

ПСИХОТЕРАПІЯ

УДК 616.89:616.65–007.61:615.851

В.И. Очколяс

ПСИХОТЕРАПИЯ В СТРУКТУРЕ КОМПЛЕКСНОГО КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Николаевская областная психиатрическая больница №1

Ключевые слова: доброкачественная гиперплазия предстательной железы, пограничные психические расстройства, расстройства адаптации, качество жизни, психотерапия

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) является распространенным заболеванием мочеполовой системы у лиц мужского пола и встречается в 10–20% мужчин 40–летнего возраста и у 90% мужчин 80 лет и старше [5]. Наряду с наиболее значимыми дизурическими симптомами, вызывающими чувство беспокойства, тревоги и обуславливающим обращением к врачу [12, 15], при ДГПЖ нередко наблюдаются расстройства сексуальной функции, имеющей особо важное психологическое значение и оказывающие негативное влияние на качество жизни мужчин [6, 13]. При ДГПЖ [1] в 65% случаев наблюдаются психические расстройства невротического регистра, представленные невротическими реакциями или оформленными состояниями. При этом на процесс формирования психических расстройств влияет степень развития симптомов аденомы простаты, длительность болезни, а также преморбидные личностные характеристики пациента.

Существует мнение [3], что в XXI веке больные ДГПЖ будут лечиться в основном медикаментозно, с обеспечением высокого качества жизни. Уже в настоящее время за рубежом около 80% пациентов с ДГПЖ подвергаются медикаментозному лечению этого заболевания и только 20% – оперативному и другим немедикаментозным методам лечения [14].

Учитывая широкую распространенность ДГПЖ у лиц пожилого возраста, высокий удельный вес пограничных психических расстройств и снижение качества жизни данной категории пациентов, актуальной представляется задача разработки алгоритмов психотерапевтической помощи в структуре комплексного лечения указанного контингента, что составило цель настоящего исследования.

Материал и методы исследования. В течение 2010–2011 гг. на базе урологических отделений Николаевской городской и областной больниц обследовано 60 мужчин с диагнозом ДГПЖ, которые лечились медикаментозно. Критериями отбора были:

- Наличие верифицированного диагноза ДГПЖ.
 - Наличие непсихотических психических расстройств в рамках расстройства адаптации.
 - Консервативная терапия ДГПЖ.
- Основными методами исследования были клиничко-

психопатологический, клиничко-динамический, психометрический: шкала IPSS (для стандартизации жалоб и контроля за динамикой симптомов в процессе лечения больных), индекс качества жизни QOL, шкала депрессии Зунге, тесты Леонгарда-Шмишека, ТОБОЛ, САН), статистический (методы описательной статистики и критерий Стюдента t), а также катamnестический со сроком катamnеза 6 месяцев.

Все пациенты давали информированное согласие на клиничко-психопатологическое и психометрическое обследование, а также на психотерапевтическое лечение.

Результаты исследования и обсуждение. На период обследования больные были в возрасте от 55 до 72 ($65 \pm 0,6$) лет, в основном пенсионеры – 39 (65%); остальные работали, в основном выполняли неквалифицированные виды работы. В большинстве случаев – 27 (45,0%) пациенты имели среднее специальное образование, 26 (43,3%) – среднее и 7 (11,7%) – высшее. Большинство – 37 (61,7%) пациентов проживали в браке, 12 (20%) были разведены и 11 (18,3%) – вдовцы. В большинстве случаев – 39 (65%) семейный микроклимат был благоприятный, у остальных – 21 (35%) человека были эпизодические конфликты, не нарушающие единство семьи. Длительность заболевания ДГПЖ (с момента обращения за медицинской помощью и установления диагноза) составила от 2-х до 5-ти лет.

Средний балл по Международной системе суммарной оценки симптомов и качества жизни больных при заболеваниях предстательной железы (IPSS) составил $17 \pm 0,9$, что свидетельствует об умеренно выраженной симптоматике. При этом пациенты оценивали свое качество жизни в среднем в $3,8 \pm 0,1$ балла, что указывает на неудовлетворенность пациентами качеством своей жизни.

По тесту САН пациенты оценивали свое самочувствие как неблагоприятное $3,9 \pm 0,03$ балла; показатель отражал неудовлетворенность силой, здоровьем, имеющим место утомлением. Кроме того пациенты не были удовлетворены ($3,9 \pm 0,03$ балла) своей подвижностью, скоростью и темпом протекания функций (активностью), а также отмечали пониженное настроение ($3,9 \pm 0,03$ балла).

