

Психологічні розлади у хворих із доброякісною гіперплазією передміхурової залози

М.Д. Квач

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ

Сексуальна сфера є важливою складовою подружнього життя. Розлади, спричинені гіперплазією передміхурової залози або запальними процесами, зумовлюють стійкі психологічні порушення, що призводять до розвитку соціально-психологічної дезадаптації, сексуальної дисфункції та інших розладів і негативно впливають на всі сфери подружнього життя. При доброякісній гіперплазії передміхурової залози розвивається тривала та стійка депресія із превалюванням агресивного, ворожого та істероїдного типів акцентуації характеру. Ступінь психологічних розладів залежить від тривалості та ефективності комплексного лікування еректильної дисфункції.

Ключові слова: гіперплазія передміхурової залози, еректильна дисфункція, якість життя, психологічні порушення.

Однією із найбільш вагомих і актуальних проблем сучасного комплексного лікування хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози (ДГПЗ) та еректильну дисфункцію (ЕД) є підвищення якості їх життя. У осіб із зазначеними формами патологій розвиваються стійкі психологічні порушення, що призводять до розвитку соціально-психологічної дезадаптації, сексуальної дисфункції, інших розладів та негативно впливають на всі сфери подружнього життя і міцність шлюбу. Сексуальна дезадаптація подружньої пари тяжко переживають хворі, але також їхні дружини, спричинюючи тривалу або статичну дисгармонізацію (Захарушкин Т.С., 2002; Пушкарь Д.Ю., 2003; Афанасьев И.Е., 2006). Психогенну ЕД переважно діагностують у чоловіків молодого віку (у понад 70% випадків), тоді як у пацієнтів зрілого віку психічні розлади спостерігають лише у 10% хворих. При цьому чоловіки, які мають симптоми ДГПЗ, в 70–80% випадків вважають надзвичайно важливим чинником повноцінного сімейного життя наявність саме статевої її складової, яка в цих умовах суттєво порушується (Burger B., 1999; CalaisDaSilva F., 1997).

Метою нашої роботи було психодіагностичне дослідження хворих на ДГПЗ із розвитком ЕД.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Об'єктом дослідження стала група хворих на ДГПЗ у кількості 50 чоловіків з депресивною симптоматикою, що перебували на стаціонарному лікуванні. Вираженість депресивних розладів визначали за допомогою діагностичних критеріїв за шкалою Бека та Рассела–Фергюсона. Зміни акцентуації характеру хворих визначали за допомогою шкали Лірі. Критерієм включення пацієнтів в дослідження вважали розвиток психологічних розладів та ЕД на тлі ДГПЗ. Середній вік хворих склав 41,50,9 року. Клініко-психологічне дослідження проводили при включенні хворих до відповідних груп обстеження в період з 3-го по 8-й день госпіталізації до стаціонару. Для уніфікації отриманих результатів дослідження кожний хворий заповнював відповідні опитувальники, а результати були враховані в дослідницьких картах хворих.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Під час виконання психологічного обстеження хворих, що скаржились на розвиток тривалої ЕД та сексуальних розладів до та під час проведення комплексного лікування соматичної хвороби, було зазначено, що обстежені психологічні порушення проявлялись у хворих по-різному. Стан загальної психологічної невдоволеності виникав у чоловіків у результаті розвитку сексуальних розладів, що проявлявся при гіперплазії передміхурової залози і характеризувався тривалим періодом розвитку та спричиняв дезадаптивні психоемоційні розлади, які особливо чітко проявлялися в особливостях спілкування із членами сім'ї або сексуальною партнеркою.

При вираженій клінічній картині порушень у хворих спостерігається суттєве зниження багатьох основних показників і в першу чергу типових сторін соціального, емоційного та статевого функціонування. Навіть у разі позитивної тенденції лікування хворих чоловіків діагностованих нами комплекс психоемоційних порушень зберігається протягом наступного тривалого часу. Наприклад, у пацієнтів із порушеннями копулятивної функції спостерігаються виражені психологічні порушення, супутнє зниження якості життя, а у деяких осіб – навіть розвиток вираженої агресії на фоні астенізації. Особливо виражені депресивні розлади відзначалися в осіб молодого віку, проте у чоловіків зрілого віку цей симптомокомплекс патопсихологічних психічних розладів відрізняється не різними проявами.

