

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ТА ОРГАНІЗАЦІЇ СЕКСУАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПРОСТАТИТ

Харківська медична академія післядипломної освіти

Подано результати вивчення особливостей психічного стану, спрямованості особистості, психосексуальних типів, організації сексуальної поведінки у хворих на хронічний простатит.

Ключові слова: хронічний простатит, психічний стан, спрямованість особистості, психосексуальні типи, сексуальна поведінка, сексуальні фантазії.

Простатит — запалення передміхурової залози є одним із найпоширеніших серед чоловіків урологічних захворювань. На хронічний простатит (ХП) страждає близько 30 % чоловіків у віці від 20 до 50 років. За даними Американської асоціації урологів це захворювання спостерігається у 8 % чоловіків від загальної кількості тих, що звернулися за урологічною допомогою. Розвитку ХП сприяє дизритмія сексуального життя, переохолодження, травми, зниження імунного захисту організму, порушення у системі крово- і лимфообігу в органах малого тазу, гормональні порушення (абсолютна або відносна андрогенна недостатність), інфекції, що передаються статевим шляхом. У молодому і зрілому віці захворювання досить часто поєднується з уретритом, везикулітом, у похилому — доброякісною гіперплазією передміхурової залози.

У теперішній час найчастішими психічними порушеннями у загальній медичній практиці є тривожні та депресивні розлади [1]. Упродовж ХХ ст. майже в усіх економічно розвинутих країнах світу серед населення спостерігається вельми інтенсивне зростання тривожно-депресивних розладів [2, 3]. За офіційними даними МОЗ України кількість депресивних хворих становить 0,5–2,5 % від загальної популяції [2]. Майже 20 % населення України можуть відповідати критеріям діагностики афективних розладів [3, 4].

Хоча проблемі діагностики та відповідної корекції тривожних розладів присвячено досить велику кількість публікацій, але робіт, що були б присвячені проблемі саме ХП у його поєднанні зі станом психічної та сексуальної сфер практично немає. Мета нашого дослідження — вивчення психоемоційного стану, сексуальної поведінки у хворих на ХП.

За умов інформованої згоди нами було досліджено 109 пацієнтів, які зверталися за консультативною та лікувальною допомогою до клінічних баз кафедри сексології та медичної психології

Харківської медичної академії післядипломної освіти. Більшість обстежених перебували у шлюбі. Першу групу становили 73 подружні пари (ПП), в яких у чоловіків (43,6 %) було діагностовано ХП, другу — 27 ПП, де у чоловіків спостерігалися клінічні прояви ХП, але не було клінічних ознак розвитку подружньої дезадаптації (ПД). Ці подружжя були обстежені як група порівняння. На момент обстеження були неодружені та не перебували у цивільному шлюбі 9 (8,3 %) чоловіків.

Ми використовували соціально-демографічний метод з метою аналізу факторів ризику формування сексуальної дисфункції (СД) та розвитку ПД у досліджуваного контингенту. Для цього збирали інформацію про пацієнта, його родину, матеріально-побутові умови, схильність до розвитку девіантних та перверсних форм сексуальної поведінки, проводили якісний аналіз розвитку конфліктних ситуацій.

Вік обстежених становив від 25 до 40 років. Обидва з подружжя, як правило, входили до однієї вікової групи (різниця становила до 5 років). У першому шлюбі тривалістю від 2 до 7 років перебували 61,0 % подружжів, решта — у другому шлюбі тривалістю від 2 до 5 років.

Початок статевого життя припадав у чоловіків у середньому на 19,3 року, у жінок, що перебували у шлюбі з чоловіками із ХП, — на 19,1 року. Вищу і незакінчену вищу освіту мали 66,6 % чоловіків і 48,4 % жінок, середню та середню спеціальну освіту — відповідно 33,4 % і 51,6 % обстежених. Розумовою працею займалися 70,8 % чоловіків і 54,8 % жінок, а 29,2 % та 45,2 % відповідно фізичною. Керівниками підрозділів були 38,5 % чоловіків і 32,1 % жінок, виконавцями — відповідно 61,5 % і 67,9 %.