Тест Спилберга-Ханина выявил умеренную личностную тревожность ($32,9 \pm 0,9$ балла) – склонность воспринимать большой круг ситуаций, как угрожающие и реагировать на них состоянием тревоги. В то же отмечался умеренный уровень ситуативной тревожности ($40,4 \pm 0,6$ балла) и состояние характеризовалось напряжением, беспокойством и нервозностью, обусловленной переживаниями, связанными с ДГПЖ.

Кроме того, по шкале депрессии Зунге у них была выявлена легкая депрессия ситуативного генеза ($51,43 \pm 0,6$ балла).

На основе клинико-психопатологического анализа выделено 7 групп непсихотических психических расстройств, которые возникли после установления диагноза ДГПЖ как психогенная реакция на соматическое заболевание в рамках расстройства

Таблица 1
Клиническая структура непсихотических психических расстройств у больных ДГПЖ

Типы психогенных реакций	1 группа	
	К-во	%
Пролонгированная тревожная реакция	14	23,3
Пролонгированная тревожно-депрессивная реакция	11	18,3
Пролонгированная тревожно-фобическая реакция	10	16,7
Пролонгированная тревожно-субдепрессивная реакция с полиморфным психопатоподобным синдромом	8	13,3
Пролонгированная тревожная реакция с конверсионными симптомами	7	11,7
Пролонгированная апатическая депрессивная реакция	5	8,3
Пролонгированная ипохондрическая реакция	5	8,3
ИТОГО	60	100

адаптации (таблица 1).

Пролонгированная тревожная реакция проявлялись жалобами на снижение работоспособности, повышенную утомляемость, общую слабость. Характерна быстрая истощаемость активного внимания и тревожная суетливость. В когнитивной сфере преобладали тревожные опасения за состояние здоровья, за свое будущее. Они не могли отвлечься от мыслей о заболевании. Прослеживалась отчетливая зависимость от переживаемого больным нарушения мочеиспускания. Отмечалась неустойчивость настроения и эмоциональных реакций, повышенная раздражительность, чрезмерная чувствительность и обидчивость,

которые ранее, до развития ДГПЖ не были присущи больному. Характерно преувеличение тяжести всех болезненных переживаний с чувством жалости к себе и слезливостью, пессимистическим отношением к своему будущему. Часто во второй половине дня возникали головные боли. Больные тяжело переносили проведение медицинских манипуляций, бурно реагировали на боль. При переутомлении или обострении конфликтной ситуации с родными, астенения усиливалась.

Пролонгированная тревожно-депрессивная реакция проявлялась сочетанием тревожных и депрессивных расстройств с астеническими и характеризовалась сниженным настроением и тревогой, определявшими мышление и поведение больных. Снижение интересов и побуждений приводило к затруднениям в принятии решений и вызывало чувство беспокойства за исход заболевания и свое будущее. В когнитивной сфере прослеживалось некоторое замедление с тревожными размышлениями о будущем. В мотивационной сфере отмечалось снижение уровня мотиваций, снижение интереса к привычным занятиям, которые ранее были интересными и значимыми. Соматовегетативные функции характеризовались снижением аппетита, диссомническими расстройствами (ранние просыпания, частые пробуждения по ночам, сонливость в дневное время). Начало появления тревожно-депрессивных нарушений четко связано с установлением диагноза ДГПЖ и предложением консервативного лечения.

Пролонгированная тревожно-фобическая реакция возникала у пациентов с тревожно-мнительными личностными характеристиками, неуверенностью в себе, робостью и застенчивостью. В когнитивной сфере первые проявления тревожно-фобического реагирования было на диагностическом этапе, когда пациенты стали подозревать, что у них может развиваться злокачественная опухоль простаты. Возникло тревожное ожидание установления диагноза, они читали в интернет о клинике и возможных диагнозах при дизурических явлениях. Нарушался сон, они долго не могли уснуть, приходили мысли, что может возникнуть рак простаты. Вспоминались случаи, когда у кого-то из знакомых были такие же симптомы, а «затем он умер от рака». Возникал страх смерти, страх заболеть раком. При усилении тревоги и мыслях о возможном раковом заболевании появлялось сердцебиение, потливость, похолодание конечностей. Пациенты фиксировались на своих переживаниях, переставали заниматься домашними делами, погружались в переживания болезни.

При **пролонгированной тревожно-субдепрессивной реакции с полиморфными психопатоподобными расстройствами** в клинической картине на первый план выступала тревожность с ощущением внутреннего беспокойства, напряженности, потребности постоянной деятельности, возникающего в покое беспокойства, нередко сочетаясь со вспышками раздражительности, нарушение концентрации внимания.

