



УДК 616.89-008:616.65-006-053.9

DOI: 10.18413/2313-8955-2018-4-4-0-10

В.И. Очколяс

Непсихотические психические расстройства у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы (клиника и терапия)

Николаевская областная психиатрическая больница №1,
ул. Володарского, д. 4, г. Николаев, 54003, Украина
Автор для переписки: В.И. Очколяс (*ochkolyas7@mail.ru*)

Информация для цитирования: Очколяс В.И. Непсихотические психические расстройства у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы (клиника и терапия) // Научные результаты биомедицинских исследований. 2018. Т. 4, N 4. С. 85-96. [Ochkolyas VI. Nonpsychotic mental disorders in patients with benign hypersplasia of the prostate gland (clinic and therapy). Research Results in Biomedicine. 2018;4(4):85-96 (In Russian)]. DOI: 10.18413/2313-8955-2018-4-4-0-10

Аннотация

Актуальность: Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) является наиболее часто встречающимся заболеванием мочеполовой системы у пожилых мужчин, затрудняет социальное функционирование и снижает качество жизни. **Цель исследования:** Разработка подходов к оказанию психотерапевтической помощи больным пожилого возраста с ДГПЖ на основе верификации клинической картины непсихотических психических расстройств. **Материалы и методы:** Обследовано 120 больных с ДГПЖ и непсихотическими психическими расстройствами: 60 человек – лечившихся консервативно и 60 – на этапе подготовки к оперативному вмешательству. Применялись клиничко-психопатологический, психометрический и статистический (описательная статистика, критерий χ^2 для таблиц сопряженности 2x2, коэффициент ранговой корреляции Спирмена) методы исследования. **Результаты:** Установлено, что пограничные психические расстройства наблюдаются у пациентов с ДГПЖ в 84,5%–89,5% случаев. Наиболее представленными были пролонгированные тревожные и тревожно-депрессивные реакции (18,3%–27,5%), апатическая депрессивная и ипохондрическая (8,3%–15,0%), тревожно-фобическая реакция (16,7%) и тревожно-субдепрессивная и тревожная реакции с конверсионными симптомами (13,3% и 11,7%). У пациентов с консервативной терапией симптоматика была умеренно выраженной ($17,5 \pm 0,09$ баллов) и они оценивали качество жизни как «неудовлетворительное» ($3,8 \pm 0,09$ балла), а подлежащие хирургическому лечению обнаруживали ($t > 33,2$ $p < 0,0001$) более выраженную симптоматику ($31,1 \pm 0,4$ балла), а качество жизни оценивали ($t > 10,8$ $p < 0,0001$) как плохое ($5,2 \pm 0,1$ балла). Преобладали тревожный, эгоцентрический и эргопатический типы реагирования на заболевание. **Заключение:** Дифференцированная психотерапия в структуре комплексного лечения больных ДГПЖ с непсихотическими психическими расстройствами должны строится с учетом основного подхода к терапии соматического заболевания. Такой подход позволяет на госпитальном этапе снизить степень выраженности аффективной напря-

женности и страх перед оперативным вмешательством, редуцировать основные психопатологические симптомы и обучить навыкам саморегуляции.

Ключевые слова: доброкачественная гиперплазия предстательной железы; непсихотические психические расстройства; расстройства адаптации; психотерапия

Viktor I. Ochkolyas

Nonpsychotic mental disorders in patients with benign hyperplasia of the prostate gland (clinic and therapy)

Nikolaev Regional Psychiatric Hospital №1
4 Volodarsky St., Nikolaev, 54003, Ukraine

Corresponding author: Viktor I. Ochkolyas (ochkolyas7@mail.ru)

Abstract

Background: Benign prostatic hyperplasia (BPH) is the most common disease of the genitourinary system in elderly men. It hampers social functioning and reduces the quality of life. **The aim of the study:** To develop approaches to the provision of psychotherapeutic care of elderly patients with BPH based on the verification of the clinical picture of nonpsychotic psychiatric disorders. **Materials and methods:** 120 patients with BPH and nonpsychotic psychiatric disorders were examined: 60 patients treated conservatively and 60 patients at the stage of preparation for surgical intervention. The following research methods were used: clinical-psychopathological, psychometric and statistical (descriptive statistics, criterion χ^2 for conjugation tables 2x2, coefficient of rank correlation of Spearman). **Results:** It has been established that borderline mental disorders are observed in patients with BPH in 84.5%–89.5% of cases. The most representative were prolonged anxious and anxious-depressive reactions (18.3%–27.5%), apathic depressive and hypochondriacal (8.3%–15.0%), anxious-phobic reaction (16.7%) and anxiety-subdepressive and anxious reactions with conversion symptoms (13.3% and 11.7%). In patients with conservative therapy, the symptomatology was moderately expressed (17.5±0.09 points) and they assessed the quality of life as "unsatisfactory" (3.8±0.09 points), but those patients subject to surgical treatment were detected ($t > 33.2$ $p < 0.0001$) to have more severe symptoms (31.1±0.4 points), and the quality of life was assessed ($t > 10.8$ $p < 0.0001$) as poor (5.2±0.1 points). Anxious, egocentric and ergopathic types of response to the disease were prevalent. **Conclusion:** Differentiated psychotherapy in the structure of complex treatment of patients with BPH with nonpsychotic psychiatric disorders should be built taking into account the basic approach to the therapy of somatic disease. This approach allows to reduce the degree of intensity of affective tension and fear of surgical intervention at the hospital stage, to reduce the main psychopathological symptoms and to teach skills of self-regulation.

