

<https://doi.org/10.35339/ekm.2019.85.04.05>  
УДК 616.89-008.44+616.89-008.442]:616.65-002-036.1

*В.О. Кривицький*

*Харківська медична академія післядипломної освіти*

### **СТАН ПСИХОЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПРОСТАТИТ З РІЗНИМ СТАНОМ ПОДРУЖНЬОЇ ЗАДОВОЛЕНОСТІ**

Обстежено 109 чоловіків, хворих на хронічний простатит (ХП), та їх дружини. За критерієм наявності/відсутності подружньої задоволеності, обстежені пари були розділені на дві групи. Встановлено, що чоловікам, хворим на ХП, виявились притаманними прояви тривожно-депресивного реагування, значуще більше виражені серед осіб, незадоволених подружніми стосунками. Також для них характерним було переважання емоцій негативного спектра в палітрі емоційного реагування, в той час як у пацієнтів, що відчували подружню задоволеність, в емоційному спектрі превалювало позитивне емоційне забарвлення. Серед дружин хворих спостерігалася схожа тенденція більшої розповсюдженості і вираженості симптомів патологічної тривожності та депресії серед жінок, що відчували подружню незадоволеність. Таким чином, не дивлячись на наявність у всіх обстежених чоловіків захворювання на ХП, що ставало провокуючим фактором формування в них негативного емоційного тла та реакцій тривожно-депресивного спектру, хворі, які були задоволені подружніми стосунками, продемонстрували значуще кращі показники стану психоемоційної сфери, ніж пацієнти, незадоволені подружніми взаєминами. Успішність подружніх стосунків в даному випадку ставала амортизатором негативних психогенних ефектів хвороби, що забезпечувало значущу різницю в психоемоційному стані хворих на ХП чоловіків.

**Ключові слова:** *хронічний простатит, психоемоційний стан, тривожність, депресія, подружня задоволеність.*

#### **Вступ**

Хронічний абактеріальний простатит – найпоширеніший варіант хронічного запалення передміхурової залози, який є окремим випадком хронічного больового синдрому. Особливістю цього захворювання є відсутність чіткого зв'язку між суб'єктивними відчуттями пацієнта та об'єктивними ознаками [1–3]. Відомо, що симптоми хронічного простатиту (ХП) та викликані ними нервово-психічні розлади взаємно підсилюються, негативно впливаючи на якість життя [4]. Пояснення цього феномену полягає у межах концепції порушення імунонейроендокринної регуляції запалення передміхурової залози та розвитку патологічного болю. Дослідження СРСРН показало, що в анамнезі пацієнтів з ХП тривогу та депресію

спостерігали вдвічі частіше, ніж в аналогічній за віком групі контролю [5]. Крім того, існують публікації, в яких розглядається роль ХП як фактору негативного впливу на стан подружніх стосунків, з одного боку та можливий протективний/негативний вплив подружнього ресурсу на психологічний і, опосередковано, соматичний стан хворого [6–8].

**Метою даної роботи** було дослідження стану психоемоційної сфери хворих на ХП та їх дружин, для визначення, в подальшому, мішеней медико-психологічної допомоги даному контингенту.

#### **Матеріал і методи**

Для досягнення поставленої мети, з дотриманням принципів біоетики і деонтології на базі декількох установ уролого-андрологічно-

© В.О. Кривицький, 2019

го профілю м. Харкова, упродовж 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 становив 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 % подружніх пар, у другому шлюбі (тривалість в середньому від двох до п'яти років) – 39,4 %. Клінічна картина ХП у всіх обстежених супроводжувалась порушенням сексуальної функції, що у 70 (64,2 %) осіб було представлено варіаціями еректильної дисфункції (ЕД), у інших 39 (35,8 %) – поєднаним ураженням еректильної і еякуляторної функції.

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 першої групи (група 1) були віднесені 73 (67,0 %) подружніх пари з низьким (менше 80 балів) або зниженим (80–112 балів) рівнем подружньої задоволеності. До другої (група 2) увійшли 36 (33,0 %) подружніх пар, задоволених власними стосунками (115–160 балів).