Данные симптомы были легко или умеренно выражены и не приводили нарушению социальной адаптации больных. Когнитивный компонент был представлен тревожными опасениями за собственное здоровье, будущее. Тревога хотя и касалась реальных трудностей и проблем, тем не менее, их степень преувеличивалась, выражаясь в гипертрофированной оценке угрожающих здоровью последствий заболевания. Тревожная симптоматика дополнялась явлениями гипотимии, которые не достигали уровня завершеного депрессивного синдрома. Обнаружена связь гипотимии с симптомами ДГПЖ – при нарушениях мочеиспускания отмечалось нарастание апатии, подавленности, у части больных отмечалось снижение аппетита. Практически во всех случаях отмечалось усиление раздражительности, вспыльчивости, происходили конфликты с родственниками. В некоторых случаях больные были демонстративными, требовали от родных повышенного внимания к своей персоне. В периоды конфликтов могли плакать навзрыд, высказывать обиды.

В клинической картине **продолжительной тревожной реакции с конверсионными симптомами** преобладали внутреннее напряжение, тревога за свое состояние и «утрату мужских качеств». В периоды семейных конфликтов жаловались, что «они болеют, а на них никто из родных «не обращает внимание». В такие периоды немели конечности, становился сиплым голос, терялась чувствительность «по типу носков». Все мысли были направлены на заболевание, консультировались у различных специалистов, беспокоились, что заболевание будет прогрессировать. Когнитивный компонент также был представлен опасениями за свое здоровье и за будущее. Отмечались незначительно выраженные волевые нарушения – некоторая социальная пассивность, снижение круга интересов, ограничение контактов. Нарушался сон – на фоне засыпания появлялись тревожные мысли о будущем, о возможных способах лечения.

Продолжительная апатическая депрессивная реакция определялась дефицитом побуждений с падением жизненного тонуса. Апатический аффект был лишен выразительности и сопряжен с обеднением мимики, монотонностью речи, замедленностью движений. В мотивационной сфере преобладало чувство отрешенности от прежних желаний, безучастности ко всему окружающему и собственному положению, переживаниями безразличия, скуки, отсутствием инициативы, желаний, стремления действовать, эмоциональной опустошенности и безучастности. Больные на протяжении дня были вялыми, безынициативными, неторопливыми, предпочитали проводить время в постели. При углублении депрессии на первый план выдвигалось ощущение внутреннего дискомфорта и мрачная угнетенность, связанные с осознанием происшедших изменений в соматическом здоровье и жизни.

Продолжительная ипохондрическая реакция проявлялась преувеличенными опасениями за состояние своего здоровья на фоне повышенной тревожно-

сти, страха за последствия, попытками анализа причин возникновения заболевания. В периоды проблемных ситуаций (конфликты в семье), на фоне сниженного настроения когнитивный компонент переживаний сводился к фиксации на симптомах заболевания и поиске оптимальных способов лечения, в том числе пациенты прибегали к т.н. «народной медицине». Они читали литературу о своем заболевании, в результате появлялась ипохондрическая детализация мышления, проявляющаяся в рассуждениях о причинах заболевания, отдельных симптомах, переоценке расстройств мочеиспускания. Читая медицинскую литературу пациенты находили у себя и другие симптомы, что вновь вызывало тревогу по поводу возможного иного заболевания. На этом фоне 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. Периодически беспокоили спонтанно возникающие мысли, сомнения, опасения по поводу своего состояния здоровья, что сопровождалось снижением настроения и тревогой.

В структуре консервативного лечения больных с ДГПЖ (эндокринное лечение, терапия б-адреноблокаторами и другими лекарственными средствами) нами была разработана программа психотерапии, которая реализована для 30 пациентов (группа психотерапии), контролем служили 30 больных ДГПЖ, которым психотерапия не проводилась (группа сравнения).

Психотерапевтическая программа разрабатывалась на основе современных психотехнологий нейролингвистического программирования, эриксоновского гипноза и гештальттерапии и состояла из трех базовых блоков: диагностического, терапевтического и контрольного.

Диагностический блок: клиническое интервью, сбор анамнеза, выяснение семейного микроклимата, наблюдение, патопсихологическое обследование, изучение медицинской документации. В результате устанавливался функциональный, индивидуализированный диагноз, включающий: ведущий синдром, тип акцентуации характера, тип реакции на болезнь, а также степень выраженности цереброваскулярной патологии.

Терапевтический блок. Разработка и реализация психотерапевтической программы.

Психотерапевтическая программа состоит из 3 частей, которые неразрывно связаны друг с другом.