Keywords: benign prostatic hyperplasia; nonpsychotic mental disorders; adaptation disorders; psychotherapy

Введение. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) является наиболее часто встречающимся заболеванием мочеполовой системы у пожилых мужчин [1, 2]. Хотя это не опасное для жизни заболевание, оно влияет на качество

жизни и постепенно снижает самооценку пациента. Частые дизурические явления, прерывание сна для опорожнения мочевого пузыря являются основными жалобами у большинства пациентов [3].

Социальную значимость и актуальность этой проблемы подчеркивают демографические исследования, свидетельствующие о значительном росте населения планеты в возрасте старше 60 лет, темпы которого существенно опережают рост населения в целом [4, 5]. Литературные данные [6, 7, 8] свидетельствуют, что ДГПЖ встречается в 10-20% мужчин 40-летнего возраста и у 90% мужчин 60-70 лет и старше. Важное значение имеет наследственная отягощенность [9].

Установлено [10, 11, 12, 13], что пограничные психические расстройства встречаются в 65% случаев заболевания, а клиническая картина их квалифицируется психопатологическими нарушениями в виде невротических реакций или оформленных состояний, синдромально определяемых как астенические, тревожные, тревожно-депрессивные, депрессивные, ипохондрические и обсессивно-фобические. Перечисленные расстройства чаще всего сопровождаются страхом и интенсивными переживаниями пациентов, связанными с опасениями озлокачествления патологического процесса и развитием рака простаты [14]. В связи с этим пациенты с ДГПЖ нуждаются в тщательной оценке депрессии, беспокойства и соматизации [15]. Это особенно важно в связи с расширением консервативной терапии ДГПЖ [16] и наличием эректильной дисфункции [17, 18].

В то же время наличие выраженных тревожно-депрессивных расстройств у пациентов с ДГПЖ препятствует своевременному обращению за медицинской помощью и является основной причиной отказа от оперативного вмешательства [1, 2, 19, 20].

В связи с этим **целью исследования** была разработка подходов к оказанию психотерапевтической помощи больным пожилого возраста с ДГПЖ на основе верификации клинической картины непсихотических психических расстройств.

Материал и методы исследования

В течение 2010-2011 гг. на базе урологических отделений Николаевской городской и областной больниц обследованы сплошные выборки: 71 пациент с ДГПЖ, получающие консервативную терапию и 67

пациентов на этапе подготовки к оперативному лечению. Из них для дальнейшего исследования отбирались пациенты с непсихотическими психическими расстройствами. Критериями отбора были: достоверно установленный диагноз ДГПЖ, отсутствие в анамнезе алкоголизма и перенесенных черепно-мозговых травм, наличие непсихотических психических расстройств. В процессе отбора для исследования в 1 группе НПП выявлялись у 84.5%, а во 2-й – у 89.5% человек. В результате выборку составили 120 больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы: 60 пациентов получающих консервативную терапию (первая группа) и 60 – подлежащих оперативному лечению (вторая группа). Все пациенты были в возрасте от 53 до 74 ($65,9 \pm 0,4$) лет.

Основными методами исследования были: клинико-психопатологический, психометрический (методика диагностики депрессивных состояний Зунге, тест личностной и ситуативной тревожности Спилберга-Ханина, методика диагностики оперативной оценки самочувствия, активности, настроения, тест ТОБОЛ, шкала IPSS (International Prostate Symptom Score) – международная система суммарной оценки симптомов болезней простаты в баллах), статистический (описательная статистика, критерий χ^2 для таблиц сопряженности 2x2) и катamnестический (со сроком катamnеза 1 год).

Исследование проводилось в три этапа. Первый этап – диагностический, заключался в анализе и оценке социально-демографических, анамнестических, клинико-психопатологических характеристик, а также проводилось психометрическое обследование. В результате устанавливался функциональный, индивидуализированный диагноз, включающий ведущий синдром, тип акцентуации характера, тип реакции на болезнь, а также степень выраженности цереброваскулярной патологии. На втором этапе разрабатывалась и реализовывалась дифференцированная программа психотерапии. Для этого пациенты обеих групп были разделены на 2 подгруппы: получающих психотерапию и подгруппу сравнения (без

психотерапии) по 30 человек в каждой подгруппе. Третий этап заключался в оценке эффективности разработанных алгоритмов психотерапии.

Результаты и их обсуждение. Клиническая структура выявленных непсихотических психических расстройств представлена в таблице 1.

