

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ ОПУХОЛЯМИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В СРАВНИТЕЛЬНОМ АСПЕКТЕ

В. В. Марилов, И. Е. Данилин

Кафедра психиатрии и медицинской психологии РУДН

Исследования психического состояния онкологических пациентов указывают на широкую распространенность психопатологических нарушений при этом виде патологии (4, 8, 9). Успехи онкологии как в области ранней диагностики, уточнения показаний к операции, так и совершенствования хирургического и химиотерапевтического методов лечения позволили заметно улучшить отдаленные результаты лечения и значительно увеличить сроки жизни больных. В связи с этим, все большую актуальность приобретает такой показатель эффективности лечения, как качество жизни пациента, важнейшим компонентом которого является отсутствие психических нарушений (6, 7).

Среди урологических заболеваний у мужчин пожилого и старческого возраста опухолевые поражения предстательной железы являются самыми распространенными (2, 5). В то же время работ, посвященных изучению психических нарушений у данного контингента больных, мало.

Целью данного исследования являлось выявление типичных для пациентов, страдающих раком и доброкачественной гиперплазией предстательной железы, психических нарушений, определение их синдромальной структуры, проведение сравнительного анализа психических нарушений между этими группами больных.

Материал и методы

Была проведена оценка психического состояния 119 больных в возрасте от 41 года до 75 лет. Из общего числа пациентов 80 (67,2%) страдали раком предстательной железы (РПЖ); у 39 (32,8%) больных диагностирована доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ).

Пациенты были обследованы психиатром на базе онкоурологического отделения Центральной клинической больницы Министерства путей сообщения РФ им. Н.А.Семашко и в онкоурологическом центре на базе Московского клинического онкологического диспансера № 1.

При проведении обследования использовались клинический и психометрический методы. Для количественной оценки наблюдавшихся тревожных и депрессивных расстройств применялись следующие

психометрические шкалы: шкала Гамильтона для оценки депрессии (HDRS), включающая 21 пункт; шкала Цунга для самооценки тревоги, включающая 20 пунктов.

Из исследования исключались пациенты с тяжелыми сопутствующими соматическими и инфекционными заболеваниями, дополнительными экзогенными (интоксикации, профессиональные вредности, тяжелые черепно-мозговые травмы), а также имевшие признаки эндогенной психической патологии и выраженного атеросклероза сосудов головного мозга. Обязательным условием отбора являлось отсутствие в преморбиде явных психопатических черт.

Результаты и обсуждение

Психотической симптоматики не было выявлено ни в одном наблюдении. Имеющиеся расстройства ограничивались пограничными психическими нарушениями. Необходимо отметить, что соматические проявления заболевания, несомненно часто являющиеся основой для развития психических (астенических, астено-депрессивных, ипохондрических) нарушений, в нашем исследовании не всегда в полной мере отражали стадию опухолевого процесса. РПЖ длительное время может протекать бессимптомно, появление клинических проявлений чаще свидетельствует о далеко зашедшем процессе. Общими и наиболее распространенными симптомами в обеих группах больных были нарушения акта мочеиспускания: учащенное, иногда болезненное мочеиспускание, вялая струя, затрудненное начало мочеиспускания, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря.

При обследовании больных ДГПЖ психические расстройства обнаруживались у 61,5% пациентов. Лидирующие позиции занимали астенические и аффективные расстройства в рамках астено-ипохондрического синдрома, наблюдавшегося у 23,1% всех обследованных больных. В основе их формирования в большинстве наблюдений лежали переживания, связанные с опасениями и страхом перед возможностью злокачественной опухоли. Поровну (15,4%) были представлены астено- и тревожно-депрессивный синдромы. У 3 (7,7%) больных ДГПЖ отмечалась обсессивно-фобическая симптоматика.

