

снижением актуальности и эмоциональной значимости патологических паттернов (в первую очередь анксиозного круга). Для формирования концепции психотерапии и психопрофилактики нарушений дигестивного поведения необходимо обнаружить доминирующий патологический симптомокомплекс психогенной гиперфагии.

Ключевые слова: переядание, расстройство дигестивного поведения, ожирение, тревожно-депрессивное расстройство, коморбидность, клиническая психопатология

CLINICAL PSYCHOPATHOLOGICAL AND MEDICAL PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS PATIENTS OF PSYCHOGENIC HYPERPHAGIA

E.I. Getmanchuk

Alimentary behavior refers to the basal, such which have a hedonistic value, as a result gives calming sense and it is an instrument in the improvement of mood due to activating of general links of the central adjusting of reception of meal and mood is a serotonin – and noradrenergic neurotransmitter systems of CNS.

During realization of violations of digestive conduct (psychogenic hyperphagia) there is a redistribution and transformation of internal impulses with a distraction from other patterns of conduct, including internal conduct (mental patterns) with the decline of actuality and emotional meaningfulness of pathological patterns (in the first turn of the anxiety circles). It is necessary to find out dominant pathological symptomocomplex of psychogenic hyperphagia for forming of conception of psychotherapy and psychoprophylaxis violations of digestive conduct.

Keywords: obesity, eating disorders, obesity, anxiety-depressive disorder, comorbidity, clinical psychopathology

УДК 616.89-008:616.65-006-053.9

В.И. Очколяс

ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТНОГО РЕАГИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ЗАБОЛЕВАНИЕ

Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, г.Киев
Николаевская областная психиатрическая больница №1, г.Николаев

Ключевые слова: доброкачественная гиперплазия предстательной железы, непсихотические психические расстройства, акцентуации характера, тревога, типы реагирования на заболевание

В соответствии с целью и задачами исследования в течение 2010-2011 гг. на базе урологических отделений Николаевской городской и областной больниц нами обследовано 120 больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы. Из них 60 пациентов получающих консервативную терапию (первая группа) и 60 – подлежащих оперативному лечению (вторая группа) у которых были выявлены непсихотические психические расстройства.

Возраст обследованных от 53 до 74 ($65,9 \pm 0,4$) лет. При этом больные второй группы были старше, чем первой: соответственно $69 \pm 0,6$ и $65 \pm 0,6$ лет ($t > 4,7$ $p < 0,01$). Перед включением в исследование автором было получено информационное согласие от больных на их участие в обследовании.

82 (68,3%) больных были пенсионного возраста: 39 (65%) случаев в первой и 43 (71,7%) – во второй группе. В первой группе все они проживали в городе, а во второй – только 42 (70%) человека, а 18 (30%) пациентов являлись жителями сельских районов.

Большинство пациентов первой группы имели среднее и среднее специальное образование: 26 (43,3%) и 27 (45%) человек соответственно и 7 (11,7%) больных было с высшим образованием. Во второй группе ($\chi^2 = 6,882$ $p = 0,009$) с высшим образованием было 20 (33,3%) человек, 12 (20%) – имели образование менее 8 классов, среднее специальное – 3 (5%) пациента и остальные 25 (41,7%) среднее образование.

Семейное положение пациентов на период исследования было примерно одинаковым: женатых в первой и второй группах соответственно 37 (61,7%) и 35 (58,3%) человек.

У пациентов первой и второй группы взаимоотношения в семьях характеризовались, как доброжелательные: в 39 (65%) и 46 (76,7%) случаях соответственно, во время как эпизодические конфликты, не нарушающие единство семьи, наблюдались в 21 (35%) случае в первой группе и в 14 (23,3%) – во второй.

Результаты психодиагностического обследования больных при помощи теста К. Леонгарда-Г. Шмишека показали, что более чем в половине случаев в первой и второй группах 51,7% и 66,7% соответственно диагностировался тревожный тип акцентуации характера, который во многом и определял тревожный тип реагирования на ДГПЖ. На втором месте – демонстративный тип (18,3% и 10% соответственно), обуславливающий конверсионные и психопатоподобные расстройства в структуре психогенных реакций. Существенно реже встречались циклоидный, дистимичный, возбудимый, гипертимный и экзальтированный типы, придающие своеобразную окраску адаптационным реакциям и требующие учета при проведении психокоррекционных и психотерапевтических сеансов.

Результаты психодиагностического исследования больных с ДГПЖ первой и второй группы представлены в таблице 1.

