

второй группы, о преобладании у них дезадаптивной формы поведения, субмиссивного и доминантного его варианта, что подтверждает роль негативных психологических факторов в генезе сексуальной дезадаптации у супругов данной группы.

Сексуальная адаптация восстанавливается после проведенной психотерапевтической коррекции в тех супружеских парах, в которых в структуре личности больных жен наблюдается сочетание профилей, отражающих гипертимные черты и сексуальная дезадаптация сохраняется в супружеских парах с шизоидными и возбудимыми чертами характера у больных жен.

Нарушения супружеской адаптации имеют сложный патогенез и находятся в тесной зависимости от психического статуса пациенток, их преморбидных черт характера и интерперсональных отношений в браке.

Мы считаем, что учет преморбидных характерологических особенностей у пациенток с маниакальным синдромом необходим при диагностике и проведении профилактически-психотерапевтических мероприятий сексуальной дезадаптации супружеских пар.

#### Список литературы

1. Генес В. С. Некоторые простые методы кибернетической обработки данных диагностических и физиологических исследований. — М.: Наука, 1967. — 208 с.
2. Гиндикин В. Я., Гурьева В. А. Личностная патология. — М.: Триада, 1999. — 206 с.
3. Дикая В. И., Корнеев А. Н., Бологов П. В. Дифференцированный подход к терапии шизоаффективных психозов с преобладанием аффективных расстройств. В кн.: Шизофрения: Новые подходы к терапии / Под общ. ред. И. И. Кутько и П. Т. Петрюка. — Харьков, 1995. — Т. 2. — С. 30—32.
4. Здравомыслов В. Н., Анисимова З. Е., Либах С. С. Функциональная женская сексопатология. — Алма-Ата: Казахстан, 1985. — 272 с.
5. Кришталь В. В., Гульман Б. Л., Сексология. Т. 4. Клиническая женская сексология. — Харьков: ЧП Академия сексологических исследований, 1997. — 352 с.
6. Сонник Г. Т. Эпидемиология, патоморфоз, диагностика и лечение депрессивных состояний с учетом гелиогеофизических факторов: Автореф. дис.... д-ра мед. наук. — М., 1988. — 32 с.
7. Wittchen H- U. Epidemiological research in mental disorders: Lessons for the next decade of research // Acta Psychiatr. Scand. — 2000. — V. 101. — P. 2—10.
8. Glenda M., MacQueen G., Young T. Bipolar II Disorder: Symptoms, Course and Response to Treatment // Psychiatr. services. — 2001. — V. 52, 3. — P. 358—361.

Надійшла до редакції 18.01.2007 р.

УДК 616:697

**В. О. Лещинский**

Поликлиника Государственной канцелярии Республики Молдова (г. Кишинев)

### ОТНОШЕНИЕ К СВОЕЙ БОЛЕЗНИ МУЖЧИН С ЭКСКРЕТОРНО-ТОКСИЧЕСКИМ БЕСПЛОДИЕМ

Хронический простатит, в том числе и приводящий к экскреторно-токсическому бесплодию, является частой урологической патологией, нередко влечет за собой нарушение сексуальной функции и, как правило, тяжело переживается больными [1—4]. Между тем личностное реагирование на свое заболевание имеет большое значение и для психологического состояния пациента, и для течения воспалительного процесса, и для успеха лечения. В то же время отношение к болезни мужчин, страдающих экскреторно-токсическим бесплодием, не было предметом исследования и не освещено в литературе.

### Л. В. Кожекару Особисті особливості жінок з маніакальним синдромом біполярного афективного розладу в генезі подружньої дезадаптації

Харківська медична академія післядипломної освіти  
(м. Харків)

Було досліджено 27 подружніх пар з маніакальним синдромом біполярного афективного розладу у жінок. Застосовано клініко-психопатологічний метод з верифікацією за метричною шкалою YMRS, психодіагностичний (методика Кеттела), а також експериментальне психологічне дослідження хворих жінок та їхніх чоловіків за питаннями Т. Ліри.

Було вивчено зв'язок між особливостями особистості хворих на афективні розлади з маніакальним епізодом, що перебігає, та інтерперсональними стосунками в шлюбі.