До комплексу проведених досліджень входили клінічне обстеження усіх чоловіків і жінок із вивченням соматичного, неврологічного, психічного статусів та спеціальне сексологічне обстеження.

Було проведено також психодіагностичне обстеження як самотніх чоловіків і жінок, так і кожного з подружжя.

Ураховуючи специфіку клінічних проявів ХП та недостатню визначеність психічних розладів, що супроводжують перебіг захворювання, особлива увага приділялася клініко-психопатологічному методу у вигляді розгорнутого клінічного інтерв'ю з аналізом психічного статусу та психоанамнестичних даних. Психіатричне обстеження чоловіків та жінок виконувалося за умов інформованої згоди та участі лікаря-психіатра відповідно до критеріїв психічних та поведінкових розладів згідно з МКХ-10 [4].

Усім ПП було проведено комплексне обстеження. Клінічне дослідження включало аналіз анамнезу і вивчення соматичного статусу.

Психічний стан подружжя досліджували за допомогою психодіагностичного методу, структури й інтенсивності емоцій — «Карти самооцінки емоційного стану» (Н. О. Марута, 2000). Патопсихологічне тло розвитку невротичної симптоматики встановлювали за допомогою об'єктивізації рівня особистісної і реактивної тривожності (відповідно ОТ та РТ) за методикою Ч. Д. Спілбергера — Ю. Л. Ханіна [9] і депресивного реагування за методикою В. Зунге (2001). Кількісну оцінку психопатологічних порушень здійснювали за допомогою психометричного шкалування з використанням стандартизованих об'єктивних рейтингових шкал: клінічної шкали MADRS для оцінки депресії (2003) і клінічної шкали тривоги CAS (2003).

Причини і механізми порушення сексуальної функції виявляли, використовуючи системно-структурний аналіз сексуального здоров'я за В. В. Кришталем (1995–2008). Цей метод відповідно до запропонованої автором чотирифакторної концепції забезпечення сексуального здоров'я передбачає вивчення біофізіологічної основи сексуальності й соціальних, психологічних, соціально-психологічних чинників, що детермінують сексуальну поведінку. Для вирішення цього завдання необхідно було оцінити стан усіх компонентів сексуального здоров'я — соціального, психологічного, соціально-психологічного й анатомо-фізіологічного (біологічного) та їх складових.

Тип статевої конституції чоловіків визначали за методикою Г. С. Васильченка, жінок — за Л. І. Ботневою, типи сексуальної мотивації і мотиви статевого акту — за В. В. Кришталем [6], сексуальні фантазії — за класифікацією W. H. Masters et al. [11].

Рівень сімейної тривоги оцінювали за методикою Е. Г. Ейдемільера «Аналіз сімейної тривоги», яка містить три шкали: а) вини, яка визначає

неадекватне відчуття індивідом відповідальності за все негативне, що відбувається в сім'ї; б) тривожності, яка діагностує відчуття, що ситуація в родині не залежить від зусиль індивіда [5]; в) нервового напруження, яке виявляє відчуття, що виконання сімейних обов'язків є непосильним завданням для індивіда. Оцінка проводилася за кількістю балів за кожною зі шкал, а також за сумарним показником узагальненої шкали, що характеризує загальну сімейну тривожність.

Задоволеність сексуальними відносинами оцінювали за шкалою сексуальності W. E. Snell, D. R. Papini, яка включає субшкали самооцінки: 1) своїх сексуальних можливостей; 2) сексуальної стурбованості; 3) сексуальної депресії [6].

Додатково в окремих випадках визначали тип реагування на хворобу за допомогою опитувальника «Тип ставлення до хвороби» за В. Д. Менделевичем [5, 6].

