

Когнитивно-поведенческая психотерапия синдрома хронической тазовой боли: специфика проведения и эффективность

А.И. Мелехин

Гуманитарный институт им. П.А. Столыпина, 107076, 1-я ул. Бухвостова, 1-я, д.12/11, корп. 20, Москва, Россия
Многопрофильная клиника женского здоровья «Лагуна-Мед», 129515, ул. Кондратюка, д.2, Москва, Россия

Ответственный за контакт с редакцией: Мелехин Алексей Игоревич, clinmelehin@yandex.ru

Введение. Эффективное лечение абактериального (неинфекционный) простатита (АП) или синдрома хронической тазовой боли (СХТБ) строится на мультимодальной тактике, учитывающей урологический клинический фенотип пациента (по системе UPOINT), коморбидные психические расстройства и психосоциальные факторы риска (болезнь-ориентированная стратегия совладания с болью, катастрофизация, изменения в социальной поддержке).

Материалы и методы. В статье показана ограниченность фармакологического подхода. Выделены цель и мишени когнитивно-поведенческой психотерапии (КПП) при лечении АП/СХТБ. Представлена модифицированная когнитивно-поведенческая модель тревоги о здоровье у урологического пациента. Описан формат и эффективность монотерапии КПП, комбинированного режима с урологической и психофармакотерапией, а также в сочетании с миофасциальными методами физиотерапии.

Результаты. На клинических примерах показана специфика применения когнитивно-поведенческой программы управления урологическими симптомами D.A. Tripp, когнитивно-поведенческой психотерапии пар, соматокогнитивной терапии или терапии усиления эмоциональной осведомленности и выражения.

Выводы. Впервые представлен протокол формирования психологической гибкости у пациента с СХТБ.

Ключевые слова: когнитивно-поведенческая психотерапия, боль, хроническая тазовая боль, простатит, хронический абактериальный простатит, синдром хронической тазовой боли.

Для цитирования: Мелехин А.И. Когнитивно-поведенческая психотерапия синдрома хронической тазовой боли: специфика проведения и эффективность. Экспериментальная и клиническая урология 2020;(1):80-94

DOI: 10.29188/2222-8543-2020-12-1-80-94

Cognitive-behavioral psychotherapy of chronic pelvic pain syndrome: specifics and efficiency

A.I. Melekhin

Humanitarian Institute. P.A. Stolypin, 107076, 1st St. Bukhvostova, 1st, 12/11, building. 20, Moscow, Russia

Multidisciplinary clinic of women's health «Laguna-Med», 129515, st. Kondratyuk, 2, Moscow, Russia

Contacts: Melekhin Alexey Igorevich, clinmelehin@yandex.ru

Introduction. The article shows that effective treatment of abacterial (non-infectious) prostatitis (AP) or chronic pelvic pain syndrome (CSTB) is based on multimodal tactics taking into account the urological clinical phenotype of the patient (according to the UPOINT system), comorbid mental disorders and psychosocial risk factors (disease-oriented strategy of coping with pain, catastrophization, changes in social support).

Material and methods. The limitations of the pharmacological approach are shown. The purpose and targets of cognitive-behavioral psychotherapy (CBT) in the treatment of AP/CPPS were identified. A modified cognitive-behavioral model of health anxiety in a urological patient is presented. The format and efficiency are described monotherapy CBT, combined regime with urological and psychopharmacotherapy, as well as in combination with myofascial methods of physiotherapy.

Results. Clinical examples show the specificity of the application of cognitive-behavioral program of management of urological symptoms of D.A. Tripp, cognitive-behavioral psychotherapy of couples, somatocognitive therapy or therapy to enhance emotional awareness and expression.

Conclusion. For the first time the Protocol of formation of psychological flexibility at the patient with CPPS is presented.

Key words: cognitive-behavioral psychotherapy, pain, chronic pelvic pain, prostatitis, chronic non-bacterial prostatitis.