Психические расстройства разной степени выраженности были выявлены у всех обследованных больных РПЖ. Астенические аффективные и неврозоподобные расстройства в рамках тревожно- и астено-депрессивного синдромов, в развитии которых основную роль играли психогенные факторы и, прежде всего, осознание факта онкологического заболевания, выявлялись в 66,3% наблюдений. Больные предъявляли жалобы на чувство внутренней напряженности, возросшее беспокойство, подавленное настроение. Мысли о болезни приобретали доминирующий характер и диагноз «рак» воспринимался пациентами как синоним слова «приговор». Наиболее распространенными и укоренившимися были такие отрицательные установки как: «рак неминуемо приводит к скорой смерти» и «любое лечение рака является малоэффективным и сопряжено с опасными для жизни побочными эффектами». Астено-ипохондрическая симптоматика выявлялась при обследовании у 17,5% больных РПЖ. В эту группу входили пациенты в чьем состоянии отчетливо прослеживалась фиксация на состоянии органов и систем, не затронутых основным онкологическим процессом, а также убежденность в крайне плохом соматическом состоянии, чему противоречили данные обследования. Симптоматика обсессивно-фобического синдрома, включавшая напряженность, наличие мучительных навязчивостей, главным образом в виде тревожных сомнений, «умственной жвачки», навязчивых представлений, выявлялась у 9 (11,2%) пациентов с РПЖ. Астено-дисфорический синдром, ядром которого являлось сочетание сниженного настроения с преобладанием тоски и повышенной раздражительности, склонности к фиксации на отрицательных эмоциях, агрессивному типу реагирования, был выявлен у 4 (5%) больных РПЖ.

Наиболее общие для пациентов с РПЖ и ДГПЖ изменения в психическом состоянии были представлены прежде всего астеническим симптомокомплексом. Астенический фон «проходил красной нитью» (3) сквозь картину имевшихся психических и соматических нарушений, обуславливая повышенную утомляемость, трудности концентрации внимания, резкие перепады настроения, ощущение разбитости. Большинство обследованных предъявляло жалобы на общую слабость, вялость, снижение физической и мыслительной продуктивности, аффективную несдержанность и раздражительность. Следует отметить, что в группе больных РПЖ соматогенная астеническая симптоматика, «окрашивающая» все остальные, более сложные психопатологические феномены, была выражена ярче.

Отмечая своеобразие депрессивных проявлений при ДГПЖ, следует подчеркнуть, что они, как правило, отличались меньшей глубиной, чем при РПЖ. Важно отметить, что у этих двух групп больных имели место существенные различия в восприятии самого факта основного заболевания, что находило отражение в картине развивающихся депрессивных нарушений.

Такой важный компонент депрессии, как чувство вины, самообвинения значительно чаще отмечались у больных РПЖ. Его проявления носили своеобразный двойственный характер и могли быть представлены как мучительными размышлениями о прошлых ошибках, досадой на то, что многое было не сделано для того, чтобы предотвратить заболевание, так и восприятием онкологического процесса как «наказания за эгоизм, безволие, себялюбие». Подобных переживаний не было отмечено у больных ДГПЖ.

Суицидальные мысли и намерения не высказывались больными прямо ни в одной из обследованных групп пациентов. Однако, в беседах с больными РПЖ нередко приходилось слышать о «бессмысленности» всего происходящего вокруг, собственного существования, дальнейшего лечения, что на наш взгляд, являлось эквивалентом суицидального мышления в структуре депрессии. При обследовании пациентов, страдавших ДГПЖ, с подобного рода переживаниями сталкиваться не приходилось.

Бессонница являлась самым распространенным нарушением, которое звучало в жалобах больных обеих групп. Не удалось выявить закономерностей, присущих именно этому виду расстройств, характерных для какого-либо конкретного психопатологического синдрома при раке или аденоме предстательной железы. Отмечалось лишь незначительное увеличение частоты ранних утренних пробуждений у больных с тревожно-депрессивным синдромом как одной, так и другой обследуемых групп.