Таблица 1

Результаты психодиагностического исследования больных с ДГПЖ первой и второй группы

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
Ч.Д.Спилбергера-Ю.Л.Ханина	Личн. тревожн.	32,8	0,9	38,7	0,9	4,5	0,0001
	Ситуат. тревожн.	40,3	0,6	48,5	0,8	8,2	0,0001
Шкала В.Зунга	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

Таблица 2

Результаты корреляционного анализа психодиагностических показателей больных с ДГПЖ 1 и 2 группы

Корреляционные пары		R	p<
IPSS	QOL	- 0,63	0,000001
IPSS	Депрессия	0,6	0,000001
IPSS	Личностная тревожность	0,34	0,00013
IPSS	Ситуативная тревога	0,52	0,000001
IPSS	Самочувствие	- 0,56	0,000001
IPSS	Настроение	- 0,5	0,000001
QOL	Депрессия	-0,45	0,000001
QOL	Личностная тревожность	-0,32	0,00042
QOL	Ситуативная тревога	-0,5	0,000001
QOL	Самочувствие	0,47	0,000001
QOL	Настроение	0,43	0,000001

Как видно из таблицы, 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 Ч.Д. Спилбергера-Ю.Л.Ханина показал, что пациенты первой и второй группы отличались умеренной личностной 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 В.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 2.

Как видно из приведенной выше 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 самочувствием 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.

Для оценки личностного реагирования на болезнь применялась методика психологической диагностики типов отношения к болезни (ТОБОЛ), разработанная Л.И. Вассерманом с соавтором (1987 – 2005г.) на основе психологии отношений В.Н. Мясищева.

Результаты изучения особенностей личностного реагирования на заболевание ДГПЖ, полученные при помощи опросника ТОБОЛ, представлены в таблице 3.

Таблица 3
Типы отношения к болезни пациентов с ДГПЖ 1 и 2 группа по результатам теста ТОБОЛ

Тип отношения к болезни	1 группа	2 группа
Тревожный	12	21
- тревожно- неврастенический	9	11
- тревожно- сенситивный	9	8
- тревожно- паранойяльный	6	2
-тревожно- меланхолический	1	0
- тревожно- ипохондрический	3	0
Эгоцентрический	12	4
Эргопатический	4	4
Анозогностический	1	3
Меланхолический	1	2
Дисфорический	2	0
Апатический	0	2
Паранойяльный	0	3

Как видно из таблицы 3, в подавляющем большинстве случаев (66-70%) у пациентов обеих групп выявлялся тревожный тип реагирования на болезнь. Данное обстоятельство объясняется тем, что психологический профиль больных с 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 характерными были непрерывное беспокойство и мнительность в связи с неблагоприятным течением 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. Вследствие тревоги, отмечались угнетенность настроения и психической активности.

В чистом виде тревожный тип реагирования на болезнь выявлен только у 12 (20%) больных первой и 21 (35%) – второй группы. У 9 (15%) пациентов первой и 11 (18,3%) второй группы был диагностирован смешанный тип реагирования на болезнь – тревожно-неврастенический. Тревожно-сенситивный тип выявлен

у 9 (15%) пациентов первой группы, тогда как у пациентов второй группы он отмечался в 8 (13,3 %) случаях. Сочетание тревожного и паранойяльного типов реагирования на болезнь было выявлено у 6 (10%) пациентов первой группы, а у пациентов второй группы данный тип был выявлен только в 2 (3,3%) случаях. Тревожно-меланхолический и тревожно-ипохондрические типы отношения к болезни диагностированы только у пациентов первой группы: тревожно-меланхолический у 1 (1,7%) и тревожно-ипохондрический у 3 (5%) пациентов.

Таким образом, сочетание тревожного типа отношения к болезни с другими типами (неврастеническим, сенситивным, паранойяльным, меланхолическим и ипохондрическим) еще более усугубляло клиническую картину: отмечалось чрезмерное сосредоточение на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях; преувеличение действительных и выискивание несуществующих болезней и страданий, неприятных ощущений в связи с побочными действиями лекарств и диагностических процедур. Для некоторых пациентов (при тревожно-неврастеническом типе) характерными были вспышки раздражения, особенно при неприятных ощущениях, неудачах лечения, хотя в последующем они критически относились к своим такого рода поступкам и необдуманным словам. Сочетание тревожного и сенситивного типов характеризовалось у пациентов 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 (истероидным) типом отношения к заболеванию 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.

При эргопатическом типе отношения к болезни пациенты отмечали, что их желание заниматься работой в период заболевания ДГПЖ было выражено еще в большей степени, чем до болезни. Поэтому они проявляли избирательное отношение к обследованию и лечению.

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

При меланхолическом типе отношения к болезни они проявляли довольно пессимистический взгляд на окружающее, то есть высказывали неверие в

выздоровление, в возможное улучшение, в эффект лечения, сомневались в успехе лечения даже при благоприятных объективных данных и удовлетворительном самочувствии.

При дисфорическом типе отношения к болезни у пациентов отмечалась некоторая озлобленность, они имели недовольный вид, требовали к себе особого внимания, проявляли подозрительность к процедурам и лечению, а также непосредственно к данному исследованию.