Комплексне обстеження включало, окрім стандартних клінічних методів, проведення клініко-психологічного і психодіагностичного дослідження. Стан психоемоційної сфери оцінювали за декількома показниками: структуру палітри емоційного реагування – за «Картою самооцінки емоційного стану Н.О. Марути» (2004) [10]; патопсихологічне тло розвитку невротичної симптоматики та інтенсивність проявів патологічної тривоги – за «Методикою визначення рівня особистісної і реактивної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна, наявності і вираженості депресивного реагування – за однойменною методикою В. Зунге [11]». Статистичний метод був використаний для оцінки розбіжностей між групами та залежностей між факторами.

#### **Результати та їх обговорення**

Вивчення структури емоційного стану чоловіків довело наступне. Відомо, що емоції є складним виразом зворотної реакції організму людини на біологічно і соціально значущий вплив. Разом з тим, виникаючи первинно, як явище фізіологічне і, не втрачаючи свого змісту на рівні соціальних факторів і міжосо-

бистісних відносин, емоції виступають як психічні явища, будучи своєрідною формою відображення дійсності. У свою чергу, негативні емоції мають захисну спрямованість, коли їх перевага в умовах психічної травми забезпечує активацію і мобілізацію адаптивних мозкових механізмів, спрямовану на вирішення конфліктної ситуації.

Стан помірного емоційного напруження, яке складає оптимальний рівень нервово-психічного тону, несе в цілому позитивний, адаптивний вплив на процеси діяльності людини, сприяє прискоренню та уточненню його реакцій, прийняттю рішення в ситуації, яка потребує вибору. Однак, при надмірному емоційному напруженні, при психотравмуючих впливах, що перевищують можливості психічної адаптації індивіда, розвивається складний комплекс психічних і соматичних порушень – емоційний дистрес. При цьому виникає розбіжність внутрішніх намірів особистості та об'єктивних умов її діяльності; конфлікт мотивів і цілей створює ґрунт для формування емоційно-стресових реакцій (*таблиця*).

При аналізі результатів вивчення емоційного спектру, характерного для обстежених та їх дружин, звертала на себе увагу статистично значуща нерівномірність їх розподілу між особами основної групи (ОГ) і групи порівняння (ГП). Серед подружжів ОГ, на відміну від ГП, зафіксовано превалювання негативних емоцій: невдоволення собою – у 87,7 % чоловіків й 69,9 % їх дружин; жалю до себе – у 71,2 й 63,0 %, відповідно; тривоги – у 67,1 й 58,9 %, відповідно; смутку – у 64,4 і 58,9 %, відповідно; сорому – у 56,2 й 31,5 %, відповідно; образи – у 47,9 й 53,4 %, відповідно; досади – у 39,7 й 65,8 %, відповідно; гніву – у 35,6 й 57,5 %, відповідно. Треба відмітити, що переважна більшість негативних емоцій (невдоволення собою, жалю до себе, тривога, смуток, сором) реєструвалася серед більшої кількості чоловіків ОГ, ніж серед їх дружин, в той час як образа, досада та гнів, навпаки, були більш розповсюджені серед дружин хворих чоловіків, ніж серед них самих (між подружжями розбіжності були статистично значущі за емоціями невдоволення собою, смутком, соромом, досадою та гнівом,  $p < 0,05$ ).

Серед подружжів ГП, не дивлячись на наявність захворювання на ХП у чоловіка, в цілому переважали емоції позитивного спектру. Найбільш поширеним виявилось відчуття довіри до партнера – його відчували 72,2 % чоловіків і 77,8 % їх дружин (на відміну від

Порівняльний аналіз структури палітри емоційного реагування у чоловіків з ХП та їх дружин залежно від стану подружніх стосунків, %