Виявилось, що причинами багатьох міжособистісних конфліктів у хворих ставали неадекватні усвідомлення особистісних потреб та оцінювання результатів процесу лікування. Усі опитувані пацієнти спочатку формують і займають певні позиції, а потім зосереджують значні зусилля на психологічному захисті відповідних позицій, замість того щоб конструктивно визначитись із прихованими потребами або інтересами, що змусили хворих зайняти відповідну позицію.

Ми звернули увагу на певну психологічну особливість у обстеженого контингенту хворих, що можна визначити, як страх самотності. Він розвивається практично у кожного хворого на фоні подружньої дезадаптації і полягає у розвитку відповідного конструкту в результаті втрати емоційної підтримки від членів сім'ї або сексуального партнера, сталих сімейних розладів. За цих умов психологічний стан хворих спрямовується в бік пасивної позиції по відношенню до інших осіб та формування активно-агресивної позиції щодо рідних. За такої поведінки спостерігається активне приховування важчих переживань власної неповноцінності, страх бути повністю відторгнутим остаточно, що спостерігалось у 90% пацієнтів.

У процесі виконання психологічного дослідження (оцінювання за шкалою Т. Лірі, 1954) у обстежених хворих, що страждають від ЕД та ДГПЗ, було встановлено, що у всіх чоловіків спостерігається розвиток психологічних та емоційних розладів різного ступеня. При цьому лише у 11,2%

хворих психологічний стан та традиційну поведінку можна розглядати як умовно адекватну (0–8 балів), у той час як у інших хворих (78,8%) спостерігались виражені або різкі порушення. Понад 23,1% хворих мали досить високі бали, тобто рівень психологічних розладів (9–12 балів), а у 65,6% спостерігались агресивні прояви поведінки по відношенню до перебігу у себе відповідної соматичної хвороби (13–16 балів) (табл. 1). Аналізуючи отримані результати, можна зробити висновок про те, що домінуючим типом акцентуації поведінки хворих є ворожо-агресивний (100%), істероїдний (істеричний) (70–100%), егоїстичний (70%) і одночасно з цим спостерігається гіпервідповідальний тип (100%). Для осіб із ЕД та ДГПЗ із зазначенням такого типу поведінки характерні наполегливий (домінантний) стиль, в деяких випадках спостерігається виражений агресивний підхід до складних питань та вирішення міжособистісних конфліктів, хворі чоловіки використовують також надмірні зусилля з метою швидкого досягнення бажаного результату. При цьому у спілкуванні із партнером або членами власної сім'ї чоловіки наполягають на швидкому виконанні або вирішенні конкретних питань за власним сценарієм із доведенням оточуючим логічної переваги власної позиції, постійно переконуючи інших у своїй беззаперечній правоті. Таким людям притаманні різко окреслені вольові якості, спрямовані на неухильне досягнення поставленої мети.

Інший тип стосунків у міжособистісному спілкуванні хворих із оточуючими – це домінування поведінки із вираженими намірами до досягнення компромісу. Було встановлено, що деякі обстежені хворі намагаються знайти компромісне рішення для подолання конфліктів, вважають за можливе поступитися власною позицією, програмою або сценарієм його виконання задля досягнення бажаного результату, іноді пропонують партнеру нейтральну позицію або надають йому цілковиту домінуючу перевагу у вирішенні конфліктних питань. Але навіть за цих умов хворі чоловіки не втрачають домінуючого стилю власної поведінки (60%), намагаються переконати партнера або члена родини піти на компроміс, не втрачаючи при цьому з ними емоційної близькості. Для даної групи хворих характерними є сором'язливий (45% обстежених), невпевнений (45%) та м'який стиль поведінки (45%).

Слід відзначити й інший (депресивний) тип акцентуації стилю поведінки. Особи із зазначеним психологічним типом стану надають перевагу у міжособистісних стосунках позиції партнера, що спричинює тривалі суперечки та ще більше загострення психологічних розладів у хворих чоловіків. У більшості випадків опитані нами пацієнти із відповідним типом поведінки уникають конфліктних, травмуючих станів, напруженого спілкування, намагаються відкласти вирішення виникаючих складних або суперечливих питань. У тому числі це стосується і необхідності проведення своєчасного та тривалого лікування через суперечки, що виникають у сім'ї хворих у зв'язку із тривалістю та, іноді, досить неефективним лікуванням. Дозволяючи партнеру взяти відповідальність за вирішення цих питань, це призводить до суперечок і досить часто у хворих чоловіків проявляються додаткові деспотичні (25%) або самолюбиві (30%) стилі поведінки. Проте у більшості хворих чоловіків із ЕД та гіперплазією передміхурової залози переважають сором'язливий (45%), невпевнений (45%), м'який (45%), скромний (40%) і навіть боязкий (10%) стилі міжособистісного спілкування. Таким чином, різко порушений психоемоційний стан обстежених хворих чоловіків характеризується одночасним проявом двох амбівалентних стилів поведінки та розвитком