Апатический и параноидальный типы отношения к болезни были выявлены только у пациентов второй группы. Так, апатическое отношение к болезни проявлялось безразличием к своей судьбе, исходу болезни и результатам лечения. Они пассивно подчинялись лечению, чаще при настойчивом побуждении со стороны родственников. В поведении, деятельности и межличностных отношениях проявляли вялость и апатию. Некоторая подозрительность и настороженность к разговорам о себе, лекарствам и процедурам отмечалась у пациентов с параноидальным типом отношения к болезни.

Таким образом, в результате исследования установлено, что психологический профиль больных с 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 тревожный тип отношения к болезни. В формировании личностных реакций на ДГПЖ существенную роль играют преморбидно-личностные особенности пациентов, обуславливающие основные симптомы реагирования, что важно

учитывать при разработке комплексного и дифференцированного подхода к оказанию психотерапевтической помощи.

Литература:

1. Аляев Ю.Г., Григорян В.А., Чиненов Д.В. Диагностика и лечение доброкачественной гиперплазии предстательной железы // *Лечащий врач*. –2007. –№ 4. –С. 70-73.
2. Данилин И.Е. Пограничные психические расстройства у больных с опухолями предстательной железы: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18. –М., 2003. –24 с.
3. Захарушкина Т.С. Психические расстройства при доброкачественной гиперплазии предстательной железы на различных этапах оперативного лечения: автореф. дис. канд. мед. наук: 14.00.18. –М., 2001. –25 с.
4. 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, № 12. –С. 29-31.
5. Захарушкина Т.С., Абоян И.А., Павлов С.В. Качество жизни пациентов, страдающих доброкачественной гиперплазией простаты // *Социальная и клиническая психиатрия*. –2002. № 1. С. 77-80.
6. Кришталь В. В., Григорян С. Р. Сексология.— М.: Per Se, 2002.— 879 с
7. Луценко А. Г. Комплексное лечение при доброкачественной гиперплазии предстательной железы // *Медицинська психологія*, 2009, № 2–3. –С. 156-159.
8. Перепанова Т.С., Максимов В.А., Давыдова Е.Н., Хазан П.Л. Стратегия при лечении доброкачественной гиперплазии предстательной железы. Интермиттирующий режим дозирования / Т.С. Перепанова [и др.] // *Русский медицинский журнал*. –2004. –№ 24: *Клинич. рекомендации и алгоритмы для практикующих врачей. Хирургия. Урология*. –С. 1458-1461.
9. Сивков А.В. Медикаментозная терапия доброкачественной гиперплазии предстательной железы // *Доброкачественная гиперплазия предстательной железы / Под ред. Н.А. Лопаткина*. - М., 1997. - С.67-83.
10. Importance of understanding the epidemiology and natural history of BPH / M.J. Barry [et al.] // *Proceedings of the Fourth International Consultation on Benign Prostatic Hyperplasia (BPH), Paris, July 2-5, 1997*. –Atlanta, Ga, 1998. –P. 25.

ОСОБЛИВОСТІ ОСОБИСТІСНОГО РЕАГУВАННЯ ХВОРИХ З ДОБРОЯКІСНОЮ ГІПЕРПЛАЗІЄЮ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ НА ЗАХВОРЮВАННЯ

В.І. Очкаляс

У статті викладено результати дослідження вкрай важливою проблемою є особливості акцентуації характеру, тривоги і особистісного реагування хворих на доброякісну гіперплазію представницької залози на захворювання.

Встановлено, що психологічний профіль хворих ДГПЖ характеризується високими показниками особистісної та ситуативної тривожності, а також депресії з фіксацією на захворюванні і оцінкою свого стану як несприятливого, що в поєднанні з високою питомою вагою тривожно-недовірливого радикала в преморбідно-особистісній структурі обумовлює домінуючий тривожний тип ставлення до хвороби. Обговорюються підходи до надання психотерапевтичної допомоги.

Ключові слова: доброякісна гіперплазія передміхурової залози, непсихотичні психічні розлади, акцентуації характеру, тривога, типи реагування на захворювання

FEATURES OF PERSONAL RESPONSE PATIENTS WITH BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA PROSTATE CANCER IN DISEASE

V.I. Ochkołas

The article presents the results of the study is extremely important problem is especially character accentuations, anxiety and personal responses in patients with benign prostatic hyperplasia disease.

Found that the psychological profile of patients with BPH is characterized by high levels of personal and situational anxiety, and depression with the fixation on the disease and evaluation of its status as a negative, which in combination with a high proportion of anxiety and mistrust in the radical-premorbid personality structure determines the dominant type of disturbing the relationship to the disease. Approaches to the provision of psychological care are considered.

Keywords: benign prostatic hyperplasia, nonpsychotic mental disorders character accentuation, anxiety, types of response to disease