Емоція	група 1, n = 73		група 2, n = 36	
	чоловіки	дружини	чоловіки	дружини
Задоволення	16,4 <sup>1)</sup>	12,3 <sup>3)</sup>	33,3	47,2
Впевненість	15,1 <sup>2)</sup>	13,7 <sup>3)</sup>	58,3	61,1
Відчуття безпеки	13,7 <sup>2)</sup>	17,8 <sup>4)</sup>	38,9 <sup>6)</sup>	58,3
Радість	11,0 <sup>1)</sup>	8,2 <sup>3)</sup>	38,9	41,7
Довіра до партнера	9,6 <sup>2)</sup>	8,2 <sup>4)</sup>	72,2	77,8
Невдоволення собою	87,7 <sup>2), 5)</sup>	69,9 <sup>4)</sup>	16,7 <sup>6)</sup>	5,6
Жаль до себе	71,2 <sup>2)</sup>	63,0 <sup>4)</sup>	22,2 <sup>6)</sup>	8,3
Тривога	67,1 <sup>2)</sup>	58,9 <sup>4)</sup>	19,4	11,1
Смуток	64,4 <sup>2), 5)</sup>	49,3 <sup>4)</sup>	13,9	11,1
Сором	56,2 <sup>1), 5)</sup>	31,5 <sup>4)</sup>	22,2 <sup>6)</sup>	8,3
Образа	47,9 <sup>1)</sup>	53,4 <sup>3)</sup>	16,7	13,9
Досада	39,7 <sup>1), 5)</sup>	65,8 <sup>2)</sup>	16,7	11,1
Гнів	35,6 <sup>2), 5)</sup>	57,5 <sup>4)</sup>	11,1	13,9

них, серед подружжів ОГ довіряли партнерам 9,6 % чоловіків і 8,2 % дружин; різниця між відповідними групами становила  $p < 0,01$ . 58,3 % чоловіків і 61,1 % жінок ГП відрізнялись впевненістю, яка була виявлена тільки у 15,1 % чоловіків і 13,7 % жінок ОГ (статистично значуща різниця між відповідними групами  $p < 0,05$ ). 38,9 % чоловіків ГП жили з постійним відчуттям безпеки, а також радості (серед їх дружин переважання відчуття безпеки встановлено у 58,3 %, радості – у 41,7 %), в той час як серед ОГ відчуттям безпеки могли похвалитися 13,7 % чоловіків й 17,8 % жінок (різниця між відповідними групами  $p < 0,05$ ), а радості – 11,0 % чоловіків й 8,2 % їх дружин (різниця між відповідними групами  $p < 0,01$ ). Кількість осіб з переважанням негативного емоційного тла серед подружжів ГП була незначною в обох з пари, проте, за жалем до

себе, соромом і невдоволенням собою між чоловіками та їх дружинами була наявна статистична значуща різниця у бік збільшення серед чоловіків,  $p < 0,05$ .

Аналіз патопсихологічного тла невротичної готовності із застосуванням методики Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна (рис. 1, 2) та В. Зунга (в адаптації Т.І. Балашової) (рис. 3), дозволив отримати такі результати.

Треба зазначити, що на сьогодні в науковому просторі існує чітка диференціація понять «тривоги» і «тривожності». За поясненням короткого психологічного словника «тривога – це емоційний стан, що виникає у ситуації невизначеної небезпеки і виявляється в очікуванні неблагополучного розвитку подій». На відміну від тривоги, тривожність розглядається як психічна властивість і визначається як «схильність індивіда до переживання три-