Первая часть – вводная. Начиналась с разъяснительной психотерапии. Пациенту разъяснялся механизм формирования ДГПЖ и ее влияние на нарушение мочеиспускания. Кроме того, доводилась информация о влиянии эмоций на физическое состояние человека, в том числе на мочевой пузырь и мочеиспускание, приводилась информация о так называемом «мочевом заи-

кании», которое нередко встречается у больных неврастенцией. Задачей вводной части 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. Задачей здесь было устранение болезненных симптомов и обучение навыкам саморегуляции.

Для устранения болезненных симптомов проводилась коррекция эмоциональной реакции на факт диагностики ДГПЖ, усиление лечебно-охранительного режима, дезактуализация психогении, формирование положительной жизненной установки, активизация ресурсных состояний. Применялись известные [2, 4, 10] техники нейролингвистического программирования (коллапс якорей, генерирование ресурсов, линия времени и изменение личной истории, метод трехместной диссоциации), эриксоновский гипноз [7], техники гештальттерапии [8], направленные на редукцию эмоционального напряжения (превращение чувств в образы с последующим отреагированием неприятных эмоций), «два стула».

Третья часть – обучение навыкам саморегуляции. Применялось обучение пациентов самогипнозу, схема которого адаптировалась с учетом интеллекта и ведущей модальности пациента. Использовались две разновидности самогипноза, в зависимости от их длительности.

Один вид самогипноза длительностью 15-30 минут рекомендовался к выполнению перед сном без формулы выведения с плавным переходом в ночной сон. Основной его целью была регуляция ночного сна и устранение тревожных опасений. Для обучения пациентов методам самогипноза требовалось от 3 до 5 сеансов. Причем первые 2 сеанса проводилась собственно гипнотерапия, направленная как на устране-

ние болезненных симптомов, так и на ознакомление пациента с трансным состоянием и изучением особенностей вхождения пациента в транс, для последующего использования данной стратегии при обучении самогипнозу по модифицированной нами методике «4-3-2-1» [9].

Другой вид самогипноза «3-2-1-2-3» [11], длительностью 3-5 минут рекомендовался к проведению в дневное время с формулой выведения. Целью обучения короткой формуле самогипноза была выработка способности управления своим эмоциональным состоянием, которое менялось в течение суток, в зависимости от ведущего синдрома и расстройств мочеиспускания.

Контрольное психологическое обследование через 6 месяцев от начала психотерапии удалось провести 20 пациентам и 20 из группы сравнения (таблица 2).

Как видно из таблицы, в группе психотерапии наблюдалось статистически достоверное улучшение всех показателей самочувствия, активности и настроения, а также редукция тревоги и нормализация настроения.

Таким образом, в результате исследования установлено, что у больных с ДГПЖ, получающих консервативное лечение, клиническая картина непсихотических психических расстройств представлена пролонгированными тревожными и тревожно-депрессивными реакциями, занимающими 41,6% случаев, тревожно-фобические, тревожно-субдепрессивные реакции с полиморфным психопатоподобным синдромом и пролонгированные тревожные реакции с конверсионными симптомами встречаются соответственно в 10%, 8% и 7% случаев, реже встречаются апатическая депрессивная и ипохондрическая реакции (по 5%). Применение дифференцированной психотерапии в структуре комплексного лечения больных ДГПЖ приводит к улучшению самочувствия, активности и настроения боль-

Таблица 2

Сравнительные результаты психометрического обследования группы, получающих психотерапию и группы сравнения, через 6 месяцев (n=20)

Метод психологического исследования		Группа психотерапии		Группа сравнения		t>	p<
		М	m	М	m		
САН	Самочувствие	5	0,03	4,0	0,04	20	0,0001
	Активность	4,6	0,08	4,0	0,07	5,45	0,0001
	Настроение	4,6	0,08	3,8	0,04	8,9	0,0001
Спилбергер-Ханина	Личн. тр.	28,8	0,8	35,1	1,3	4,15	0,0001
	Ситуат. тр.	30,6	0,3	39,2	1,1	7,54	0,0001
Зунге	Депрессия	47,7	0,5	51,4	1,2	2,8	0,001

ных, снижает уровень как реактивной, так и личностной тревоги, повышает уровень настроения и качество жизни больных.