При оценке такого критерия депрессивных расстройств, как снижение работоспособности, было важно учитывать возрастные изменения и сопутствующие соматические заболевания, способные сами по себе приводить к общему снижению физической и психической активности. Наибольшие трудности встретились именно при дифференциальной диагностике данной категории расстройств как проявления депрессии. Во-первых, большую роль играло субъективное восприятие пациентами своего состояния, во-вторых, так как снижение работоспособности происходило на протяжении определенного, иногда довольно длительного промежутка времени, то во многих случаях было трудно четко определить его этиологическую основу и непосредственную связь с психотравмирующей ситуацией. Необходимо было также учитывать и тот факт, что мысли и ощущение несостоятельности, чувство усталости и слабости, связанные с деятельностью, в ряде случаев могли быть проявлением астенической симптоматики, «окрашивающей» практически все психопатологические нарушения у больных соматическими заболеваниями (1). Как правило, нарушения работоспособности и активности у больных с депрессивными расстройствами при ДГПЖ ограничивались вышеописанными проявлениями, соответствующими одному баллу по шкале депрессии Гамильтона в пункте «работоспособность». У пациентов с РПЖ в большинстве слу-

**Количество баллов по шкале оценки депрессии
Гамильтона в группах больных РПЖ и ДГПЖ**

Синдромы	Среднее значение количества баллов		Достоверность различий
	ДГПЖ	РПЖ	
Тревожно-депрессивный	13,3±1,4	21,0±0,9	p<0,001
Астено-депрессивный	9,6±0,8	18,2±0,8	p<0,001
Астено-ипохондрический	12,2±0,9	17,4±1,2	p<0,005
Обсессивно-фобический	11,7±1,4	18,1±1,2	p<0,05

чаев имели место более выраженные расстройства в виде утраты интереса к занятиям, ранее доставлявшим больным удовольствие, а также в нарастании апатичности и нерешительности.

Вегетативные расстройства, как показатель соматической тревоги при депрессивных состояниях, чаще отмечались у больных РПЖ. При проведении данного исследования был необходим, прежде всего, дифференцированный подход к оценке вегетативных дисфункций. Так, например, учащение мочеиспускания является одним из частых проявлений соматической тревоги. В то же время, данное расстройство характерно, а часто является единственным симптомом основного заболевания как при РПЖ, так и при ДГПЖ. Поэтому, даже учитывая тот факт, что многие пациенты отмечали увеличение частоты мочеиспусканий в состоянии эмоционального напряжения, мы не могли рассматривать данный симптом в качестве объективного показателя вегетативных расстройств.

Такие проявления, как тахикардия, колебания артериального давления, повышенное потоотделение, покраснение кожных покровов, а также диспепсические явления могут выступать в качестве побочных эффектов препаратов, используемых для лечения как аденомы, так и рака предстательной железы. Поэтому, прежде всего, учитывалась связь имеющихся расстройств с состояниями эмоционального напряжения, иными показателями депрессивных и тревожных проявлений, а также непосредственно эмоциональное сопровождение имеющихся нарушений. При этом, проявления вегетативной дисфункции сердечно-сосудистой и дыхательной систем были гораздо более выраженными у больных РПЖ. В трех случаях они достигали уровня вегетативных кризов, протекавших по схеме «панических атак».

Сравнительные соотношения количества баллов по шкале депрессии Гамильтона у больных раком и аденомой предстательной железы представлены в табл. 1.

Из представленной таблицы видно, что депрессивные проявления у больных РПЖ, клиническая картина психических нарушений которых укладывалась в рамки четырех вышеописанных синдромов, были достоверно более выраженными. При этом, для пациентов с тревожно- и астено-депрессивными расстройствами определяется очень высокая ($p<0,001$) достоверность различия. Для пациентов с астено-ипохондрическими расстройствами в группах больных раком и аденомой предстательной железы достоверность различия также высокая. При сравнении групп пациентов с обсессивно-фобическими расстройствами показатель достоверности несколько ниже, что объясняется малой представленностью данных нарушений в обеих группах больных.