Таблица 1

Клиническая структура психических расстройств у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы

Table 1

The clinical structure of mental disorders in patients with benign prostatic hyperplasia

№ п/п	Типы психогенных реакций	1 группа		2 группа		Всего	
		n	%	n	%	n	%
1	Пролонгированная тревожная реакция	14	23,3	19	31,7	33	27,5
2	Пролонгированная тревожно-депрессивная реакция	11	18,3	17	28,3	28	23,3
3	Пролонгированная тревожно-фобическая реакция	10	16,7	10	16,7	20	16,7
4	Пролонгированная тревожно-субдепрессивная реакция с полиморфным психопатоподобным синдромом	8	13,3	-	-	8	6,7
5	Пролонгированная тревожная реакция с конверсионными симптомами	7	11,7	-	-	7	5,8
6	Пролонгированная апатическая депрессивная реакция	5	8,3	9	15	14	11,7
7	Пролонгированная ипохондрическая реакция	5	8,3	5	8,3	10	8,3
ИТОГО		60	100	60	100	120	100

Как видно из табл. 1, в обеих группах наиболее представленными были пролонгированные тревожные и тревожно-депрессивные реакции – соответственно 23,3% и 18,3% в первой группе, 27,5% и 23,3% – во второй. Апатическая депрессивная и ипохондрическая реакции встречались одинаково часто – по 8,3% в 1 группе, и в 15,0% и 8,3% случаев, соответственно, во второй. Тревожно-фобическая реакция встречалась у пациентов первой группы и второй группы также одинаково часто – по 16,7%. Пролонгированная тревожно-субдепрессивная реакция с полиморфным психопатоподобным синдромом и пролонгированная тревожная реакция с конверсионными симптомами встречались только в первой группе: в 13,3% и 11,7% случаях.

Клиническая картина *пролонгированной тревожной реакции* в обеих группах на начальных этапах была одинаковой и про-

текала на фоне астенических расстройств в рамках церебро-вазкулярных заболеваний, которые были, по сути, облигатным симптомом при всех реакциях и проявлялись снижением работоспособности, повышенной утомляемостью, общей слабостью. В переживаниях преобладали тревожные опасения за состояние здоровья, за свое будущее. Прослеживалась отчетливая зависимость степени выраженности жалоб и тревоги от переживаемого больным нарушения мочеиспускания. Характерным было преувеличение тяжести всех болезненных переживаний с чувством жалости к себе, повышенной слезливостью, пессимистическим отношением к своему будущему. Больные второй группы тяжело переносили медицинские манипуляции, бурно реагировали на боль, опасались предстоящей операции. Пациенты характеризовались умеренной личностной тревожностью (34,1-38,7 балла).

Уровень ситуативной тревожности ($t > 2,1$ $p < 0,05$) в первой группе был умеренным ($39,5 \pm 1,3$ балла), а во второй – высоким ($49 \pm 1,1$ балла). Во второй группе также выявлены более высокие ($t > 4,3$ $p < 0,01$) показатели депрессии: $61,5 \pm 2,2$ и $50,3 \pm 1,4$ балла соответственно, что объясняется стрессовой тревогой и опасениями неблагоприятного исхода оперативного вмешательства.

Пролонгированная тревожно-депрессивная реакция характеризовались сниженным настроением и тревогой, определявшими мышление и поведение больных. Прослеживалось некоторое замедление мышления с тревожными размышлениями о будущем, снижением интереса к привычным занятиям. Соматовегетативные функции характеризовались снижением аппетита, диссомническими расстройствами (ранние просыпания, частые пробуждения по ночам, сонливость в дневное время). Начало появления тревожно-депрессивных нарушений в первой группе четко связано с установлением диагноза ДГПЖ и предложением консервативного лечения. Во второй группе тревожно-депрессивная симптоматика была более выражена, что связано с длительным периодом обследования, опасениями перед оперативным вмешательством. По результатам опросника САН пациенты оценивали свое состояние как неблагоприятное, причем показатели во второй группе по всему спектру: самочувствие-активность-настроение были статистически достоверно ниже ($p < 0,0001$), чем в первой. Аналогично во второй группе были более высокие ($p < 0,0001$) показатели ситуативной тревоги ($46,9 \pm 1,6$ балла) и депрессии ($60,8 \pm 2,8$ балла).

Тревожно-фобические реакции возникали у пациентов с тревожно-мнительными личностными характеристиками. В эмоциональной сфере первые проявления тревожно-фобического реагирования возникали на диагностическом этапе при ожидании установления диагноза. Нарушался сон, возникали канцерофобии. При усилении тревоги и мыслях о возможном раковом заболевании появлялось сердцебиение, потливость, похолодание конечностей. Пациенты фиксировались на своих переживаниях, пере-

ставали заниматься домашними делами, погружались в переживание болезни. Обострялись симптомы ЦВЗ – появлялась повышенная слезливость, сентиментальность. Уровень ситуативной тревожности ($t > 3,7$ $p < 0,01$) в первой группе был умеренным ($41,1 \pm 1,5$ балла), а во второй – высоким ($50,2 \pm 1,9$ балла). Также во второй группе была более выражена ($p < 0,001$) депрессия ($64,6 \pm 2,5$ балла).

При *пролонгированной тревожно-субдепрессивной реакции с полиморфными психопатоподобными расстройствами* в клинической картине на первый план выступала тревожность и подавленность с ощущением внутреннего беспокойства, которые сочетались со вспышками то раздражительности, то демонстративными, требованиями к себе повышенного внимания, высказывали обиды, были придирчивыми, подозрительными, злопамятными, с тревогой опасались за собственное здоровье, будущее. Пациенты обеих групп оценивали свое состояние как неблагоприятное, акцентируя внимание на неудовлетворенности самочувствием, активностью, самочувствием и настроением. Аналогично отмечался умеренный уровень личностной и ситуативной тревожности, а также легкая депрессия ($50,3 \pm 2,1$ балла).