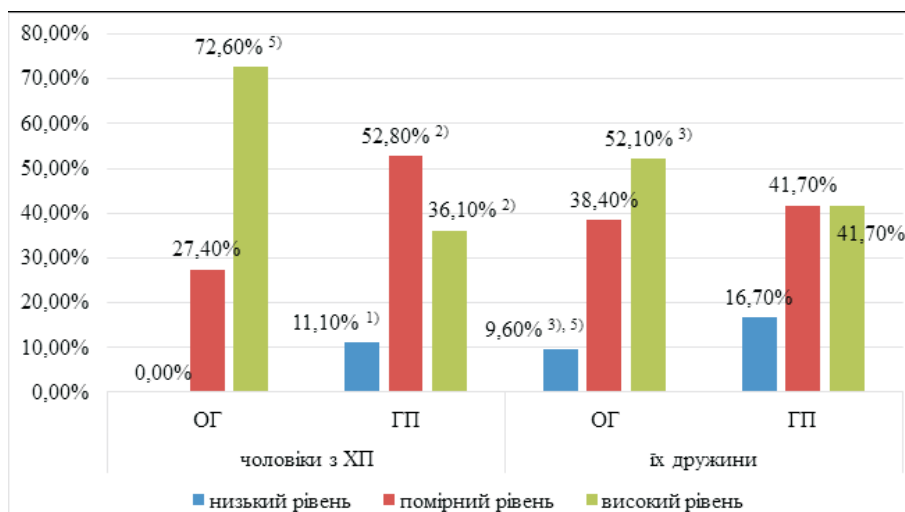


Рис. 1. Розподіл обстежених за рівнем вираженості РТ

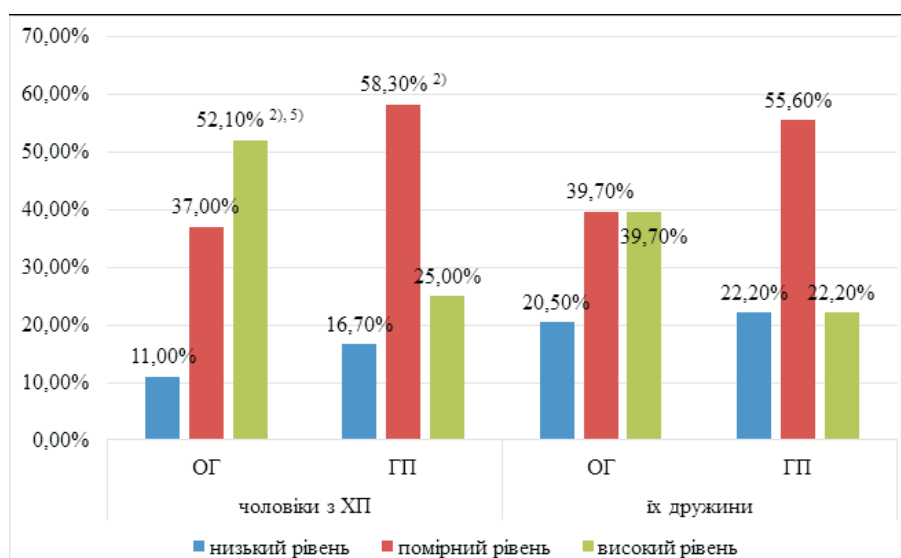


Рис. 2. Розподіл обстежених за рівнем вираженості ОТ

воги, що характеризується низьким порогом виникнення реакції тривоги» [12]. Отже, термін «тривожність» використовується для позначення відносно стійких індивідуальних відмінностей у схильності індивіда відчувати цей стан. Ця особливість безпосередньо не виявляється в поведінці, але її рівень можна визначити, виходячи з того, як часто і як інтенсивно у людини спостерігається стан тривоги. Особистість із вираженою тривожністю схильна сприймати навколишній світ як такий, що містить у собі небезпеку і загрозу значно більшою мірою, ніж особистість із низьким рівнем тривожності [13]. Проблему тривожності було вперше поставлено і піддано спеціальному розгляду в працях З. Фрейда, який визначав її як «неприємне емоційне переживання, що є сигналом антиципуваної небезпеки, зміст якої – переживання невизначеності й відчуття безпорадності, а прояви характеризуються трьома основними ознаками: специфічним відчуттям неприємного; відповідними соматичними реакціями, насамперед посиленням серцебиття; усвідомленням цього переживання» [14].

Таким чином, обраний нами психодіагностичний інструментарій дозволив дослідити як реактивну тривожність (РТ) (як комплексне тимчасове емоційне психофізіологічне почуття, викликане впливом конкретної емоціогенної ситуації, ОТ), так і особистісну тривожність (як стійке переживання комплексу почуттів негативної модальності та риси характеру).

Серед чоловіків ОГ осіб з низьким рівнем РТ не було зовсім (рис. 1). Переважна більшість з них (72,6 %) – мали високу РТ, інші (27,4 %) – помірну. Розподіл РТ у їх дружин

мав таку конфігурацію: 9,6 % – низький рівень, 38,4 % – помірний, 52,1 % – високий її рівень (розбіжності між подружжями виявились значущими між особами з низькою і високою РТ,  $p < 0,05$ ). Порівняння розподілу вираженості РТ у чоловіків ОГ і ГП зафіксувало значущі відмінності за усіма її рівнями: 11,1 % чоловіків ГП з низькою РТ проти жодного в ОГ ( $p < 0,05$ ); 52,8 % обстежених ГП з помірною ОТ проти 27,4 % в ОГ ( $p < 0,01$ ); 36,1 % чоловіків ГП з високим рівнем РТ проти 72,6 % в ОГ ( $p < 0,01$ ). Статистично значущі відмінності в розподілі рівнів РТ серед дружин хворих на ХП були виявлені між особами з низьким її рівнем (9,6 % в ОГ проти 16,7 % в ГП), серед інших – розбіжності виявились незначущими.