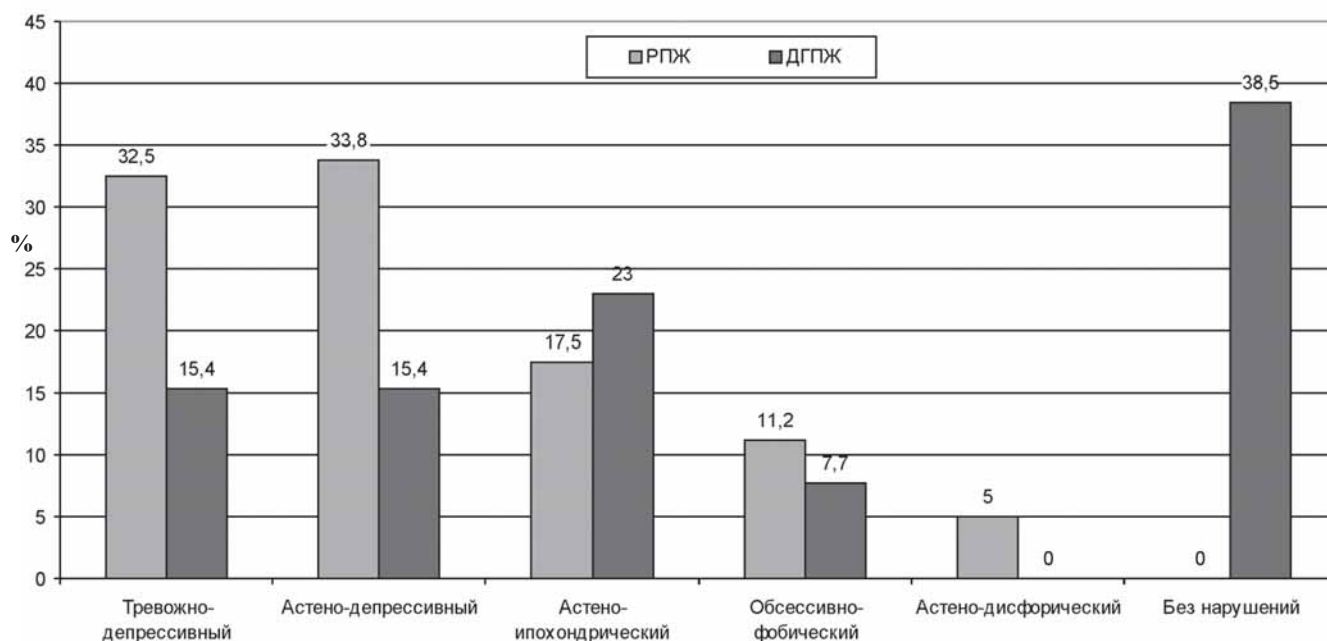
Ипохондрические расстройства не встречались в изолированном виде ни в одной из обследованных групп. Во всех наблюдениях им сопутствовала тревожная симптоматика, часто являвшаяся отражени-

ем общего повышенного уровня тревожности пациентов. Данную категорию нарушений также в большинстве случаев сопровождали аффективные расстройства, всегда в виде снижения настроения, хотя глубина депрессивных нарушений в большинстве наблюдений была меньшей, чем у пациентов с тревожно- и астено-депрессивными синдромами. При психометрической оценке проявлений депрессии у пациентов с ипохондрическими расстройствами определялось в среднем меньшее количество баллов по шкале Гамильтона. Ипохондрической симптоматике, как в одной, так и в другой группе пациентов, во всех наблюдениях сопутствовал астенический симптомокомплекс, что позволяло выделять наблюдаемые расстройства в рамках астено-ипохондрического синдрома. Среди ипохондрических переживаний больных ДГПЖ ведущее место занимали опасения относительно возможности злокачественной опухоли, подозрения в том, что врач скрывает от больного правду об истинной природе заболевания. Среди пациентов, страдавших РПЖ, ипохондрические расстройства проявлялись, прежде всего, в оценке своего соматического состояния как более тяжелого, поиске доказательств тому, что врачи недооценивают тяжесть состояния пациента и делают не все возможное для правильного лечения, упускают время, в течение которого еще можно оказать реальную помощь. Говорить о канцерофобии у больных раком предстательной железы не представляется возможным, так как все пациенты были осведомлены о злокачественном характере своего заболевания. В то же время, канцерофобические переживания выявлялись анамнестически у большинства пациентов с астено-ипохондрическим и тревожно-депрессивным синдромами на этапе появления первых симптомов основного заболевания.

Соотношение частоты (%) психопатологических синдромов, выявленных при обследовании у больных раком и аденомой предстательной железы, представлено на рисунке.

Была также проведена оценка частоты того или иного обнаруженного синдрома в двух группах больных (табл. 2).