Для статистичної обробки даних клінічних, психодіагностичних та соціологічних досліджень використовувалися такі методи: описової статистики (визначення середньоарифметичних значень і середньоарифметичних відхилень за кожним із кількісних показників $M \pm SD$, частоти для якісних параметрів), математичної статистики за таблицями відсотків та помилок, критерій *U* Вілкоксона — Манна — Уїтні та *t*-критерій Стьюдента з достовірною імовірністю $p < 0,05$ — для обробки результатів психодіагностичних досліджень.

При дослідженні психоемоційного стану встановлено, що в обстежених першої групи спостерігалось переважання негативних емоцій: загальної невдоволеності (частота спостережень — 88,3±1,4%, інтенсивність — 3,8±0,4 бала), незадоволення собою (частота спостережень — 81,5±1,1%, інтенсивність — 3,1±0,3 бала), боязні (частота спостережень — 79,1±0,7%, інтенсивність — 2,7±0,9 бала), тривоги (частота спостережень — 74,3±3,2%, інтенсивність — 2,2±0,9 бала), страху (частота спостережень — 67,7±0,9%, інтенсивність — 2,9±0,7 бала), відчуття образи (частота спостережень — 63,1±0,6%, інтенсивність — 1,5±0,3 бала).

Серед ПП другої групи превалювали емоції позитивного ряду: довіра (частота спостережень — 86,2±3,1%, інтенсивність — 1,2±0,5 бала), відчуття безпеки (частота спостережень — 84,3±2,3%, інтенсивність — 2,5±0,3 бала), відчуття задоволеності собою (частота спостережень — 81,7±2,1%, інтенсивність — 2,5±0,3 бала), радість (частота спостережень — 80,1±2,7%, інтенсивність — 2,6±0,4 бала), загальне задоволення життям (частота спостережень — 74,3±3,2%, інтенсивність — 2,2±0,3 бала), упевненість (частота спостережень — 71,7±1,2%, інтенсивність — 1,1±0,3 бала).

Серед чоловіків першої групи переважали високий і середній рівні ОТ, другої — середній і низький. У більшості жінок із ПД превалював середній рівень ОТ, тоді як для сексуально успішних характернішим виявився низький її рівень ($p < 0,01$). На відміну від показників ОТ тенденція в розподілі РТ із превалюванням середнього її рівня виявилася схожою серед жінок обох груп. Для чоловіків першої групи виявилось характерним домінування високого і середнього рівнів РТ, тоді як у чоловіків другої групи встановлено переважання середнього і низького її рівнів ($p < 0,01$).

Суб'єктивний стан легкої депресії ситуативного генезу діагностовано у 56,0% чоловіків та у 31,0% жінок першої групи, у 12,0% — масковану депресію ($p < 0,01$). Серед чоловіків першої групи 20,0% пацієнтів потерпали за їх суб'єктивною оцінкою від субдепресивного стану, така сама кількість — від ситуативної депресії ($p < 0,01$).