міжособистісної дезадаптації. Найбільш вираженими рисами характеру хворих, на нашу думку, слід вважати агресивність (15,4±0,2 балу), егоїстичність (12,4±0,4 балу) та авторитарність (10,6±0,8 балу) і одночасно спостерігаються високі показники дружельюбного (13,6±0,7 балу) та альтруїстичного (14,5±0,5 балу) типу акцентуації характеру.

Домінуючим типом міжособистісних стосунків у опитаних хворих чоловіків є агресивний (78,8%). Хворі із відповідним типом поведінки прагнуть максимально підпорядковувати своєму впливу поведінку сексуального партнера щодо регламентації взаємодії та спілкування. Для цієї групи хворих притаманні такі особистісні риси: агресивність, завищені самооцінка і рівень домагань, схильність до стійкого наслідування окремих стереотипів або їх систем, їм притаманний низький рівень рефлексії. У поведінці цих хворих домінує прагнення будь-якими засобами і за будь-яку ціну домогтися домінуючого положення в стосунках, зайняти максимально високу позицію в структурі власної сім'ї.

На другому місці за частотою реєстрації відзначається егоїстичний тип стосунків, при якому хворі прагнуть досягти незалежної позиції, стану самозакоханості, розважливості та себелюбства. Будь-які труднощі у вирішенні суперечливих питань, в тому числі і в лікуванні, вони намагаються перекласти на оточуючих близьких, сім'ю, але самі ставляться до них відчужено, хвалькувато, виправдовують зовнішніми причинами існуючі емоційні та сексуальні розлади. І, нарешті, дуже рідко зустрічається так званий залежний тип міжособистісних стосунків, проявляється у вираженій невпевненості у власних силах, розвитку фобій, стресогенності і розвитку психоемоційного дистресу з будь-якого приводу. Це має відношення, наприклад, до лікування та стосунків із партнером і для таких чоловіків характерні гіпервідповідальний, безпомічний або слабовольовий стилі поведінки, хворі постійно очікують на допомогу та поради від свого партнера або членів власної сім'ї.

Співставлення показників порушеного психоемоційного стану у хворих чоловіків із різним типом акцентуації характеру свідчить, що у них різною мірою проявляються ознаки вираженої депресивності та відчуття самотності. У більшості хворих спостерігаються доволі виражений (42,5%) або тяжкий (36,1%) ступінь депресії (табл. 1). Прояви депресивності відзначено переважно у хворих із залежним типом міжособистісних стосунків. У цих чоловіків загальний стан сексуального та емоційного незадоволення проявлявся у скаргах на монотонність, нудьгу, безбарвність життя, відсутність позитивних переживань або ностальгічних спогадів про минулі події; численних наріканнях на різні приватні сторони сімейного життя і особливі феномени життя родини. Наростання власного незадоволення постійно підтримується тривалими періодами лікування, які супроводжується емоційними вибухами, що періодично виникають.

Ступінь розвитку психологічних розладів у хворих чоловіків значною мірою залежить від власного усвідомлення характеру захворювання та визнання, що міжособистісні стосунки їй не влаштовують або не відповідають навіть мінімальним вимогам. Глобальна незадоволеність сексуальною сферою життя провокує виникнення агресивного стилю поведінки, агресивного та домінуючого типу. Для таких типів акцентуації характеру прояви депресії менш виражені (у 20% хворих) і були розподілені наступним чином: помірна депресія спостерігалась у 12,7%, легка – у 8,5% і лише у 6% опитаних хворих виражених проявів депресії не було відзначено. У хворих на

Таблиця 1

Структура і частота депресивних розладів у чоловіків із ЕД та ДГПЗ

Психологічний розлад	Ступінь прояву депресії	Бали	Кількість хворих, %
Депресія (шкала депресії Бека, BDI)	Відсутня	9,0±0,0	6
	Легка	13,2±1,4	8
	Помірна	17,3±0,6	12
	Виражена	26,6±0,5	40
	Тяжка	43,5±0,9	34
Відчуття самотності (шкала Рассела-Фергюсона)	Самотність		
	Відсутній	0,0±0,0	10
	Низький	13,2±1,4	16
	Середній	17,3±0,6	30
	Високий	26,6±0,5	34