Було відображено, що сексуальна адаптація після виходу жінки з психотичного стану відновлювалась в тих подружніх парах, в яких у структурі особливості хворих відстежується сполучення профілів, що відображають гіпертимні риси та зберігалася дезадаптація в парах з шизоїдними та збудливими рисами характеру у жінок.

**L. V. Kozhekaru**

### Women personal peculiarities with maniacal syndrome of bipolar affective disorder while genesis of matrimonial disadaptation

Kharkiv medical Academy of Postgraduate Education  
(Kharkiv)

It was investigated 27 couples with maniacal syndrome of bipolar affective disorder in women. It was used the clinical-psychopathological method with verification according to metrical scale YMRS, psychodiagnostic (methodic according Kettel), and experimental psychological investigation of women patients and their husbands according to questionnaire of T. Liri.

It was studied the connection between the peculiarities of affective disorders patients personality with running maniacal episode and interpersonal contact in marriage.

It was showed that the sexual adaptation of women on leaving the psychotic condition was recovered in that couples where it was obvious that in the structure of patient personality the profile cooperation that reflects the hyperthymial personal traits, and was saved in that couples with schizoid and excitable personal traits in women.

Во второй группе были выделены две подгруппы: 1-я — 20 пар, в которых отмечалась сексуальная дезадаптация, связанная с расхождением типов сексуальной культуры супругов, и 2-я — 30 пар, в которых дезадаптация была следствием нарушения их межличностных отношений.

Все больные мужчины были обследованы с помощью личностного опросника Бехтеревского института (ЛОБИ) [5], который позволяет получить развернутую характеристику системы отношений, связанных с заболеванием, и установить целостный тип реагирования на болезнь.

Результаты проведенного исследования отражены в приводимой таблице.

**Реагирование обследованных на свою болезнь (данные в %)**

Тип реагирования	Группы обследованных			
	первая, n = 50	вторая подгруппы		контрольная, n = 50
		1-я, n = 20	2-я, n = 30	
Эргопатический	14 ± 5	15 ± 8	40 ± 6	24 ± 6
Анозогностический	8 ± 4	5 ± 5	37 ± 5	20 ± 6
Тревожный	62 ± 7	85 ± 8	23 ± 9	4 ± 3
Ипохондрический	56 ± 7	20 ± 9	30 ± 9	—
Неврастенический	48 ± 7	70 ± 10	27 ± 9	8 ± 4
Меланхолический	6 ± 3	13 ± 8	23 ± 9	4 ± 3
Апатический	12 ± 5	—	17 ± 5	—
Сенситивный	20 ± 6	45 ± 11	27 ± 8	12 ± 5
Эгоцентрический	10 ± 4	20 ± 9	20 ± 6	8 ± 4
Паранойяльный	4 ± 3	10 ± 7	23 ± 9	—
Гармоничный	—	—	—	38 ± 3

Из таблицы видно, что в первой группе обследованных в диагностическую зону чаще попадали тревожный, ипохондрический и неврастенический типы реагирования на болезнь.

Тревожный тип реагирования характеризовался мнительностью и непрерывным беспокойством больных по поводу неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения. Больные постоянно искали новые способы лечения, жаждали дополнительной информации о болезни, вероятных осложнениях, методах лечения, занимались поисками «авторитетов». В отличие от лиц с ипохондрическим отношением к болезни, они больше интересовались объективными данными о ее течении (результаты анализов, заключения специалистов), чем собственными ощущениями, и предпочитали слушать высказывания других, а не жаловаться. В то же время у них постоянно было тревожное, угнетенное настроение.

При ипохондрическом типе отношения к болезни пациенты фиксировали внимание на субъективных болезненных и неприятных ощущениях. Они постоянно рассказывали о них окружающим, преувеличивая действительные и выискивая несуществующие симптомы. Характерным для них было сочетание желания лечиться и неверия в успех, они требовали тщательного обследования и в то же время боялись вреда и болезненности процедур.

У больных с неврастеническим типом отношения к болезни можно было наблюдать поведение по типу «раздражительной слабости» — вспышки раздражения при неприятных ощущениях, при неудачах лечения. Свое раздражение они нередко изливали на первого попавшегося, что завершалось раскаянием и слезами. Были беспокройны, нетерпеливы и несдержанны, в чем позже раскаиваются.

У мужчин 1-й подгруппы второй группы чаще всего диагностировались тревожный, неврастенический и сенситивный типы отношения к болезни.