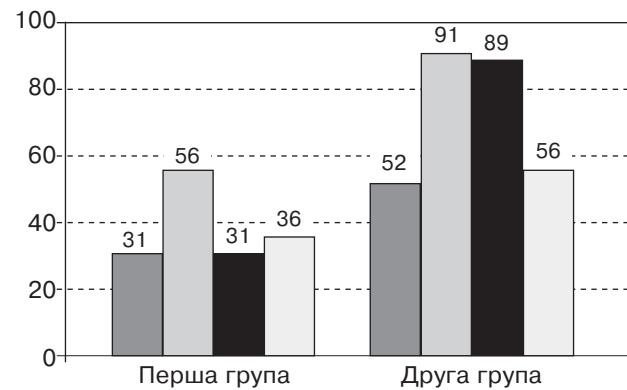
При аналізі результатів об'єктивного дослідження психопатологічної симптоматики в першій групі встановлено дисоціацію між самооцінкою своїх проявів і реальним станом обстежених. При об'єктивізації психопатологічної симптоматики за допомогою клінічної шкали MADRS в першій групі в $25 \pm 4,3\%$ чоловіків і жінок діагностовано помірний, а у $37,5 \pm 4,8\%$ чоловіків і $50 \pm 5,0\%$ жінок — легкий депресивний епізод. У $37,5 \pm 4,8\%$ чоловіків і $25 \pm 4,3\%$ жінок першої групи і в усіх обстежених другої не виявлено депресивного розладу. При верифікації ознак тривожного розладу за шкалою CAS встановлено, що, незважаючи на наявність в $31,3 \pm 4,6\%$ чоловіків із СД та ПП із ПД високого рівня ситуативної тривожності, клінічно виражений тривожний стан було діагностовано лише у $12,4 \pm 3,3\%$, що свідчило про схильність чоловіків першої групи переоцінювати ступінь своїх тривожних проявів. Серед жінок тенденція виявилася зворотною: високий рівень РТ установлений лише в $12,5 \pm 3,3\%$ випадків, але клінічно значущий тривожний стан був характерний для $31,2 \pm 4,6\%$ осіб, а $62,3 \pm 4,8\%$ відчували симптоми тривоги. Це свідчило про те, що жінки з ПД не схильні були свої психопатологічні порушення вважати проявами тривожного розладу, трактуючи їх як депресивні або загальносоматичні.

При аналізі стану сексуальності у чоловіків і жінок за допомогою спеціального сексологічного анамнезу було встановлено, що серед типів сексуальної мотивації у 61,5% обстежених чоловіків відзначалися дисгармонійні її типи, у жінок дещо рідше — в 54,0% випадків. Досить часто у чоловіків із ХП встановлено агресивні типи сексуальної мотивації (агресивно-егоїстичний — 22,0% випадків). Гомеостабілізуючий та шаблонно-регламентований типи сексуальної мотивації спостерігалися

практично однаково часто (15,6% та 13,8% відповідно). Ігровий тип сексуальної мотивації (гармонійний) визначався у 22,0% обстежених, здебільшого у жінок (39,0%). Невідповідність типів сексуальних мотивацій також слугувала розвитку ПД. Серед мотивів статевого акту найбільш розповсюдженим як у чоловіків із ХП, так і в їхніх дружин було отримання оргазму, на другому місці у чоловіків було зняття статевого напруження, на третьому (у вкрай незначній кількості випадків) — бажання дати чуттєву насолоду жінці.

Статева конституція у чоловіків була частіше середньою (49,1% випадків), рідше слабкою в різних її варіантах (37,6%). При структурному вивченні компонентів лібідо встановлено, що однаково часто були порушені усі компоненти реалізації статевого потягу.

Результати вивчення стану сексуальної функції у чоловіків із ХП наведено на рисунку.



Форми сексуальної дисфункції в одружених та неодружених чоловіків із хронічним простатитом (%):
 ■ — відсутність або втрата статевого потягу (F52.5);
 □ — відсутність сексуального задоволення (F52.1.11);
 ■ — відсутність генітальних реакцій, еректильна дисфункція (F52.2);
 □ — оргазмічна дисфункція (F52.3)

Примітка. В одного пацієнта діагностували кілька форм сексуальної дисфункції

Переважаючими типами СД у неодружених чоловіків із ХП були еректильна дисфункція та відсутність сексуального задоволення. Частіше у чоловіків першої групи порівняно з пацієнтами другої групи спостерігалася відсутність або втрата статевого потягу та оргазмічна дисфункція. Відсутність сексуального задоволення в групі одружених чоловіків значною мірою пояснювалась недостатньою комунікативною погодженістю в їх шлюбних відносинах у зв'язку з наявністю у чоловіків із ХП патохарактерологічних особистісних рис.

У більшості (67,0%) чоловіків визначалися такі адекватні мотиви вступу до шлюбу, як страх самотності та короткочасне захоплення. Навіть

ті подружжя, які брали шлюб через кохання, до моменту обстеження втратили це почуття.