Описывая особенности психических расстройств при опухолях предстательной железы, необходимо отметить, что их этиологической базой в абсолютном большинстве наблюдений являются психогенные факторы, что также было отмечено в проводив-



Соотношение частоты (%) психопатологических синдромов, выявленных при обследовании у больных раком и аденомой предстательной железы

шихся ранее исследованиях психического состояния пациентов с ДГПЖ (3). Так, для каждой из групп пациентов, независимо от характера выявляемых психических расстройств, были характерны некоторые общие переживания, лежавшие в основе формирования психогений:

1. Все пациенты были достаточно осведомлены об опасности злокачественных новообразований. Возможность борьбы с раковой опухолью, которая может дать какие-то гарантии, пациенты видели в оперативном удалении предстательной железы. К сожалению, проведение данного вмешательства требует выполнения целого ряда условий, таких как хорошее физическое состояние больного, ранняя стадия основного заболевания, отсутствие метастазирования опухоли. Большинство обследованных больных обращалось к врачам на той стадии заболевания, когда выполнение радикальной простатэктомии было уже невозможным. Предложение иного метода лечения воспринималось многими пациентами как показатель бессилия медицины перед их заболеванием, что являлось поводом для сомнений

относительно действий лечащего врача, правильности назначаемого лечения и звучало в жалобах пациентов как фактор, способствовавший усилению эмоционального напряжения и выраженности психопатологических расстройств.

2. У пациентов, перенесших операцию орхэктомии, большое значение приобретал психогенный фактор «калечащей операции». Больные, даже не жившие к моменту заболевания половой жизнью, испытывали «шок», узнавая о предстоящем лечении. Пациентов угнетала неопределенность в дальнейшем формировании семейных и социальных взаимоотношений, сомнения, относительно того, примут ли их «такими», какова будет реакция супруги и тех членов семьи, от кого невозможно будет скрыть правду. Необходимо также отметить, что принятие решения о согласии на орхэктомию было чрезвычайно значимым для больных РПЖ. Послеоперационный период часто сопровождался осознанием того, что проведенная орхэктомия не дает гарантий излечения или хотя бы стабилизации процесса. Важным компонентом психогении являлось противоречие между субъективной важностью принимаемого больным решения об операции и тем, что в итоге это решение не вносило определенности в картину болезни.

3. Методика определения содержания в крови простатспецифического антигена (PSA) является основой контроля эффективности проводимого лечения РПЖ. Данное исследование проводится у каждого больного с периодичностью в несколько месяцев. Приближение даты очередного обследования во всех наблюдениях приводило к усилению выраженности психопатологических расстройств. Полученные результаты также оказывали существенное влияние на психическое состояние пациентов. Благоприятная динамика уровня PSA нередко сопровождалась

Таблица 2

Психопатологические синдромы, выявляемые у больных опухолями предстательной железы при первичном обследовании

Синдромы	Выявляемость синдрома %		Достоверность различий
	ДГПЖ	РПЖ	
Тревожно-депрессивный	15,4%	32,5%	$p < 0,05$
Астено-депрессивный	15,4%	33,8%	$p < 0,05$
Астено-ипохондрический	23,0%	17,5%	$p < 0,05$
Обсессивно-фобический	7,7%	11,2%	$p < 0,05$
Дисфорический	0	5,0%	$p < 0,05$
Без нарушений	38,5%	0	$p < 0,001$

кратковременными эйфорическими реакциями. Любая ситуация, сопровождавшаяся эмоциональным напряжением, а также возвращение больных к мыслям о дальнейших перспективах приводили к возобновлению психопатологической симптоматики, нередко в более выраженной форме.

4. Так же, как и пациенты, перенесшие орхэктомию, больные, находившиеся на гормональной и лучевой терапии, отмечали, что важнейшим фактором, определявшим их эмоциональное состояние, являлась неопределенность в дальнейшей перспективе развития заболевания.

У пациентов, страдавших ДГПЖ, психогенной основой формирования пограничных психических расстройств в большинстве наблюдений являлись следующие факторы:

1. Больные ДГПЖ вынуждены были вводить в свою жизнь определенные ограничения, которые так или иначе, по мнению самих пациентов, становились заметны для окружающих. Большую роль играло ограничение физической активности и, соответственно, общения, ограничение возможности передвигаться на дальние расстояния, необходимость большую часть времени находиться в пределах досягаемости туалета. Неловкость, испытываемая больными в связи с частыми позывами на мочеиспускание, а также опасения оказаться в «постыдной» ситуации, страх не удержать мочу, стать объектом прямых или «молчаливых» насмешек, играли роль психогенных факторов, в значительной мере обуславливающих развитие психических расстройств.