Пролонгированные тревожные реакции с конверсионными симптомами проявлялись внутренним напряжением, тревогой за свое состояние и «утрату мужских качеств». В периоды семейных конфликтов пациенты жаловались, что «они болеют, а на них никто из родных не обращает внимание». У них немели конечности, становился сиплым голос, терялась чувствительность «по типу носков». Все мысли были направлены на заболевание, они много раз консультировались у различных специалистов, беспокоились, что заболевание будет прогрессировать. Характерны диссомнические расстройства. Когнитивный компонент был представлен опасениями за свое здоровье и за будущее. Отмечались незначительно выраженные волевые нарушения – некоторая социальная пассивность, снижение круга интересов, ограничение контактов. Показатели личностной тревожности составили

32,6±2,8 балла, а реактивной 38,1±1,8, что объясняется присущей большинству пациентов данной группы способностью к вытеснению, притворству. Теста Зунге выявил у них легкую депрессию (54,3±1,7 балла).

Пролонгированная апатическая депрессивная реакция определялась дефицитом побуждений с падением жизненного тонуса. Преобладало чувство отрешенности от прежних желаний, безучастность к окружающему, переживания безразличия, отсутствие инициативы, желаний, стремления действовать. Все их поступки были как бы лишены внутреннего смысла, совершались в силу необходимости. При углублении депрессии на первый план выдвигались ощущение внутреннего дискомфорта, мрачная угнетенность, связанные с осознанием происшедших изменений в жизни, а также с заболеванием ДГПЖ. По опроснику САН пациенты обеих групп оценивали свое состояние как неблагоприятное, при этом показатели во второй группе ($p < 0,01$) были более неблагоприятные. В обеих группах определялась умеренная личностная тревожность, а во второй группе ситуативная тревожность была более высокой, чем в первой ($p < 0,05$), соответственно 41,6±1,4 и 48,6±2,2 балла. Шкала Зунга выявила легкую депрессию в первой группе (51,5±2,0 балла) и субдепрессивное состояние ($p < 0,01$) во второй (64,3±3,1 балла).

Пролонгированная ипохондрическая реакция проявлялась преувеличенными опа-

сениями за состояние своего здоровья на фоне повышенной тревожности, страха за последствия, попытками анализа причин возникновения заболевания. Пациенты читали литературу о своем заболевании, в результате появлялась ипохондрическая детализация мышления, проявляющаяся в рассуждениях о причинах заболевания, отдельных симптомах, переоценке симптомов расстройства мочеиспускания. Нарушался сон, периодами были неприятные сновидения, связанные с интерпретацией пациентами возможных последствий заболевания. У больных ограничивались контакты с окружающими, некоторые из них тщательно регламентировали распорядок дня, режим питания, строго следили за временем мочеиспускания и количеством мочи. По тесту САН пациенты обеих групп оценивали свое состояние как неблагоприятное, причем показатели второй группы были более низкими ($p < 0,0001$). Личностная тревожность в обеих группах была умеренной, а уровень ситуативной тревожности во второй группе оценивался как высокий – 48,6±2,8 балла ($t > 2$ $p < 0,05$). У пациентов первой группы по шкале Зунге выявлена легкая депрессия ситуационного характера (53,2±2,2 балла), а во второй ($t > 4,1$ $p < 0,0001$) – субдепрессивное состояние (62,2±3,6 балла).

Результаты психометрического исследования больных с ДГПЖ первой и второй группы представлены в таблице 2.

Таблица 2

**Результаты психометрического исследования
больных с ДГПЖ первой и второй группы**

Table 2

**Results of the psychometric research in
patients with BPH of the first and second groups**

Метод психологического исследования		I группа		II группа		t>	p<
		M	m	M	m		
САН	Самочувствие	3,9	0,03	3,0	0,09	10	0.0001
	Активность	3,9	0,03	3,0	0,08	11,2	0.0001
	Настроение	3,9	0,03	3,0	0,1	9	0.0001
Спилбергера-Ханина	Личн. тр.	32,8	0,9	38,7	0,9	4,5	0.0001
	Ситуат. тр.	40,3	0,6	48,5	0,8	8,2	0.0001
Шкала Зунге	Депрессия	51,4	0,6	62,3	1,2	8,1	0.0001
IPSS		17,5	0,09	31,1	0,4	33,2	0,0001
QOL		3,8	0,09	5,2	0,1	10,8	0,0001

Как видно из таблицы 2, опросник САН выявил, что пациенты первой и второй группы оценивали свое состояние как неблагоприятное. Показатели отражали их неудовлетворенность активностью, здоровьем (самочувствием), а также эмоциональным состоянием (настроением). Хотя показатели функционального психоэмоционального состояния пациентов первой и второй группы были примерно на одном уровне, тем не менее они статистически достоверно ($p < 0,0001$) более низкие, чем во второй.

Тест Спилбергера-Ханина показал, что пациенты первой и второй группы отличались умеренной личной тревожностью: $32,8 \pm 0,9$ балла и $38,7 \pm 0,9$ балла соответственно, хотя различия статистически достоверны. В то же время показатели реактивной тревожности (как состояния), обусловленного переживаниями, связанными с заболеванием ДГПЖ у пациентов первой группы были умеренными ($40,3 \pm 0,6$ балла), а во второй группе ($p < 0,0001$) носили более выраженный характер ($48,5 \pm 0,8$ балла).

Шкала депрессии Зунга выявила легкую депрессию в первой группе – $51,4 \pm 0,6$

балла, а у пациентов второй группы степень выраженности депрессии была более высокой ($p < 0,0001$) и характеризовалась наличием субдепрессивного состояния ($62,3 \pm 1,2$ балла).