При дослідженні спрямованості особистості (таблиця) було визначено, що провідною домінуючою мотивацією у чоловіків першої групи було забезпечення життєвих потреб, другої групи — престиж та творчість (які частіше сприймалися неконгруентно звичайним соціальним зразкам). У ціннісних орієнтаціях у пацієнтів першої групи переважали професійні потреби, другої — побут. У вільний час більшість чоловіків у ПП першої групи віддавали перевагу відпочинку, а другої групи — самовдосконаленню у специфічному розумінні. Розбіжність напрямів особистостей відзначалась у 55,5% ПП, що, безумовно, сприяло розвитку ПД.

Виначення психосексуальних типів обстежених засвідчило, що за ХП у чоловіків частіше за все спостерігалися пасивно-підкорюваний варіант типу «чоловік — чоловік» (45,8%) та тип «чоловік — син» (29,2%). В обстежених жінок частіше визначалися психосексуальні типи «жінка — мати» (38,7%) та пасивно-підкорюваний варіант типу «жінка — жінка» (29,0%). У третини ПП траплялися несприятливі сполучення психосексуальних типів чоловіка та жінки.

У значній кількості чоловіків був порушений статевий розвиток. Дослідження формування та динаміки становлення сексуальності в обстежених чоловіків довело, що на другому та третьому етапах препубертатного і пубертатного періодів статевого розвитку в них виникали порушення формування стереотипу статевої поведінки та психосексуальної орієнтації — спрямованості статевої переваги. До того ж у 20,8% обстежених сформувався обсессивно-компульсивний і у 16,7% — персевераторно-обсессивний тип патологічної мастурбації з перверсними елементами. У 8,3% осіб спостерігався нарцисизм, у 8,3% — ексгібіціонізм, у 4,2% — вуаеризм, у 12,5% — порнофілія і у 8,3% — фетишизм.

Темп соматосексуального розвитку був порушений згідно з анамнестичними даними у 37,5% та психосексуального — у 45,8% чоловіків.

Соматосексуальний розвиток найчастіше був уповільнений, прискорений психосексуальний розвиток в обстежених нами пацієнтів спостерігався у незначній кількості чоловіків (12,0%), а ретардація — менш ніж у половини (33,3%). Результатом цих порушень були асинхронії статевого розвитку, здебільшого (29,2% випадків) поєднані, обумовлені патогенним впливом на психосексуальний розвиток взаємодії психогенних та соматогенних чинників.

Дослідження оцінки чоловіків із ХП своєї сексуальності за методикою W. Snell, D. Papini [6]

Характеристика спрямованості особистості

| Мотивація | Групи | | | |
|---------------------------------|---------------|------|---------------|------|
| | перша, n = 73 | | друга, n = 31 | |
| | абс. ч. | % | абс. ч. | % |
| <i>Домінуюча</i> | | | | |
| забезпечення життєвих інтересів | 23 | 31,5 | 8 | 29,6 |
| <i>Проведення дозвілля</i> | | | | |
| престиж | 17 | 23,3 | 8 | 29,6 |
| творчість | 19 | 26,0 | 7 | 25,9 |
| фертильна реалізація | 14 | 19,2 | 4 | 14,8 |
| самовдосконалення | 28 | 38,4 | 10 | 37,0 |
| розваги | 20 | 27,4 | 3 | 11,1 |
| відпочинок | 25 | 34,2 | 14 | 51,6 |
| <i>Ціннісні орієнтації</i> | | | | |
| виробничі інтереси | 17 | 23,3 | 9 | 33,3 |
| побут | 20 | 27,4 | 8 | 29,6 |
| культурні інтереси | 10 | 13,7 | 3 | 11,1 |
| сексуальна сфера | 10 | 13,7 | 5 | 18,5 |
| хобі | 16 | 21,9 | 2 | 7,4 |

встановило, що в чоловіків відзначалися досить високі показники самооцінки сексуальних можливостей, сексуальної стурбованості та середні — сексуальної депресії. Серед жінок відзначалися середні показники сексуальної депресії та сексуальної заклопотаності та низькі — сексуальних можливостей.