2. В связи с нарушениями половой функции, наблюдавшимися при ДГПЖ, ощущение неполноценности возникало у многих больных даже в том случае, если сексуальная активность была к моменту начала заболевания значительно снижена. Сами пациенты объясняли это возникающей необходимостью «объяснять свою несостоятельность болезнью», которая расценивалась ими как «унизительная» и «лишающая достоинства».

3. Для больных, сохранявших значительный уровень физической и психической активности до начала заболевания, появление симптомов ДГПЖ служило «признаком наступившей старости».

Диагноз рака предстательной железы в отличие от аденомы предстательной железы всегда был связан с представлениями о летальном исходе, независимо от стадии процесса и информированности больного о течении заболевания.

В жалобах пациентов, страдавших доброкачественной гиперплазией предстательной железы, гораздо больше внимания уделялось нарушениям сексуальной сферы, в то время как у раковых больных сожаление по поводу снижения либидо и потенции не всегда звучало даже в структуре депрессивных переживаний.

Таким образом, лидирующее место среди пограничных психических расстройств у больных раком предстательной железы занимали астенические, аффективные и невротоподобные расстройства в рамках тревожно- и астено-депрессивного синдромов. В клинической картине психических нарушений у пациентов, страдающих доброкачественной гиперплазией предстательной железы, определялась достоверно меньшая представленность тревожно- и астено-депрессивного синдромов, а на первое место выступали ипохондрические расстройства преимущественно в рамках астено-ипохондрического синдрома. Депрессивные расстройства в структуре всех психопатологических синдромов были менее выражены при доброкачественной гиперплазии простаты, о чем свидетельствуют различия показателей депрессивных проявлений по шкале Гамильтона.

Наличие пограничных психических расстройств у больных РПЖ, а также ДГПЖ требует комплексного подхода в лечении пациентов с опухолями предстательной железы с использованием психофармакологических и психотерапевтических методик, специально разработанных для данной категории пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. – Ростов-на-Дону: Феникс, 1997. – 572 с.
2. Гориловский Л.М. Заболевания предстательной железы в пожилом возрасте. – М., 1999. – 67 с.
3. Захарушкина Т.С., Абоян Н.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.
4. Ромасенко В.А., Скворцов К.А. Нервно-психические нарушения при раке. – М., 1961. – С. 384.
5. Bruce G., Redman D.O. Supportive care, pain management, and quality of life in advanced prostate cancer // Urol. Clin. North Am. – 1999. – Vol. 26, N 2. – P. 375–389.
6. Cull A. Assessment of and intervention for psychosocial problems in routine oncology practice // Br. J. Cancer. – 1995. – Vol. 72, N 1. – P. 229–235.
7. Esper P. Supportive care, pain management, and quality of life in advanced prostate cancer // Urol. Clin. North Am. – 1999. – Vol. 26, N 2. – P. 375–389.
8. Ficarra V. General state of health and psychological well-being in patients after surgery for urological malignant neoplasms // Urologia Internationalis. – 2000. – Vol. 65, N 3. – P. 130–134.
9. Kunkel E.J. Communicating effectively with the patient and family about treatment options for prostate cancer // Seminars in Urologic Oncology. – 2000. – Vol. 18, N 3. – P. 233–240.

MENTAL DISORDERS IN PATIENTS WITH PROSTATE CANCER: COMPARATIVE ASPECT

V. V. Marilov, I. E. Danilin

Patients have been investigated in the oncurology ward of the Semashko Central Clinical Hospital, in the urology unit of the Moscow City Oncological Dispensary and the urology unit of the Moscow City Polyclinic No. 117. Asthenic, affective and neurotic-like disorders have

been found to dominate in patients with prostate cancer and they were found in 66,3%. In patients with benign prostate pathology, these mental disorders were less common, and asthenohypochondric disorders prevailed.