Таблиця 2

Особливості копулятивних та невротичних розладів, що спостерігаються у чоловіків із ЕД та ДГПЗ

Невротичні симптоми		Копулятивні порушення	
Симптом	Кількість хворих, %	Симптом	Кількість хворих, %
Тривога	90	Зниження лібідо	72
Страх, фобія	48	Анерекція	26
Депресія	94	Затримана ерекція	32
Астенія	72	Прискорена ерекція	42
Поєднані розлади	98	Поєднані розлади	60

фоні депресії, спричиненої ЕД, розвивається міжособистісна дезадаптація, при цьому обстежені нами хворі страждають вираженим відчуттям самотності. На відміну від показників, що характеризують депресію при аналізі відчуття самотності у чоловіків не було встановлено достовірної різниці між різними типами акцентуації характеру. Даний прояв психоемоційних розладів спостерігався як при агресивному, так і при залежному стилях поведінки. При цьому високий ступінь самотності спостерігали у 42,5% хворих, середній – у 37,5%, а низький – лише у 20%. У 10% опитаних чоловіків прояви відчуття самотності були взагалі відсутні.

Депресія та субдепресія були нами діагностовані у 47 хворих із ЕД, що складає 94% від загальної кількості опитаних пацієнтів. Тривожне напруження хворих на фоні депресії спричинюють їх «заглиблення» у прояви і перебіг власної хвороби (стан егоцентризму). Розвиток невротичних реакцій та психічних станів, що супроводжують депресивні розлади, можна розглядати як захисні механізми особистісної адаптації, що проявляються в формі егоцентризму або ергопатичності. Закріплення у хворих чоловіків патологічного психоемоційного стану свідчить про непродуктивне осмислення ситуації та особистісну невпевненість, знижену самооцінку та домінування фобічних настроїв.

Аналіз особливостей психоемоційного стану у хворих із різним рівнем освіти засвідчив, що чим нижчий цей рівень, тим слабші показники порушення загального самопочуття та тривожності і, навпаки, у чоловіків із високим рівнем освіти ці прояви тривожності були більш вираженими.

Колівання частоти і ступеня діагностованих психоемоційних порушень у хворих достовірно не залежить від по-

казника тривалості розвитку хвороби та лікування основного захворювання. Прояви психологічних розладів хворі відзначають навіть на самих ранніх стадіях розвитку захворювання, проте із зростанням важкості перебігу соматичної патології та тривалості лікування ступінь емоційних відхилень зростає.

На показники самопочуття чоловіків найбільш вагомий вплив здійснює тяжкість захворювання, а на активність хворих ступінь стресогенності, на їх настрій – характер сімейних стосунків, на рівень тривожності – вік та рівень освіти. Як свідчать результати наших досліджень переважна більшість хворих чоловіків (72%), особливо молодого віку, внаслідок особливостей розвитку соматичної хвороби та підвищеного функціонування не усвідомлює ступінь поточних психологічних розладів та стиль власної поведінки, в першу чергу це стосується специфічної зміни настрою, зниженої самооцінки, депресивного погляду на минуле, теперішнє, майбутнє, почуття знеціненості та втрати сенсу життя.

Середня тривалість депресивного епізоду у обстежених складає 8–10 міс, при цьому достовірної різниці у характері маніфестації між хворими молодого та зрілого віку не було встановлено. У окремих хворих він тривав понад 1,5 року. Якщо у хворих чоловіків молодого віку ризик рецидиву депресивного епізоду набагато вищий, ніж у осіб зрілого віку, то у останніх частіше спостерігаються тривожно-фобічні розлади. У молодих хворих спостерігаються випадки генералізованих тривожних розладів та менш часто – панічні розлади, агарофобія та соціальна фобія.

При оцінці психологічного стану хворих відзначається одночасно поєднання значної кількості невро-

тичних та копулятивних порушень (табл. 2). Зазначені порушення проявляються у вигляді зниженого лібідо, зміни тривалості статевого акту, гіпо- та аоргазміями, гіпоерекцією або різними варіантами їх поєднань. Практично у всіх хворих (98%) спостерігається поєднання головних проявів (симптомів) психолого-невротичних розладів при ЕД.