Література:

1. Захарушкина, Т. С. Психические расстройства при доброкачественной гиперплазии предстательной железы на различных этапах оперативного лечения : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18 : 14.00.40 / Т. С. Захарушкина ; Диагност. центр «Здоровье». – М., 2001. – 25 с.
2. Ковалев, С. В. Основы нейролингвистического программирования : учеб. пособие / С. В. Ковалев ; Акад. пед. и соц. наук, Моск. психол.-соц. ин-т. – М. : МПСИ : Флинта, 1999. – 158 с. : ил., табл. – (Б-ка студента).
3. Мазо, Е. Б. Фармакотерапия доброкачественной гиперплазии простаты / Е. Б. Мазо, М. Н. Белковская // Русский медицинский журнал. – 2001. – Т. 9, № 16/17 : Респираторные инфекции. Урология. Инфекции и инвазии. – С. 672-675.
4. Найт, С. Руководство по NLP / С. Найт ; пер. с англ. М. Юркан. – СПб. : Речь, 2000. – 223 с. : табл. – (Психология на практике).
5. Переверзев, А. С. Аденома предстательной железы / А. С. Переверзев, Н. Ф. Сергиенко. – Киев : Ваклер, 1998. – 277 с.
6. Пушкар, Д. Нарушение мочеиспускания и сексуальной функции у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы / Д. Пушкар, П. Раснер // Врач. – 2003. – № 6. – С. 34-38.
7. Руженков, В. А. Основы клинической гипнотерапии : учеб. пособие для системы послевуз. проф. образования врачей по спец.

«Психиатрия», «Психотерапия» / В. А. Руженков. – Ростов н/Д : Феникс, 2005. – 320 с. : ил., фото. – (Высш. образование).

8. Руженков, В. А. Основы теории и практика геиптальт-терапии : учеб. пособие для системы послевуз. проф. образования врачей по спец. «Психотерапия» и «Психиатрия» / В. А. Руженков. – Белгород : БелГУ, 2007. – 164 с. : ил., табл.

9. Спарк, М. Начальные навыки эриксоианского гипноза : практ. руководство / М. Спарк ; пер. И. М. Ребейко. – Воронеж : Модэк, 1995. – 80 с. – (Психотерапия новой волны).

10. Трансформация личности : нейролингв. программирование : сб. / анализ и коммент. О. Ксендзюк. – Одесса : Хаджибей, 1995. – 351 с. : ил.

11. Эриксон, Б. Э. Семинар с Бетти Элис Эриксон: новые уроки гипноза / Б. Э. Эриксон ; под ред. М. П. Гинзбурга. – М. : Класс, 2004. – 203 с. – (Б-ка психологии и психотерапии ; вып. 99).

12. Testing to predict outcome after transurethral resection of the prostate / R. C. Bruskewitz, D. J. Reda, J. H. Wasson [et al.] // J. Urol. – 1997. – Vol. 157, № 4. – P. 1304-1308.

13. The development and validation of a quality-of-life measure to assess partner morbidity in benign prostatic enlargement / H. Sells, J. Donovan, P. Ewings [et al.] // BJU Int. – 2000. – Vol. 85, № 4. – P. 440-445.

14. Treatment strategies, patterns of drug use and treatment discontinuation in men with LUTS suggestive of benign prostatic hyperplasia: the Triumph project / K. M. Verhamme, J. P. Dieleman, G. S. Bleumink [et al.] // Eur. Urol. – 2003. – Vol. 44, № 5. – P. 539-545.

15. 5-year outcome of surgical resection and watchful waiting for men with moderately symptomatic benign prostatic hyperplasia: a Department of Veterans Affairs cooperative study / R. C. Flanigan, D. J. Reda, J. H. Wasson [et al.] // J. Urol. – 1998. – Vol. 160, № 1. – P. 12-16.

ПСИХОТЕРАПІЯ У СТРУКТУРІ КОМПЛЕКСНОГО КОНСЕРВАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ДОБРОЯКІСНОЮ ГІПЕРПЛАЗІЄЮ ПРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

В.І. Очколяс

На основі клініко-паталогічного і психометричного обстеження 60 хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози описана клінічна структура непсихотичних психічних розладів. Обговорюються підходи до психотерапії у структурі комплексного лікування вказаного контингенту хворих та її ефективність.

Ключові слова: доброякісна гіперплазія передміхурової залози, пограничні психічні розлади, розлади адаптації, якість життя, психотерапія

PSYCHOTHERAPY IN THE STRUCTURE OF THE COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA

V.I. Ochkołas

Sixty (60) patients with benign prostatic hyperplasia were examined by clinico-psychopathological and psychometrical methods, in that base the clinical structure non-psychotic mental disorders is describe. Approaches to psychotherapy in the structure of this complex treatment of this contingent of patients and its effectiveness are discuses.

Keywords: benign hyperplasia of prostatic gland, border psychic disorder, deadaptation, quality of a life, psychotherapy