При сенситивном типе реагирования больных беспокоило возможное неблагоприятное впечатление, которое могли произвести на окружающих сведения об их болезни. Они опасались, что окружающие станут избегать их, считать неполноценными, пренебрежительно или с опаской относиться, распространять сплетни или неблагоприятные сведения о причине и природе болезни, боялись они и неблагоприятного отношения к ним близких в связи с болезнью.

У больных 2-й подгруппы второй группы различные типы отношения к болезни распределились довольно равномерно, но чаще отмечалось реагирование на болезнь по эргопатическому и анозогностическому типу.

Для эргопатического типа, как известно, характерен «уход от болезни в работу». Наши пациенты, несмотря на свои физические страдания и переживания, связанные с бесплодием и сексуальной дисфункцией, старались во что бы то ни стало продолжать работу, трудились с ожесточением, с еще большим рвением, чем до болезни. Они отдавали работе все время, стараясь лечиться и подвергаться обследованиям так, чтобы это не мешало работе.

При анозогностическом типе реагирования больные игнорировали болезнь и возможные ее последствия. Отрицали очевидные проявления болезни, приписывая их случайным обстоятельствам или другим несерьезным заболеваниям, отказывались от обследования и лечения, надеясь «обойтись своими средствами».

Остальные типы реагирования на болезнь отмечались у обследованных мужчин практически в единичных случаях, несколько чаще — во 2-й подгруппе второй группы.

Апатический тип характеризовался полным безразличием больных к результатам лечения и исходу болезни. Они пассивно подчинялись процедурам и лечению лишь при настойчивом побуждении со стороны, утрачивали интерес даже ко всему тому, что волновало их до болезни.

При меланхолическом типе реагирования на болезнь пациенты были удручены своим состоянием, не верили в выздоровление, в возможное улучшение, в эффект лечения. У них можно было отметить депрессивные высказывания, вплоть до суицидальных мыслей. Все эти больные были глубокими пессимистами и не верили в успех лечения даже при благоприятных объективных данных.

Для лиц с паранойяльным типом отношения к болезни была характерна уверенность, что их болезнь — результат чьего-то злого умысла. Они выражали крайнюю подозрительность к лекарствам и процедурам, приписывали возможные осложнения лечения или побочные действия лекарств халатности или злему умыслу персонала.

Больные с эгоцентрическим типом реагирования на болезнь настойчиво демонстрировали близким

и окружающим свои переживания и страдания, стараюсь полностью завладеть их вниманием. Они требовали исключительной заботы о себе — окружающие должны были все забыть и беспокоиться только о них, все разговоры быстро переводили «на себя». Все другие, кто также нуждался во внимании и заботе, воспринимались ими как конкуренты и вызывали неприязнь. Больные подчеркивают свое особое положение, исключительность своей болезнью.

Гармоничный тип отношения к болезни не отмечался ни у кого из мужчин клинических групп, в то время как в контрольной группе мы отметили его у 1/3 пациентов. Для гармоничного типа реагирования на болезнь была характерна реалистическая оценка больным своего состояния: отсутствовали как преувеличение его тяжести, так и недооценка реальной картины болезни. Больные стремились активно содействовать успеху лечения и облегчить близким тяготы ухода за собой.

Следует отметить, что в целом тип реагирования на болезнь у каждого больного, как правило, имел смешанный характер и в клинических группах, и в контроле, причем чаще сочетались неврастенический, ипохондрический и тревожный типы реагирования.

Изучая отношение своих пациентов к болезни, мы интерпретировали профили их личности [6] не только по отдельным шкалам, но и по блокам шкал. Первый блок включал те типы реагирования, при которых социальная адаптация существенно не нарушалась, ко второму и третьему блокам были отнесены типы, характеризующиеся наличием психической дезадаптации в связи с заболеванием.