Средний балл по Международной системе суммарной оценки симптомов и качества жизни больных при заболеваниях предстательной железы (IPSS) пациентов первой группы составил $17,5 \pm 0,09$ балла, что свидетельствует об умеренно выраженной симптоматике. При этом пациенты первой группы оценивали свое качество жизни, в общем как неудовлетворительное ($3,8 \pm 0,09$ балла). Пациенты же второй группы выявляли у себя более выраженную симптоматику ($t > 33,2$ $p < 0,0001$) ДГПЖ ($31,1 \pm 0,4$ балла), а качество жизни оценивали ($t > 10,8$ $p < 0,0001$) как плохое ($5,2 \pm 0,1$ балла).

Результаты корреляционного анализа по ряду параметров: уровень депрессии, ситуативной и личностной тревожности, самочувствие, активность, настроение с показателями IPSS и QOL представлены в таблице 3.

Таблица 3

**Результаты корреляционного анализа
психометрических показателей больных ДГПЖ 1 и 2 группы**

Table 3

**Results of the correlation analysis of psychometric parameters of patients with BPH
of groups 1 and 2**

№ п/п	Корреляционные пары		r	p<
1	IPSS	QOL	-0,63	0,000001
2	IPSS	Депрессия	0,6	0,000001
3	IPSS	Личностная тревожность	0,34	0,00013
4	IPSS	Ситуативная тревога	0,52	0,000001
5	IPSS	Самочувствие	-0,56	0,000001
6	IPSS	Настроение	-0,5	0,000001
7	QOL	Депрессия	-0,45	0,000001
8	QOL	Личностная тревожность	-0,32	0,00042
9	QOL	Ситуативная тревога	-0,5	0,000001
10	QOL	Самочувствие	0,47	0,000001
11	QOL	Настроение	0,43	0,000001

Как видно из таблицы, качество жизни пациентов (QOL) находится в обратной корреляционной зависимости от степени выраженности симптомов ДГПЖ. В свою очередь,

глубина симптомов ДГПЖ имеет прямую корреляционную зависимость со степенью выраженности депрессии, личностной и ситуативной тревожности, и обратную – с само-

чувствием и настроением пациентов. Также выявлена обратная корреляционная зависимость качества жизни с депрессией, личностной и ситуативной тревожностью и прямая – с самочувствием и настроением, что свидетельствует об определенной зависимости аффективных расстройств от нарушения качества жизни пациента.

Согласно полученным данным опросника ТОБОЛ для больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы наиболее характерными являются тревожный и смешанные с ним типы реагирования на заболевание. Результаты отражены в таблице 4.

Таблица 4

Типы отношения к болезни (результаты теста ТОБОЛ)

Table 4

Types of attitude towards the disease (test results)

№ п/п	Тип отношения к болезни	Первая группа		Вторая группа		ВСЕГО	
		n	%	n	%	n	%
1	Тревожный	40	66,6	42	70,0	82	68,3
2	Эгоцентрический	12	20,0	4	6,66	16	13,3
3	Эргопатический	4	6,66	4	6,66	8	6,7
4	Анозогностический	1	1,66	3	5,0	4	3,3
5	Меланхолический	1	1,66	2	3,33	3	2,5
6	Дисфорический	2	3,33	0	–	2	1,7
7	Апатический	0	–	2	3,33	2	1,7
8	Паранойяльный	0	–	3	5,0	3	2,5
ИТОГО		60	100	60	100	120	100

Как видно из таблицы 4, в подавляющем большинстве случаев (66-70%) у пациентов обеих групп выявлялся тревожный тип реагирования на болезнь. Данное обстоятельство объясняется тем, что психологический профиль больных ДГПЖ характеризуется высокими показателями личностной и ситуативной тревожности, а также депрессии с фиксацией на заболевании и оценкой своего состояния как неблагоприятного, что в сочетании с высоким удельным весом тревожно-мнительного радикала в преморбидно-личностной структуре обуславливает доминирующий (66,7%) тревожный тип отношения к болезни.

Для пациентов с *тревожным типом отношения к болезни* были характерными непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений неэффективности и даже опасности лечения. Они старались искать новые способы лечения, получить от врача дополнительную информацию о болезни и методах лечения. Пациенты часто интересовались объективными

данными (результаты анализов, заключения специалистов). Их настроение характеризовалось как тревожное. Как следствие тревоги отмечалось угнетенность настроения и психической активности. Сочетание данного типа отношения к болезни с другими типами (неврастеническим, сенситивным, паранойяльным меланхолическим и ипохондрическим) еще более усугубляло картину: отмечалось чрезмерное сосредоточение на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях; преувеличение действительных и выискивание несуществующих болезней и страданий; преувеличение неприятных ощущений в связи с побочными действиями лекарств и диагностических процедур. Для некоторых пациентов (при тревожно-неврастеническом типе) были характерны даже вспышки раздражения, особенно при неприятных ощущениях, при неудачах лечения, хотя в последующем они довольно критически относились к своим такого рода поступкам и необдуманным словам. Сочетание тревожно-сенситивного типов отмечалось у пациен-

тов чрезмерной ранимостью, уязвимостью, озабоченностью возможными неблагоприятными впечатлениями, которые могут произвести на окружающих сведения об их болезни. При этом их колебания настроения были связаны чаще с межличностными контактами.