Загалом дослідження аспектів сексуальності показало залежність її проявів у подружжя від типу та перебігу ПД ($p < 0,05$). Оцінка своїх сексуальних можливостей виявилася високою у чоловіків, що зазнавали сексуальної стурбованості — психологічної або сексуальної, у решти чоловіків її оцінка була невисокою. Показники сексуальної депресії високі у решти чоловіків першої групи із сексуальною стурбованістю, у другій вони виявилися низькими. Сексуальна стурбованість була нижчою у більш старшого віку.

Жінки, щодо яких чоловіки відчували сексуальну або поєднану аверсію, низько оцінювали свої сексуальні можливості; адекватно високі оцінки цього аспекту сексуальності були притаманні жінкам другої групи, чоловіки яких відчували психологічну аверсію (ПА). Відповідно, показники сексуальної депресії зафіксовані низькими тільки у жінок другої групи. Активно виявляли сексуальну заклопотаність жінки першої

групи. Подружжя другої групи високо оцінювали свої сексуальні можливості, а сексуальну депресію і сексуальну заклопотаність у них майже не було виявлено.

Інтегральний показник багатомірного феномена ПА — рівня подружнього щастя — був не досить високим в одружених чоловіків із ХП.

Значну роль у забезпеченні сексуальної функції відіграють сексуальні фантазії, вони дають змогу зміцнити впевненість у собі, посилити сексуальне збудження і допомагають зняти емоційний стрес. Проте вивченню сексуальних фантазій приділяється недостатня увага при діагностиці і корекції порушень сексуальної функції. Ми використовували при визначенні сексуальних фантазій подружжя і неодружених чоловіків класифікацію, запропоновану W. H. Masters, V. Jonson [9, 10].

Серед обстежених нами чоловіків першої групи із ХП в сексуальних фантазіях переважало експериментування, на другому місці — заміна партнерки, на третьому — груповий секс і садистичні фантазії. Серед чоловіків другої групи в сексуальних фантазіях також частіше відзначалося експериментування, але на другому місці були садистичні фантазії і рідше — груповий секс. У жінок найчастішою сексуальною фантазією була заміна партнера, перш за все знаменитою особистістю, рідше знайомими чоловіками, друзями.

Отримані в дослідженні дані дали змогу визначити функціональність (адаптивність) шлюбу в обстежених одружених чоловіків із ХП. Виявилося, що переважали (65±9%) нефункціональні типи шлюбу, решта були умовно функціональними. Нефункціональність та умовна функціональність сімей чоловіків із ХП була підтверджена під час визначення типології шлюбу. В більшості випадків у них був антагоністичний шлюб (61±5%), особливо часто з жінками із істеричним й астено-невротичним типами акцентуацій характеру. Відповідно 20±6% шлюбів були негативно-доповнювальні, серед решти спостерігався псевдопозитивно-доповнювальний тип.

Майже в усіх чоловіків із ХП визначалася патологія загальної та сексуальної комунікації, причому було порушено всі компоненти спілкування: особистісний через дисгармонійні риси характеру; інформаційний — через слабку обізнаність у питаннях культури спілкування та психогієни статевого життя; поведінковий — через неправильні форми поведінки; емоційний — через неадекватні реакції на труднощі, що зазвичай виникають у житті.

Важливу роль у процесі психічної адаптації відіграють рівень тривожності на даний момент (РТ) й ОТ (стала характеристика). З метою вивчення стану ОТ та РТ в усіх об-

стежених чоловіків було застосовано методику Спілбергера — Ханіна.

Установлено, що в чоловіків із ХП переважали особи із середнім рівнем ОТ і РТ. Серед неодружених чоловіків кількість осіб із низьким рівнем тривожності ($p < 0,01$) була достовірно менше.