For citation: Melekhin A.I. Cognitive-behavioral psychotherapy of chronic pelvic pain syndrome: specifics and efficiency. Experimental and clinical urology 2020;(1):80-94

В нейроурологии эффективное лечение хронической тазовой боли является актуальной проблемой [1]. Абактериальный (неинфекционный) простатит (АП) или синдром хронической тазовой боли (СХТБ) составляет 85-90% диагнозов простатита в повседневной клинической практике [2]. У пациентов наблюдается наличие прерывистой или постоянной боли в промежности, тазовой области и/или гениталиях, которая сохраняется в течение 6 месяцев и более без явной причины (например, воспаления, инфекции, травмы), которая объясняла бы наличие боли. Данное расстройство сопровождается гастроэнтерологической (синдром раздраженного кишечника), сексуальной дисфункцией, и различными психопатологическими симптомами [3]. Урологи рассматривают лечение этого заболевания как сложную задачу, т.к. у 2/3 пациентов несмотря на получаемое лечение в течение 1-2 лет и более продолжают иметь урологические заболевания, кроме них у пациента появляется раздражительность, закрытость, ощущение беспомощности, которые приводят к изменениям в мужской идентичности и риску развития большого эпизода депрессии [1,2].

Систематический кохрейновский анализ позволил выделить спектр возможных медикаментозных и немедикаментозных подходов к лечению, но их эффективность по-прежнему недостаточно доказана [4]. Фармакотерапия (например, альфа-адреноблокаторы, антибиотики, ингибиторы 5-альфа-редуктазы и др.), имеет ограниченную эффективность и не дает длительных положительных результатов [1,2].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Лечение хронической тазовой боли остается недостаточно эффективным из-за его многофакторного патогенеза и распространенности у таких пациентов сопутствующих психических расстройств. Например, 78% мужчин на приеме урологов сообщают о маскированных депрессивных симптомах и 5% – о мыслях о самоубийстве («избавиться от этого дискомфорта»). Распространены симптомы депрессии, соматоформного и панического расстройства [5]. Многим пациентам с АП/ СХТБ назначают психофармакотерапию: чаще СИОЗСН (дулоксетин, венлафаксин), реже ТЦА (амитриптилин). Однако и эта тактика терапии также не улучшает качество жизни (КЖ) пациентов и приводит к возвращению урологических симптомов и росту терапевтических барьеров [3,6].

H.S. Miller, предложивший термин стресс-индуцированный простатит (stress prostatitis), провел лечение 218 пациентов с АП/СХТБ, состоящее из обучения техникам снижения стресса, и обнаружил, что 85% сообщили об уменьшении урологических симптомов [7]. D.E. Osborne и J.J. Drabick и соавт. показали, что сочетание альфа-адреноблокаторов и/или миорелаксантов центрального действия и техник управления стрессом улучшает состояние пациентов [8,9]. Несмотря на то, что система урологического фенотипирования UPOINT выделила психосоциальный аспект АП/СХТБ (рис. 1) [10], а в зарубежной практике начали готовить уро-психологов по-прежнему есть недостаток исследований по



Рис. 1. Диагностическая система UPOINT для выявления индивидуального урологического фенотипа пациентов с урологической хронической тазовой болью [10]
Fig. 1 Diagnostic system UPOINT to identify individual urological phenotype of patients with urological chronic pelvic pain [10]

эффективности психотерапии для пациентов этой урологической группы [11].

В связи с этим целью данной статьи является на примере современных зарубежных протоколов когнитивно-поведенческой психотерапии «второй» и «третьей» волны познакомить врачей-урологов и специалистов в области психического здоровья с эффективными психосоциальными немедикаментозными подходами для организации мультимодальной тактики лечения (multi-modal therapy approach) пациентов с АП/СХТБ [3].

РЕЗУЛЬТАТЫ

Психосоциальные предикторы хронической тазовой боли

• **Копинг-стратегии совладания с болью.** У большинства пациентов преобладает болезнь-ориентированная стратегия. Предиктором изменений в физическом компоненте КЖ, инвалидизации у пациентов является изменение поведения в форме «отдыха» от боли. Они избегают похода на работу, в спортивный зал, встреч, снижают сексуальные контакты. До 9-10% мужчин отметили, что данный «отдых» является полезной формой избавления от боли, а 42% наоборот сообщили об усилении боли после длительного сидения. Здоровье-ориентированная стратегия включающая азарт, упорство в выполнении рекомендаций, физические упражнения снижает болевой синдром [5,12].

