.

1. Дисгармонія, зумовлена сексуальною дисфункцією у чоловіка, що виникла внаслідок хронічного простатиту, уретриту чи везикуліту (76 подружніх пар, 1 група).

2. Дисгармонія, зумовлена недостатньою обізнаністю подружніх пар з питань психогігієни статевого життя (43 подружні пари, 2 група).

3. Дисгармонія як результат низького рівня психологічної та соціально-психологічної адаптації подружніх пар (19 подружніх пар, 3 група).

З огляду на те, що в основі дезінформаційно-оціночного варіанту сексуальної дисгармонії є недостатня обізнаність подружжя з питань психогігієни статевого життя, неправильне уявлення їх про норму і фізіологічні коливання сексуальної функції, то у цьому випадку проводиться, головним чином, інформаційна (когнітивна) психотерапевтична корекція.

Методика когнітивної корекції є спеціальним самостійним засобом впливу. До її завдань входить ліквідація дефіциту інформації шляхом послідовного і планомірного підвищення рівня обізнаності і компетентності подружньої пари у питаннях психогігієни статевого життя і міжособистісних стосунків. В останні роки в програму інформації вводимо і дані про ритмічну організацію процесів в організмі як в умовах норми, так і патології. Багато патологічних процесів в організмі супроводжуються порушенням тимчасової організації фізіологічних функцій. У той же час неузгодженість ритмів є однією з причин розвитку виражених патологічних змін в організмі, це так звані десинхронози, які істотно впливають на стан сексологічних функцій.

Виходячи з вищезгаданого, для підвищення культурного рівня подружжя і поповнення знань з питань сексології, сексопатології та біоритмології, ми рекомендуємо їм читати науково-популярну сексологічну, психологічну та хронобіологічну літературу, а саме:

Имелинский К. «Психогигиена половой жизни» / Пер. с польск. — М.: Медицина, 1973;

Шнабль З. «Мужчина и женщина (интимные отношения)» / Пер. с нем. — Кишинев: Штиинца, 1982;

Гудкович Л. Н., Кондратов А. М. «О тебе и обо мне». — Ставропольское кн. изд-во, 1977;

Кришталь В. В. «Сексуальная гармония супружеской пары». — Харьков: Интербук, 1990);

Кришталь В. В. с соавт. «Культура секса». — Харьков: Простор, 1991;

Хронобиология и хрономедицина / Под ред. Ф. И. Комарова. — М.: Медицина, 1989, та ін.

Слід зазначити, що в багатьох випадках лише підвищення знань в галузі психогігієни статевого життя і ознайомлення партнерів із науковими відомостями про норму і фізіологічні коливання сексуальної функції (у тому числі і сезонні) допомагають нормалізувати стосунки між партнерами і значно підвищити їх сексуально-еротичну адаптацію.

Роз'яснювальна психотерапевтична корекція має на меті нівелювати неправильну оцінку подружжям своїх сексуальних проявів. Проводиться раціональна психотерапевтична корекція шляхом індивідуальних, парних і групових бесід, співбесід, лекцій за такою тематикою:

1. Анатомо-фізіологічні особливості статевої функції.
2. Психологія і фізіологія статевого життя.

3. Роль геліогеофізичних факторів і біоритмологічних типів подружжя в гармонії статевого життя.

4. Причини та умови розвитку сексуальної дисгармонії.

5. Гігієна та психогігієна статевого життя.

Психологічні та соціально-психологічні фактори, як було зазначено вище, багато в чому визначають і сексуальність людини, й адаптаційні можливості особистості. Тому психотерапевтична корекція дезадаптації подружжя на цих рівнях повинна адресуватися до трьох підсистем особистості: інтраіндивідуальної, інтраіндивідуальної та метаіндивідуальної, і проводитися в трьох відповідних напрямках.

Перший напрямок — корекція характерологічних і біоритмологічних особливостей подружжя, другий — корекція їхніх міжособистісних стосунків, третій — нормалізація процесу персоналізації кожного з партнерів.

Для усунення несумісних характерологічних, біоритмологічних особливостей і нормалізації міжособистісних стосунків хворих і їхніх дружин ми застосовували групову психотерапевтичну корекцію.