Вираженість ОТ також мала деякі статистично значущі розбіжності між чоловіками ОГ і ГП (рис. 2). Так, серед ГП було виявлено значуще більшу кількість осіб з помірним рівнем ОТ (58,3% у ГП проти 37,0% у ОГ,  $p < 0,01$ ), а серед ОГ – більшу кількість респондентів з високим її рівнем (52,1% у ОГ проти 25,0% у ГП,  $p < 0,01$ ). Між розподілом ОТ серед подружжів ОГ значущих розбіжностей не встановлено, як і при порівнянні показників дружин хворих обох груп.

Розбіжності за інтенсивністю проявів депресивного реагування виявились ще більш вираженими, ніж прояви патологічної тривожності (рис. 3). Так, серед чоловіків ОГ тільки у 2,7 % не було виявлено ознак депресії, в той час як серед чоловіків ГП таких було 27,8 % ( $p < 0,01$ ). Окремі прояви ситуативної депресії були притаманні 31,5 % чоловіків ОГ і 61,1 % ГП ( $p < 0,01$ ), маскованої (соматизованої) де-

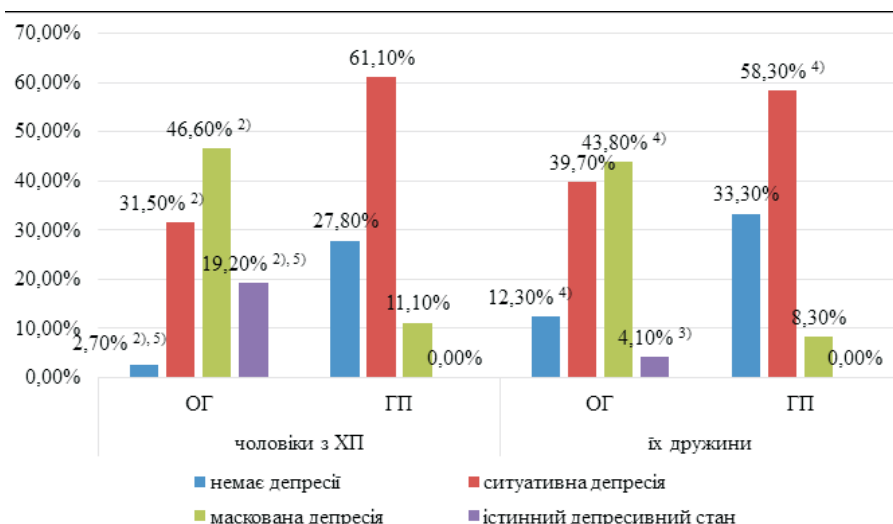


Рис. 3. Розподіл обстежених за вираженістю проявів депресивного реагування

пресії – 46,6 % ОГ і 11,1 % ( $p < 0,01$ ), а істинний депресивний стан був виявлений у 19,2 % чоловіків ОГ і в жодного – з ГП ( $p < 0,01$ ). У чоловіків з ситуативним депресивним станом спостерігались окремі прояви ідей самозвинувачення, почуття провини, покарання й песимізму, сльозливість; для респондентів з симптомами маскованої депресії були характерні виражені ознаки астенизації, а саме, дисомнія, зниження працездатності й апетиту; чоловіки з істинною депресією характеризувались роздратованістю, високим почуттям провини й самозвинувачення, незадоволеністю, ангедонією, порушенням соціальних зв'язків, а також наявністю соматичних корелятивів депресії – розладами сну, апетиту та підвищеної стомлюваності.

Між психоемоційним станом дружин ОГ і ГП також були виявлені розбіжності: серед ГП було значуще більше осіб з відсутністю депресивних ознак (33,3 % осіб ГП проти 12,3 % жінок ОГ,  $p < 0,01$ ), й менше – з проявами маскованої (8,3 % з ГП проти 43,8 % ОГ,  $p < 0,01$ ) та істинної (жодної жінки з ГП проти 4,1 % ОГ,  $p < 0,05$ ) депресії.