Таким чином, виявлені за результатами досліджень чоловіків і жінок порушення загальної, міжособистісної та сексуальної комунікації у чоловіків із ХП відбувається внаслідок констеляції психопатологічних, патопсихологічних та негативних соціально-психологічних чинників. Переважаючим типом СД у неодружених чоловіків із ХП є еректильна дисфункція та відсутність сексуального задоволення або також відсутність чи втрата статевого потягу та оргазмічна дисфункція. За даними проведених досліджень було встановлено, що при ХП переважають нефункціональні типи шлюбу.

Проведене комплексне дослідження надає можливість визначити психоемоційний стан, рівень ПА, типологію шлюбних відносин, мотиваційні аспекти організації сексуальної поведінки у чоловіків із ХП з метою удосконалення лікувально-реабілітаційного процесу та підвищення якості медико-психологічної допомоги.

Література

1. Мищенко Н. Тревожные расстройства: прерогатива терапевтов или психиатров? / Н. Мищенко // Здоров'я України.— 2006.— № 13–14.— С. 56–57.
2. Филатова Е. Г. Тревога в общесоматической и неврологической практике / Е. Г. Филатова // Здоров'я України.— 2006.— № 23–24.— С. 21.
3. Подкорытов В. С. Депрессии. Современная терапия / В. С. Подкорытов, Ю. Ю. Чайка.— Харьков: Торнадо, 2003.— 352 с.
4. Невротичні, соматоформні розлади та стрес: навч. посіб. / Л. М. Юр'єва, С. Г. Носов, А. Мамчур, Т. В. Малишко; за ред. Л. М. Юр'євої.— Дніпропетровськ: Арт-прес, 2006.— 116 с.
5. Классификация психических и поведенческих расстройств: клинические описания и указания по диагностике; под ред. Ю. Л. Нуллера, С. Ю. Циркина.— К.: Факт, 1999.— 272 с.
6. Кришталь В. В. Сексологія: навч. посіб.: в 4 ч. / В. В. Кришталь, Є. В. Кришталь, Т. В. Кришталь.— Харків: Фоліо, 2008.— 990 с.
7. Маслов В. М. Нарушение психосексуального развития / В. М. Маслов, И. Л. Ботнева, Г. С. Васильченко // Частная сексопатология.— М.: Медицина, 1983.— С. 27–108.
8. Ильин Е. П. Мотивация и мотивы / Е. П. Ильин.— СПб.: Питер, 2000.— 502 с.
9. Фрэнкин Р. Мотивация поведения: биологические, когнитивные и социальные аспекты / Р. Фрэнкин; пер. с англ.— СПб.: Питер, 2003.— 652 с.

10. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учебн. пособ. / Д. Я. Райгородский.— Самара: БАХРАХ-М, 2002.— 672 с.
11. Masters W. H. Textbook of Sexual Medicine / W. H. Masters, V. Johnson, B. Kolodny.— 2nd ed.— Boston, Miss Little Brown, 1984.
-

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ И ОРГАНИЗАЦИИ СЕКСУАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ

А. Г. ЛУЦЕНКО, В. А. КРИВИЦКИЙ

Представлены результаты изучения особенностей психического состояния, направленности личности, психосексуальных типов, организации сексуального поведения у больных с хроническим простатитом.

Ключевые слова: хронический простатит, психическое состояние, направленность личности, психосексуальные типы, сексуальное поведение, сексуальные фантазии.

PECULIARITIES OF THE EMOTIONAL STATE AND ORGANIZATION OF SEXUAL BEHAVIOR IN PATIENTS WITH CHRONIC PROSTATITIS

A. G. LUTSENKO, V. A. KRIVITSKY

The findings of investigation of the characteristics of mental state, personality orientation, psychosexual types, organization of sexual behavior in patients with chronic prostatitis are presented.

Key words: chronic prostatitis, mental state, personality orientation, psychosexual types, sexual behavior, sexual fantasies.

Надійшла 20.08.2013