Метод заснований на використанні з лікувальною метою групової динаміки, яка виникає в результаті взаємовідносин і взаємодії членів групи між собою і членів групи з психотерапевтом і психологом. Завдання групової психотерапевтичної корекції — ліквідація неадекватних форм реагування, спілкування і поведінки, зумовлених психотравмуючими факторами, і особливостями особистості.

Основним методом групової психотерапевтичної корекції є дискусія, яка відповідає орієнтації групи — біографічної, тематичної, інтеракційної. Існують і допоміжні методи групової психотерапевтичної корекції: психомалюнок, бібліотерапія, психогімнастика, музикотерапія, методи соціометрії.

Тематика заняття під час проведення групової психотерапевтичної корекції може бути такою: «Біографічна орієнтація»; «Життєві проблеми»; «Яким має бути чоловік (дружина)»; «Психомалюнок». Використання соціометричних методів на теми: «Засоби вирішення життєвих проблем»; «Визначення стосунків у групі». Бібліотерапія — спільне обговорення в групі спеціально рекомендованої літератури.

Під час проведення групової психотерапевтичної корекції пацієнти та їх дружини об'єднуються в групу з загальною біографічною, тематичною й інтеракційною орієнтацією. У деяких випадках доцільно проводити психотерапевтичну корекцію сексуальної дисгармонії в закритій групі, яка складається з 3—4 подружніх пар, патогенна ситуація кожної відома іншим членам групи.

Про ефективність проведеної психотерапевтичної корекції при сексуальній дисфункції у чоловіка, що виникла внаслідок хронічного простатиту, уретриту чи везикуліту (1 група), внаслідок недостатньої обізнаності подружжя в питаннях психогігієни статевого життя (2 група) і обумовленої низьким рівнем психологічної і соціально-психологічної адаптації подружжя (3 група), ми робили висновки за результатами обстеження подружніх пар під час їхніх повторних обстежень (таблиця). Терміни контрольного відвідування були встановлені через один і два роки після корекції.

**Ефективність психотерапевтичної корекції сексуальної дисгармонії подружніх пар**

Групи подружніх пар	Кількість подружніх пар						Термін рецидивів через			
	с повною корекцією дисгармонії		зі значним поліпшенням		без змін		1 рік		2 роки	
	абс. к.	%	абс. к.	%	абс. к.	%	абс. к.	%	абс. к.	%
Перша, N = 76	33	43,42	37	48,68	6	7,90	4	5,26	10	13,16
Друга, N = 43	22	51,16	18	41,86	3	6,98	—	—	1	2,32
Третя, N = 19	6	31,58	8	42,11	5	26,31	2	10,53	4	21,05
Усього, N = 138	61	44,21	63	45,65	14	10,14	6	4,35	15	10,87

Як видно з таблиці, найбільша ефективність лікування в найкоротший термін була досягнута у подружніх пар 1 і 2 груп. Найменшою була терапевтична активність у подружніх пар 3 групи, особливо, коли один або обидва партнери з низьким рівнем психологічної і соціально-психологічної адаптації не бажали співпрацювати з лікарем і нормалізувати свої взаємостунки. У цій групі, як видно з результатів обстежень, була найбільша кількість подружніх пар із неповною корекцією дисгармонії, а також відзначався найбільший відсоток рецидивів.

Отже, відновлення сексуальної гармонії або значне поліпшення (в результаті проведеного комплексного лікування основного захворювання) сексуальної розладу в чоловіка і психотерапевтичної корекції подружньої дисгармонії було досягнуто в переважній більшості — 124 (89,85 %). Не вдалося досягти успіхів у 14 (10,15 %) подружніх пар, в основному, у зв'язку з небажанням дружин співпрацювати з лікарем.

Рецидиви сексуальної дисгармонії, які виникли у 21 (15,22 %) подружніх пар, були пов'язані в першій групі з загостренням основного захворювання в чоловіка, а в інших випадках — із психологічною дезадаптацією подружжя.

Таким чином, результати проведеного дослідження дозволили дійти висновку, що корекція сексуальної дисгармонії подружньої пари при хронічному простатиті, уретриті чи везикуліті у чоловіка, яка являє собою систему заходів, спрямованих, з одного боку, на лікування урологічної патології, а з іншого — на корекцію

сексуальної дисгармонії подружньої пари, дозволяє досягти достатньо вираженого і стійкого терапевтичного ефекту.