Узагальнюючи отримані дані, можна дійти висновку, що мозаїчні прояви як тривожної, так і депресивної симптоматики, зустрічались у переважної більшості пацієнтів ОГ та у деякої кількості хворих ГП. Проте, ступінь вираженості психопатологічних проявів значно різнився: серед чоловіків ОГ встановлено негативний кількісний дрейф у бік потягнення тривожно-депресивних проявів, між тим як серед ГП такої тенденції не було встановлено. Таку ситуацію можна обґрунтувати різними мотиваційно-відповідальними механізмами, задіяними при формуванні стилю реагування

на захворювання, які ґрунтуються 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 так званої «афективної мішені», тобто в першу чергу, власних дружин – на яких вони могли безпричинно вимістити власні негативні переживання.

#### Висновок

У чоловіків, хворих на ХП, прояви тривожно-депресивного реагування значуще більше виражені серед осіб, незадоволених подружніми стосунками. Також для них було характерним переважання емоцій негативного спектра в палітрі емоційного реагування, в той час як у пацієнтів, що відчували подружню задоволеність, в емоційному спектрі превалювало позитивне емоційне забарвлення. Серед дружин хворих спостерігалась схожа тенденція, більша розповсюдженість і вираженість симптомів патологічної тривожності та депресії спостерігалась серед жінок, що відчували подружню незадоволеність.

Таким чином, не дивлячись на наявність у всіх обстежених чоловіків захворювання на ХП, що, безумовно, ставало провокуючим фактором формування в них негативного емоційного тла та реакцій тривожно-депресивного спектру, хворі, які були задоволені подружніми стосунками, продемонстрували значуще кращі показники стану психоемоційної сфери,

ніж пацієнти, незадоволені подружніми взаєминами. Успішність подружніх стосунків в даному випадку ставала амортизатором негативних психогенних ефектів хвороби, що забезпечувало значущу різницю в психоемоційному стані хворих на ХП чоловіків.

**Перспективою подальшої роботи** вбачаємо дослідження особливостей подружнього функціонування хворих та визначення диференційованих мішеней медико-психологічної роботи з даним контингентом, залежно від стану подружніх стосунків.

### Література

1. Комбіноване лікування хворих на хронічний абактеріальний простатит з депресивним синдромом / І. І. Горпинченко, К. Р. Нуріманов, В.С. Савченко [та ін.] // *Здоровье мужчины*. – 2016. – № 58. – С. 69–73.
2. The relationship between prostate inflammation and lower urinary tract symptoms: examination of baseline data from the reduce trial / J. C. Nickel, C. G. Roehrborn, M. P. O'Leary [et al.] // *Eur. Urol.* – 2008. – № 54. – P. 1379–1384.
3. Chronic Prostatitis Collaborative Research Network Study Group. Leukocyte and bacterial counts do not correlate with severity of symptoms in men with chronic prostatitis: the national institutes of health chronic prostatitis cohort study / A. J. Schaeffer, J. S. Knauss, J. R. Landis [et al.] // *J. Urol.* – 2002. – № 168. – P. 1048–1053.
4. Psychosocial mechanisms of the pain and quality of life relationship for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome (CP/CPPS) / A. Krsmanovic, D. A. Tripp, J. C. Nickel [et al.] // *Can. Urol. Assoc. J.* – 2014. – № 8 (11–12). – P. 403–408.
5. PCRN Study G A case-control study of risk factors in men with chronic pelvic pain syndrome / M. A. Pontari, M. McNaughton-Collins, M. P. O'leary [et al.] // *B.J.U. Int.* – 2005. – № 96. – P. 559–565.
6. Predictors of sexual and relationship functioning in couples with Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome / K. B. Smith, D. Tripp, C. Pukall, J. C. Nickel // *J. Sex. Med.* – 2007 May; Vol. 4 (3). – P. 734–744. – doi: 10.1111/j.1743-6109.2007.00466.x.
7. Sexual and relationship functioning in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome and their partners / K. B. Smith, C. F. Pukall, D. A. Tripp, J. C. Nickel // *Arch Sex Behav.* – 2007 Apr; Vol. 36 (2). – P. 301–311.
8. *Потапенко О. А.* Сексуальная дезадаптация супружеской пары при урологической патологии у мужа и ее психотерапия / О. А. Потапенко // *Медицна психологія*. – 2007. – Т. 2, № 1. – С. 66–68.
9. *Доморацкий В. А.* Медицинская сексология и психотерапия сексуальных расстройств / В. А. Доморацкий. – М.: Академический Проект; Культура. – 2009. – 470 с.
10. Критерий качества жизни в психиатрической практике / Н. А. Марута [и др.]; общ. ред. Н. А. Марута. – Х.: РИФ «Арсис», ЛТД, 2004. – 240 с.
11. *Райгородский Д. И.* Практическая психодиагностика / Д. И. Райгородский. – Самара-Бахрах, 1999. – 260 с.
12. Краткий психологический словарь / под ред. А. В. Петровского, М. Г. Ярошевского. – М., 1985.
13. *Спилбергер Ч. Д.* Концептуальные и методические проблемы исследования тревоги / Ч. Д. Спилбергер // *Стресс и тревога в спорте. Международный сборник; Сост. Ю. Л. Ханин*. – М., 1983. – С. 12–24.
14. *Асоцький В. В.* Особливості виявів тривожності у пожежних-рятувальників Державної Служби України з надзвичайних ситуацій / В. В. Асоцький // *Збірник наукових праць Національної Академії Державної Прикордонної Служби України серія: педагогічні та психологічні науки*. – 2014. – № 3 (72). – С. 259–271.