Серед цих розладів переважають страх, тривога, астенія або депресія із відчуттям необґрунтованої небезпеки, неспокою, нав'язливими песимістичними роздумами ситуаційного характеру, диссомнією. Одночасно переважаючими порушеннями копулятивної функції були виявлені прискорена (42%) або затримана (32%) ерекція, але домінуючими порушеннями виявились поєднані копулятивні розлади, що визначені у 60% хворих.

Результати обстеження хворих свідчать про домінування стану підвищеної тривожності, немотивованої стомлюваності або емоційної нерівноваженості. У всіх обстежених нами чоловіків зазначено знижений або пригнічений настрій із елементами тривожно-депресивного стану, зниження самооцінки, окремі напади страху, в першу чергу спостерігається уповільнення запам'ятовування, розлади уваги та відповідний егоцентризм (втеча у хворобу) або ергопатичність (втеча від хвороби). Результати проведеного психолого-діагностичного обстеження свідчать про домінування депресивного (94%), тривожного (90%) та астенічного (72%) станів, що в свою чергу призводять до розвитку дезадаптації, часто стають дезадаптуючими чинниками, що безпосередньо провокують часті міжособистісні конфлікти та подальшу втрату партнера або розлучення.

ВИСНОВКИ

1. Тривалий перебіг доброякісної гіперплазії передміхурової залози відіграє важливу роль у житті чоловіків, впливає на якість їхнього життя та спричинює формування психоемоційних розладів хворих та їхніх партнерів.

2. Для осіб із розладами сексуальної сфери життя на тлі соматичної хвороби характерним є порушення міжособистісних стосунків, комунікативних функцій, зниження самоконтролю та самооцінки та розвиток дезадаптивних розладів.

3. Емоційні розлади, неприємні та тривалі переживання хворих з тривалістю хвороби та лікування погіршуються, підвищуються прояви роздратування, агресії, нестриманості, що суттєво впливає на стосунки із членами сім'ї.

Психологические расстройства у больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы

М.Д. Квач

Сексуальная сфера является важной составляющей супружеской жизни. Расстройства, вызванные гиперплазией предстательной железы или воспалительными процессами, обуславливают стойкие психологические нарушения, которые приводят к развитию социально-психологической дезадаптации, сексуальной дисфункции и других расстройств и негативно влияют на все сферы супружеской жизни. При доброкачественной гиперплазии предстательной железы развивается длительная и стойкая депрессия с превалированием агрессивного, враждебного и истероидного типов акцентуации характера. Степень психологических расстройств зависит от длительности и эффективности комплексного лечения эректильной дисфункции.

Ключевые слова: гиперплазия предстательной железы, эректильная дисфункция, качество жизни, психологические нарушения.

Mental disorders in patients with benign prostatic hyperplasia

M.D. Kvach

A sexual sphere is the urgent constituent of the married life. Prostatic hyperplasia or inflammation cause psychological violations, that assist to development of socialpsychologicaldisadaptation, sexual dysfunction and other disorders and negatively influence on all spheres of the married life. At prostatic hyperplasia developinglasted and bar depression with predominating aggressive, hostile and isteroid types of character accentuation.The degree of psychological disorders depends on duration and efficiency of treatment of erectile disfunction.

Key words: prostatic hyperplasia, erectile disfunction, quality of life, psychological violations.

ЛІТЕРАТУРА

1. Афанасьев И.Е. Причины развития сексуальной дисгармонии супружеской пары при доброкачественной гиперплазии предстательной железы у мужа и роль при этом биоритмологического статуса супругов // Украинський вісник психоневрології. – 2006. – Т. 14, вип. 2 (47). – С. 31–33.
2. Захарушкин Т.С., Абоян И.А., Павлов С.В. Качество жизни пациентов, страдающих доброкачественной гиперплазией простаты // Социальная и клиническая психиатрия. – 2002. – № 1. – С. 77–83.
3. Пушкарь Д.Ю., Раснер П. Нарушение мочеиспускания и сексуальной функции у больных ДГПЖ // Врач. – 2003. – № 6. – С. 34–36.
4. Burger B., Weidner W., Altwein J.E. Prostateandsexuality: anoverview // Eur. Urol. – 1999. – Vol. 35. – № 3. – P. 177–184.
5. CalaisDaSilva F., Marquis P., Deschaseaux P. Relative impotence of sexuality and quality of life inpatients with prostatic symptoms // Eur. Urol. – 1997. – Vol. 31. – № 3. – P. 271–280.