Пациенты с *эгоцентрическим типом отношения к заболеванию* ДГПЖ, наоборот искали выгоду в связи с болезнью. Это проявлялось в том, что они демонстрировали всем окружающим, не только близким им людям, свои страдания и переживания. При этом основной целью данного поведения являлось желание вызвать сочувствие, завладеть их вниманием. Они требовали заботы о себе, не считаясь с проблемами других.

Эргопатический тип отношения к болезни характеризовался стеническим отношением к работе. При этом некоторые пациенты даже отмечали, что их желание заниматься работой в период заболевания ДГПЖ было выражено еще в большей степени, чем до болезни. Они проявляли избирательное отношение к обследованию и лечению.

Основной характеристикой *анозогностического типа отношения к болезни* является активное отбрасывание мысли о болезни, о возможных ее последствиях, вплоть до отрицания очевидного. Такие пациенты, даже не смотря на тяжесть заболевания, демонстрировали желание продолжать получать от жизни все, что и ранее, несмотря на болезнь.

Довольно пессимистический взгляд на все вокруг проявляли пациенты с *меланхолическим (витально-тоскливым) отношением к заболеванию* ДГПЖ. Они высказывали неверие в выздоровление, в возможное улучшение, в эффект лечения, сомневались в успехе лечения даже при благоприятных объективных данных и удовлетворительном самочувствии.

Дисфорический (агрессивный) тип отношения к болезни был выявлен только у 2 пациентов первой группы. У них доминировало несколько озлобленное настроение, они имели недовольный вид. Они требовали особого внимания к себе, и даже проявляли подозрительность к процедурам и лечению,

и непосредственно к данному исследованию.

2 пациентов второй группы с *анатическим отношением к болезни* проявляли безразличие к своей судьбе, к исходу болезни, к результатам лечения. Они пассивно подчинялись процедурам и лечению, чаще при настойчивом побуждении со стороны родственников. В поведении, деятельности и межличностных отношениях проявляли вялость и апатию

Некоторая подозрительность и настроенность к разговорам о себе, к лекарствам и процедурам отмечалась у пациентов с *паранойальным типом отношения к болезни* (у 3 пациентов второй группы).

На втором этапе исследования проводилась разработка и реализация психотерапевтической программы, основанной на современных психотехнологиях нейролингвистического программирования, эриксоновского гипноза и гештальттерапии и состоящей из трех частей: вводной, терапевтической и обучения навыкам саморегуляции.

Вводная часть состояла из разъяснительной психотерапии, а задачей было установление эффективного терапевтического контакта с пациентом и мотивация его на психотерапию и овладение методами саморегуляции. Продолжительность первой части 1-2 сеанса. Вторая часть – собственно психотерапия. Основной задачей было устранение болезненных симптомов. Для этого проводилась коррекция эмоциональной реакции на факт диагностики ДГПЖ, усиление лечебно-охранительного режима, дезактуализация психогении, формирование положительной жизненной установки, активизация ресурсов пациента. Применялись известные техники нейролингвистического программирования (коллапс якорей, генерирование ресурсов, линия времени и изменение личной истории, метод трехместной диссоциации), эриксоновский гипноз, техники гештальттерапии, направленные на редукцию эмоционального напряжения (превращение чувств в образы с последующим отреагированием неприятных эмоций), «два стула». Третья часть – обучение навыкам саморегуляции. Пациенты обучались самогипнозу, схема которого адаптирова-

лась с учетом интеллекта и ведущей модальности пациента.

Целью психотерапии при консервативном лечении было устранение болезненных симптомов (тревоги и депрессии, а также поведенческих нарушений) и обучение навыкам саморегуляции. При оперативном лечении целями психотерапии были: в дооперационном периоде: снижение уровня тревоги и устранение страха перед операцией. Применялись техники присоединения ресурсов, нейтрализации тревоги, возрастной прогрессии (мысленное перемещение в послеоперационный период с присоединением ресурса). В послеоперационном периоде (2-3 сеанса): психологическая поддержка, активизация внутренних ресурсов и жизненной позиции, устранение тревожных опасений при фобических расстройствах.

Спустя 6 месяцев после окончания индивидуальной психотерапии и продолжения занятиями самогипнозом в первой группе симптомы непсихотических психических расстройств были редуцированы, а показатели самочувствия, активности и настроения существенно улучшились. Во всех случаях было состояние без депрессии, снизилась ситуативная тревога до «состояния без тревоги», нормализовались показатели по тесту САН. Во второй группе у пациентов также была редукция психопатологической симптоматики непсихотического регистра, статистически достоверно улучшились все показатели по тесту САН – самочувствие, активность, настроение нормализовались. По тесту Зунге диагностировалось состояние без депрессии, а по тесту Спилбергера-Ханина – легкая ситуативная тревожность (ближе к состоянию без тревоги).