### References

1. Horpynchenko I.I., Nurimanov K.R., Savchenko V.S., Poroshyna T.V., Nedohonova O.A., Drannik H.M. (2016). Kombinovane likuvannia khvorykh na khronichniy abakterialnyi prostatyt z depresyvnym syndromom [Combined treatment of patients with chronic abacterial prostatitis with depressive syndrome]. *Zdorove muzhchyny – Men's health*, vol. 58, pp. 69–73 [in Ukrainian].
2. Nickel J.C., Roehrborn C.G., O'Leary M.P. et al. (2008). The relationship between prostate inflammation and lower urinary tract symptoms: examination of baseline data from the reduce trial. *Eur. Urol.*, vol. 54, pp. 1379–1384.

3. Schaeffer A.J., Knauss J.S., Landis J.R. et al. (2002). Chronic Prostatitis Collaborative Research Network Study Group. Leukocyte and bacterial counts do not correlate with severity of symptoms in men with chronic prostatitis: the national institutes of health chronic prostatitis cohort study. *J. Urol.*, vol. 168, pp. 1048–1053.
4. Krsmanovic A., Tripp D.A., Nickel J.C. et al. (2014). Psychosocial mechanisms of the pain and quality of life relationship for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome (CP/CPPS). *Can. Urol. Assoc. J.*, vol. 8 (11–12), pp. 403–408.
5. Pontari M.A., McNaughton-Collins M., O'leary M.P. et al. (2005). CPCRN Study G A case-control study of risk factors in men with chronic pelvic pain syndrome. *B.J.U. Int.*, vol. 96, pp. 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.*, vol. 4 (3), pp. 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.*, vol. 36 (2), pp. 301–311.
8. Potapenko O.A. (2007). Seksualnaia dezadaptatsiya supruzheskoi pary pry urolohycheskoi patolohyy u muzha y ee psykhoterapiya [Sexual maladaptation of a married couple with urological pathology in her husband and her psychotherapy]. *Medychna psykholohiia – Medical psychology*, vol. 2 (1), pp. 66–68 [in Russian].
9. Domoratskiy V.A. (2009). Medytsynskaia seksolohiya y psykhoterapiya seksualnykh rasstroivstv [Medical sexology and psychotherapy for sexual disorders]. M.: Akademicheskiy Proekt; Kultura, 470 p. [in Russian].
10. Maruta N.A. et al. (2004). *Kryteryi kachestva zhyzny v psykhyatrycheskoi praktyke [Criterion of quality of life in psychiatric practice]*. Kh.: RYF «Arsys», LTD, 240 p. [in Russian].
11. Raihorodskiy D.Y. (1999). *Praktycheskaia psykhodyahnostyka [Practical psychodiagnostics]*. Samara-Bakhrakh, 260 p. [in Russian].
12. Petrovsky A.V., Yaroshevsky M.H. Eds. (1985). *Kratkiy psykholohicheskiy slovar [Brief psychological dictionary]*. M. [in Russian].
13. Spylberher Ch.D. (1983). Kontseptualnie y metodicheskiye problemi yssledovaniya trevohy [Conceptual and methodological problems of anxiety research]. *Stress y trevoha v sporte. Mezhdunar. sb. – Stress and anxiety in sports. International collection*. Yu. L. Khanyn (Ed.). M., pp. 12–24 [in Russian].
14. Asotskiy V.V. (2014). Osoblyvosti vyjaviv tryvozhnosti u pozhezhnykh-riatuvalnykh Derzhavnoi Sluzhby Ukrainy z nadzvychainykh sytuatsii [Peculiarities of anxiety in firefighters and rescuers of the State Emergency Service of Ukraine]. *Zbirnyk naukovykh prats Natsionalnoi Akademii Derzhavnoi Prykordonnoi Sluzhby Ukrainy seriia: pedahohichni ta psykholohichni nauky – Collection of scientific works of the National Academy of the State Border Guard Service of Ukraine series: pedagogical and psychological sciences*, vol. 3 (72), pp. 259–271 [in Ukrainian].