**Список літератури**

1. Агишева Н. К., Агишева А. К. О факторах, определяющих межличностные отношения супругов. В кн.: Нарушение сексуального здоровья. Диагностика, коррекция, профилактика. — Харьков: Академия сексологических исследований, 1997. — С. 11—15.
2. Борисенко Ю. А., Быстров А. А. и др. Сексология и андрология / Под ред. акад. НАН и АМН Украины А. Ф. Возианова, проф. И. И. Горпинченко. — К.: Абрис, 1997. — 880 с.
3. Кришталь В. В., Андрух Г. П. Сексуальная гармония супружеской пары. — Харьков: НПФ Велес, 1996. — 160 с.
4. Кришталь В. В., Андрух Г. П. Сексуальная дисгармония супружеской пары. — Харьков: НПФ Велес, 1996. — 112 с.
5. Кришталь В. В., Гульман Б. Л. Сексология. Т. II. Клиническая сексология. Ч. I. Общая сексология. — Харьков: ЧП Академия сексологических исследований, 1997. — 272 с.
6. Алякринский Б. С. Проблемы циркадианности. В кн.: Биоритмологические исследования в космической биологии и медицине. — М.: Наука, 1989. — С. 12—34.
7. Гавенко В. Л. Медико-биологичні основи медичної сексології. — Харків, 1994. — 115 с.
8. Горпинченко І.І., Імшенецька Л. П., Бойко М. І. та ін. Клінічна сексологія і андрологія / За ред. акад. НАН АМН України О. Ф. Возіанова, проф. І. І. Горпинченка. — К.: Здоров'я, 1996. — 536 с.
9. Кочарян Г. С., Кочарян А. С. Психотерапія сексуальних расстройств и супружеских конфликтов. — М.: Медицина, 1994. — 224 с.
10. Кришталь В. В., Агишева Н. К. Психодиагностика и психотерапевтическая коррекция сексуальной дисгармонии супружеской пары: Уч. пособие. — М.: ЦО ЛИУВ, 1985. — 138 с.

Надійшла до редакції 26.01.2007 р.

**О. А. Потапенко**

**Психотерапевтическая коррекция сексуальной дисгармонии супружеской пары, в которой муж страдает хроническим простатитом, уретритом или везикулитом, с учетом отдельных параметров биоритмологического статуса мужей и их жен**

*ВГУЗ Украины «Украинская медицинская стоматологическая академия» (г. Полтава)*

У 138 супружеских пар с сексуальной дисгармонией, в которых мужья страдают хроническим простатитом, уретритом или везикулитом, изучены особенности циркадианных ритмов и выделено три типа биоритмов, в каждом из которых проанализированы отдельные показатели систолического и диастолического АД, пульс и температура тела.

Результаты свидетельствуют о том, что у больных основных групп, в сравнении с лицами контрольной группы, имеет место десинхронизация физиологических показателей, которая больше выражена у представителей вечернего типа.

Проведена психотерапевтическая коррекция сексуальной дисгармонии супружеских пар. Установлена зависимость конкретного вида и эффективности психотерапии от выделенных автором трех вариантов сексуальной дисгармонии.

**O. A. Potapenko**

**Psychotherapeutic correction of sexual disharmony in matrimonial couple in which husband suffers from prostatitis, urethritis or vesiculitis taking into account a separate parameters of biorhythmological status of husbands and wives**

*Ukrainian Medical Stomatology Academy Poltava*

In 138 matrimonial couples with sexual disharmony in which husbands suffers from prostatitis, urethritis or vesiculitis there were studied the peculiarities of circad rhythms and picked out three types of biorhythms and in each of them analyzed separate indexes of systolic and diastolic BP, pulse and body temperature.

The results show that in patients of the main group compared with persons of the control group there is desynchronization of physiological indexes which in turn is more expressed in representatives of the evening type.

The psychotherapeutic correction of sexual disharmony in matrimonial couples was carried out. The dependence of kind and efficacy of psychotherapy on the three variants of sexual disharmony was established.