Заключение. Таким образом, в результате исследования установлено, что при доброкачественной гиперплазии предстательной железы у мужчин пожилого возраста, получающих консервативное лечение, по нашим данным, в 84,5% случаев обнаруживаются непсихотические психические расстройства, а у подлежащих оперативному лечению – в 89,5% случаев. Клиническая картина непсихотических психических расстройств у больных ДГПЖ представлена пролонгированными тревожными и тревож-

но-депрессивными реакциями, занимающими 50,8% случаев. Реже встречаются апатическая депрессивная и ипохондрическая реакции (20%). Тревожно-фобическая и тревожно-субдепрессивная реакция с полиморфным психопатоподобным синдромом чаще встречаются при консервативном лечении соответственно: в 16,7% и 13,3% случаев. Степень выраженности тревоги и депрессии статистически достоверно преобладает в группе с оперативным лечением и коррелирует с тяжестью основных симптомов ДГПЖ, которая существенно выше, чем в группе с консервативным лечением. В формировании личностных реакций на ДГПЖ существенную роль играют преморбидно-личностные особенности пациентов, обуславливающие основные симптомы реагирования, что важно учитывать при разработке программы психотерапии. Астеническая симптоматика, имеющаяся у пациентов в рамках церебро-васкулярной патологии облегчала формирование реакций на болезнь. Дифференцированная психотерапия в структуре комплексного лечения больных ДГПЖ с непсихотическими психическими расстройствами должны строиться с учетом основного подхода к терапии соматического заболевания и включает три этапа: индивидуальная психотерапия, обучение навыкам самогипноза и, собственно, регулярные занятия пациентом самогипнозом. Такой подход позволяет на госпитальном этапе снизить степень выраженности аффективной напряженности и страх перед оперативным вмешательством, редуцировать основные психопатологические симптомы и обучить навыкам саморегуляции.

В отношении данной статьи не было зарегистрировано конфликта интересов.

Список литературы

1. Не просто простата: проблемы доброкачественной гиперплазии предстательной железы у пожилых / А.Л. Верткин [и др.] // Фарматека. 2009. № 9. С. 50-55.
2. Emberton M., Martorana G. BPH: Social impact and patient's perspective // Eur. Urol. Suppl. 2006. № 5. P. 991-996.
3. Кривобородов Г.Г., Тур Е.И., Соловьев В.В. Применение препаратов Цернилтон и Цер-

нилтон Форте в лечении хронического простатита и симптомов нижних мочевыводящих путей вследствие доброкачественной гиперплазии предстательной железы // Эффективная фармакотерапия. 2013. N 26. С. 48-53.

4. Сивков А.В. Медикаментозная терапия доброкачественной гиперплазии предстательной железы // Доброкачественная гиперплазия предстательной железы / под ред. Н.А. Лопаткина; Всерос. о-во урологов. М., 1997. С. 67-83.

5. Dornas M.C., Damião R., Carrerette F.B. Tratamento contemporâneo não cirúrgico da hiperplasia prostática benigna // Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ. 2010. 9, supl. 1: 48 Congresso do HUPE «Saúde do Homem». P. 35-39.

6. Аляев Ю.Г., Григорян В.А., Чиненов Д.В. Диагностика и лечение доброкачественной гиперплазии предстательной железы // Лечащий врач. 2007. N 4. С. 70-73.

7. Сетегис при лечении доброкачественной гиперплазии предстательной железы. Интермиттирующий режим дозирования / Т.С. Перепанова [и др.] // Русский медицинский журнал. 2004. N 24. С. 1458-1461.

8. Importance of understanding the epidemiology and natural history of BPH / M.J. Barry [et al.] // The international consultation on benign prostatic hyperplasia (BPH), Paris, June 26-27, 1991 : proceedings / eds.: A.T.K. Cockett, Y. Aso, C. Chatelain [et al.] Paris, 1992. P. 13-21.

9. Lim K.B. Epidemiology of clinical benign prostatic hyperplasia // Asian. J. Urol. 2017. Vol. 4(3). P. 148-151.

10. Данилин И.Е. Пограничные психические расстройства у больных с опухолями предстательной железы: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2003. 24 с.

11. Захарушкина Т.С. Психические расстройства при доброкачественной гиперплазии предстательной железы на различных этапах оперативного лечения: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2001. 25 с.

12. Захарушкина Т.С., Абоян И.А., Павлов С.В. Психические расстройства при доброкачественной гиперплазии предстательной железы // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2001. Т. 101, N 12. С. 29-31.

13. Захарушкина Т.С., Абоян И.А., Павлов С.В. Качество жизни пациентов, страдающих доброкачественной гиперплазией простаты // Социальная и клиническая психиатрия. 2002. Т. 11, N 1. С. 77-80.

14. Марилов В.В., Данилин И.Е. Психические расстройства у больных опухолями пред-

стательной железы в сравнительном аспекте // Социальная и клиническая психиатрия. 2005. Т. 15, N 4. С. 23-27.

15. The relationship between depression, anxiety, somatization, personality and symptoms of lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic hyperplasia / J.S. Koh [et al.] // Psychiatry Investigation. 2015. Vol. 12(2). P. 268-273.

16. Effects of withdrawing α 1-blocker from combination therapy with α 1-blocker and 5 α -reductase inhibitor in patients with lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic hyperplasia: a prospective and comparative trial using urodynamics / Y. Matsukawa [et al.] // J. Urol. 2017. Vol. 198(4). P. 905-912.

17. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы: возможность применения ингибиторов фосфодиэстеразы 5-го типа / А.О. Васильев [и др.] // Медицинский совет. 2016. N 19. С. 109-113.

18. Пушкарь Д.Ю., Раснер П.И., Скобелев П.И. Современные возможности скрининга рака простаты у пациентов с ДГПЖ до и после оперативного лечения: обзор // Урология. 2001. N 6. С. 48-54.