#### **В.А. Кривицкий**

#### **СОСТОЯНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ С РАЗЛИЧНЫМ СОСТОЯНИЕМ СУПРУЖЕСКОЙ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ**

Обследовано 109 мужчин, больных ХП, и их жены. Установлено, что мужчинам, больным ХП, оказались присущими проявления тревожно-депрессивного реагирования, значимо больше выражены среди лиц, недовольных супружескими отношениями. Также для них было характерно преобладание эмоций отрицательного спектра в палитре эмоционального реагирования, в то время как у пациентов, испытывавших супружескую удовлетворенность в эмоциональном спектре превалировала положительная эмоциональная окраска. Среди жен больных наблюдалась похожая тенденция, большая распространенность и выраженность симптомов патологической тревожности и депрессии была среди женщин, которые чувствовали супружескую неудовлетворенность. Таким образом, несмотря на наличие у всех обследованных мужчин заболевания ХП, становилось провоцирующим фактором формирование у них негативного эмоционального фона и реакций тревожно-депрессивного спектра. Больные, которые были удовлетворены супружескими отношениями, продемонстрировали значимо лучшие показатели состояния психоэмоциональной сферы, чем пациенты, недовольные супружескими взаимоотношениями. Успешность супружеских отношений в данном случае становилась амортизатором негативных психогенных эффектов болезни, обеспечивало значимую разницу в психоэмоциональном состоянии больных ХП мужчин.

**Ключевые слова:** хронический простатит, психоэмоциональное состояние, тревожность, депрессия, супружеская удовлетворенность.

*V. Kryvytskyi*

**THE STATE OF THE PSYCHO-EMOTIONAL SPHERE IN PATIENTS WITH CHRONIC PROSTATITIS WITH DIFFERENT STATUS OF MARRIAGE SATISFACTION**

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 (group 1) included 73 (67.0 %) couples with low or low levels of marital satisfaction. The second (group 2) included 36 (33.0 %) married couples who were satisfied with their own relationship. The comprehensive examination included, in addition to standard clinical methods, a clinical-psychological and psychodiagnostic study. As a result of the study, it was found that men with CP were found to have manifestations of anxiety and depression, much more pronounced among people dissatisfied with marital relations. They were also characterized by a predominance of negative spectrum emotions in the palette of emotional response, while in patients experiencing marital satisfaction, the emotional spectrum was dominated by positive emotional coloration. Among the wives of patients, there was a similar trend of greater prevalence and severity of symptoms of pathological anxiety and depression among women who experienced marital dissatisfaction. Thus, despite the presence of CP in all surveyed men, which became a provoking factor in the formation of a negative emotional background and reactions of the anxiety-depressive spectrum, patients who were satisfied with the marital relationship showed significantly better psychoemotional performance than patients, dissatisfied with marital relations. The success of marital relations in this case became a shock absorber of the negative psychogenic effects of the disease, which provided a significant difference in the psycho-emotional state of men with CP.

**Keywords:** *chronic prostatitis, psychoemotional state, anxiety, depression, marital satisfaction.*

*Надійшла до редакції 04.12.2019*

*Кривицький Віталій Олександрович* – здобувач кафедри сексології, медичної психології, медичної і психологічної реабілітації Харківської медичної академії післядипломної освіти; уролог-сексопатолог ТОВ «Медичний центр "Здоров'я"» (м. Харків).

Адреса: Україна, 61176, м. Харків, вул. Амосова, 5.

Тел.: +380509068653

E-mail: [kryvycki2017@gmail.com](mailto:kryvycki2017@gmail.com).

<https://orcid.org/0000-0002-0521-4660>.