Первый блок составили гармоничный, эргопатический и анозогнозический типы реагирования на болезнь, при которых психическая и социальная адаптация оставалась сохранной. При гармоничном типе реагирования больные, адекватно оценивая свое состояние, активно участвовали в лечении, соблюдали назначенный врачом режим и в то же время стремились преодолеть заболевание; им было свойственно неприятие роли больного, сохранение ценностной структуры и активного социального функционирования. У пациентов с эргопатическим и анозогнозическим типами отношения к болезни наблюдалось снижение критики к своему состоянию, преуменьшение значения заболевания, вплоть до полного его вытеснения. Это проявлялось в нарушении рекомендуемого врачом режима жизни, «уходе в работу», подчас в отрицании самого факта заболевания. Однако выраженные проявления психической дезадаптации при этом отсутствовали, что позволило включить указанные типы реагирования в один блок с гармоничным типом.

Второй блок включал типы отношения к болезни преимущественно с интрапсихической направленностью (тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический и апатический), при которых наблюдаются нарушения социальной адаптации больных. Нарушение эмоционально-аффективной сферы отношений у таких больных проявлялось в дезадаптивном поведении: реакции по типу раздражительной слабости, тревожном, подавленном, угнетенном состоянии, «уходе в болезнь», отказе от борьбы — капитуляции перед заболеванием.

В третий блок вошли сенситивный, эгоцентрический, паранойяльный и дисфорический варианты отношения к болезни, т. е. варианты, характеризующиеся сенсублизацией, в значительной степени зависящей

от преморбидных особенностей больных. Такое сенсублизованное отношение к болезни выражалось в дезадаптивном поведении больных: они скрывали свое заболевание от окружающих или же «использовали» его для достижения определенных целей, высказывали собственные идеи относительно причин заболевания и его хронического течения, проявляли агрессию, обвиняя окружающих в своем недуге.

Таким образом, больные первой группы и 1-й подгруппы второй группы в основном относились ко второму блоку типов реагирования на болезнь с интрапсихической направленностью. Больные 2-й подгруппы второй группы чаще принадлежали к первому блоку, так же как и пациенты контрольной группы.

В целом исследование показало, что отношение пациентов к своему заболеванию существенно зависит от наличия или отсутствия сексуальной дезадаптации. У больных с дезадаптацией, как правило, имеет место дисгармоничный тип реагирования на болезнь, тогда как в контроле, т. е. при отсутствии дезадаптации, часто наблюдается правильное отношение к болезни и не встречаются такие типы, как ипохондрический, апатический и паранойяльный.

Полученные данные следует учитывать при проведении психотерапевтической коррекции сексуальной дезадаптации супружеской пары, в которой муж страдает экскреторно-токсическим бесплодием.

#### Список литературы

1. Сексология и андрология / Под ред. А. Ф. Возианова, И. И. Горпинченко. — К.: Абрис, 1997. — 880 с.
2. Юнда И. Ф. Простатиты. — К.: Здоров'я, 1987. — 186 с.
3. Арнольди Э. К. Простатит: опыт, проблемы, перспективы. — Харьков: Каравелла, 1997. — 112 с.
4. Бесплодие в супружестве / Под ред. И. Ф. Юнды. — К.: Здоров'я, 1990. — 463 с.
5. Вассерман Л. И., Шелкова О. Ю. Медицинская психодиагностика. Теория, практика и обучение. — М.: Academia, 2004. — 736 с.
6. Березин Ф. Б., Мирошников М. Л., Рожанец Р. В. Методика многостороннего исследования личности. — М.: Медицина, 1976. — 186 с.

Надійшла до редакції 02.02.2007 р.

#### В. О. Лещинський Відношення до своєї хвороби чоловіків, які хворіють екскреторно-токсичною безплідністю

Поліклініка Державної канцелярії Республіки Молдова  
(г. Кишинів)

Розглянуто типи відношення до своєї хвороби чоловіків з екскреторно-токсичною безплідністю. Показано, що за наявності сексуальної дезадаптації в усіх хворих спостерігаються дисгармонійні його типи, які слід урахувати під час проведення психотерапевтичної корекції.

Ключові слова: екскреторно-токсична безплідність, відношення до хвороби, дисгармонійні типи.

#### V. O. Leschinskiy The attitude to the men's disease with excreto-toxic sterility

Policlinic of state office of Moldova Republic  
(Kishinev)

It was examined the types of attitude to men's disease with excreto-toxic sterility. It was demonstrated that if there is existence of sexual disadaptation in all patients draw attentions to disharmony of their types which are necessary to take into consideration in realizing the psychotherapeutic correction.

Key words: excreto-toxic sterility, attitude to the disease, disharmonic types.