19. Зеленский А.И. Сексуальные расстройства при доброкачественной гиперплазии предстательной железы у молодых мужчин // Медицинская психология. 2007. N 4. С. 105-107.

20. Яхин К.К., Нуртдинов А.Р., Ситдыкова М.Э. Особенности личности и психического состояния пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы // Медицинский вестник Башкортостана. 2017. Т. 12, N 4. С. 21-24.

Reference

1. Vertkin AL, Rodyukova IS, Galkin IV, et al. [Not just the prostate: the problems of benign prostatic hyperplasia in the elderly]. Farmateka. 2009;9:50-55. Russian.

2. Emberton M, Martorana G. BPH: Social impact and patient's perspective. Eur. Urol. Suppl. 2006;5:991-996.

3. Krivoborodov GG, Tur EI, Solovev VV. [The use of drugs Cernilton and Cernilton Forte in the treatment of chronic prostatitis and symptoms of the lower urinary tract due to benign prostatic hyperplasia]. Effektivnaya farmakoterapiya. 2013;26:48-53. Russian.

4. Sivkov AB. [Drug therapy for benign prostatic hyperplasia]. In Lopatkin NA, editor. Dobrokachestvennaya giperplaziya predstatelnoj zhelezy [Benign prostatic hyperplasia]. Moscow: Vseros. o-vo urologov; 1997. P. 67-83. Russian.

5. Dornas MC, Damião R, Carrerette FB. Tratamento contemporâneo não cirúrgico da hiperplasia prostática benigna // Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ. 2010; 9(1): 48. Congresso do HUPE «Saúde do Homem». P. 35-39.
6. Alyayev YuG, Grigoryan VA, Chinenov DV. [Diagnosis and treatment of benign prostatic hyperplasia]. Lechashhij vrach. 2007;4:70-73. Russian.
7. Perepanova TS, Maksimov VA, Davydova EN, et al. [Setegis in the treatment of benign prostatic hyperplasia. Intermittent dosing regimen]. Russkij meditsinskij zhurnal. 2004;24:1458-1461. Russian.
8. Barry MJ, Beckley S, Boyle P, et al. Importance of understanding the epidemiology and natural history of BPH. In: Cockett ATK, Aso Y, Chatelain C [et al.], editors. Proceedings of the international consultation on benign prostatic hyperplasia (BPH); 1991 June 26-27 Paris. P. 13-21.
9. Lim KB. Epidemiology of clinical benign prostatic hyperplasia. Asian. J. Urol. 2017;4(3):148-151.
10. Danilin IE. [Borderline mental disorders in patients with tumors of the prostate] [dissertation]. Moscow; 2003. Russian.
11. Zakharushkina TS. [Mental disorders in benign prostatic hyperplasia at various stages of surgical treatment] [dissertation]. Moscow; 2001. Russian.
12. Zakharushkina TS, Aboyan IA, Pavlov SV. [Mental disorders in benign prostatic hyperplasia]. Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova. 2001;101(12):29-31. Russian.
13. Zakharushkina TS, Aboyan IA, Pavlov SV. [Quality of life of patients with benign prostatic hyperplasia]. Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya. 2002;11(1):77-80. Russian.
14. Marilov VV, Danilin IE. [Psychiatric disorders in patients with tumors of the prostate gland in a comparative aspect]. Sotsialnaya i klinicheskaya psikiatriya. 2005;15(4):23-27. Russian.
15. Koh JS, Ko HJ, Wang S-M, et al. The relationship between depression, anxiety, somatization, personality and symptoms of lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic hyperplasia. Psychiatry Investigation. 2015;12(2): 268-273.
16. Matsukawa Y, Takai S, Funahashi Y, et al. Effects of withdrawing α 1-blocker from combination therapy with α 1-blocker and 5 α -reductase inhibitor in patients with lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic hyperplasia: a prospective and comparative trial using urodynamics. J. Urol. 2017;198(4):905-912.
17. Vasil'ev AO, Govorov AV, Kasyan GR, et al. [Benign prostatic hyperplasia: the possibility of using phosphodiesterase type 5 inhibitors]. Meditsinskij sovet. 2016;19:109-113. Russian.
18. Pushkar DYU, Rasner PI, Skobelev PI. [Modern possibilities for screening prostate cancer in patients with BPH before and after surgery: a review]. Urologiya. 2001;6:48-54. Russian.
19. Zelenski AI. [Sexual disorders in benign prostatic hyperplasia in young men]. Meditsinskaya psikhologiya. 2007;4:105-107. Russian.
20. Yakhin KK, Nurtidinov AR, Sitdykova ME. [Features of the personality and mental state of patients with benign prostatic hyperplasia]. Meditsinskij vestnik Bashkortostana. 2017;12(4):21-24. Russian.

Информация об авторе

Виктор Иванович Очколяс, кандидат медицинских наук, председатель судебно-психиатрической экспертной комиссии Николаевской областной психиатрической больницы №1 (Украина).

Information about the author

Viktor I. Ochkolyas, Candidate of Medical Sciences, Chairman of the Forensic Psychiatric Expert Commission of Nikolaev Regional Psychiatric Hospital №1 (Ukraine).

Статья поступила в редакцию 17 июля 2018 г.
Receipt date 2018 July 17.

Статья принята к публикации 26 августа 2018 г.
Accepted for publication 2018 August 26.