• **Катастрофизация.** Большая часть пациентов - «катастрофизаторы», т.е. воспринимают, оценивают ощущения в теле как более «ужасные» и «страшные», чем есть на самом деле. Под катастрофизацией понимается иррациональная мысль, или когнитивное искажение, при котором пациент боится ужасного исхода. У пациентов наблюдаются следующие формы катастрофизации: телесных ощущений, боли, нынешней жизненной ситуации, будущего (предвидение всего, что идет не так). Наблюдается тенденция к тревожным руминациям, усиление ощущения беспомощности или предвосхищение болезненных ощущений или других урологических симптомов (например, позыв в туалет). Катастрофизация боли является существенным когнитивным фактором, который связан с хронической тазовой болью и ухудшением психического здоровья, снижением социальной активности, большими симптомами депрессии и рисками изоляции. В частности переживания беспомощности («не могу справиться симптомами», «состояние никогда не улучшится»), является надежным предиктором снижения психологического компонента качества жизни, усилением эмоционального дистресса [5,12-14].

• **Социальная поддержка.** Низкая социальная поддержка у пациентов связана со снижением удовлетворенности КЖ, большей депрессией, тяжестью боли, развитием спектра болевого поведения и инвалидизацией. В практике мы замечали, что когда партнер пациента начинает брать на себя обязанности пациента (более заботливые

Таблица 1. Психосоциальные факторы риска, провоцирующие и поддерживающие симптомы абактериального простатита
Table 1. Psychosocial risk factors that provoke and support the symptoms of abacterial prostatitis

Факторы	Клинические проявления
Симптомы тревоги	<ul style="list-style-type: none"> Тревожные руминации: «а вдруг будет больно», «я понервничал...знаю, что будет дискомфорт и болеть», «а вдруг мне захочется в туалет...», «а вот немного лейкоцитов осталось...»; дисфункциональные принципы: терпеть, успеть по максимуму, сомневаться; недостаточно или нет ощущения «контроля» над важными аспектами жизни, ощущениями в теле; мониторинг состояния в теле: наличие или отсутствие дискомфорта, болей (по время прогулки, пробежки); состояние эрекции; формы перестраховочного поведения: 1) запись и обращение к врачу-урологу (ожидание, что скажет «все хорошо», «все в порядке»); 2) сдача анализов; поиск «воспаления» в моче, «изменений в щитовидной железе», «сниженный тестостерон», «увеличение лейкоцитов в секрете простаты»; 3) перед поездками покупка и прием «витаминов», альфа-адреноблокаторов, антибиотиков, болеутоляющих (без назначения врача); 3) избегание физической активности, сексуальных контактов с партнером; 4) одеваться в более теплую одежду, прогреть сиденье машины; 5) туалетное (очистительное) поведение (перед выступлением, совещанием, поездкой куда-то, когда скучно); 6) не посещать спортивный зал; пре- и интрасомнические нарушения. постсомническая мобилизация (утренняя паническая атака); изменения в аппетите (эмоциональный голод); усиление боли во время стрессовых эмоциональных событий; изменения в сексуальном функционировании (снижение либидо, ощущение «неполной эрекции»); прием алкоголя и лекарств (феномен «лечения в аптеке»).
Симптомы депрессии	<ul style="list-style-type: none"> Интернализация эмоций: не проговаривает эмоции, держит в себе (злость, обида, непонимание); чувство беспомощности, слезливость, грусть, отсутствие сил; негативные мысли о себе (мужская идентичность) и о будущем; проблемы со сном в форме ранних пробуждений. кошмары (смерть отца, рождение недоношенного ребенка, смерть ребенка); депрессивный реализм/руминации; чувство бесполезности, неуместной вины; трудности принятия решения.
Обезболивающий отдых	<ul style="list-style-type: none"> Использование отдыха, бездействия в качестве основной стратегии преодоления или «избегания» боли; минимизация физических нагрузок.
Семейный дистресс	<ul style="list-style-type: none"> Супруг/партнер активно выполняет большую часть повседневной деятельности пациента; также пытается успокоить, заботиться, переубеждает; супруг/партнер часто раздражается, ощущает сильное напряжение (негативное или наказывающее поведение, гневливый аффект).
Катастрофизация боли	<ul style="list-style-type: none"> Сильное беспокойство по поводу боли («А вдруг не закончится»); мысли о «наказание болью»; трудности отстраниться от мыслей и других мучительных болевых событий (преувеличение, «Я постоянно думаю о других болезненных событиях»); сниженная надежда на то, что смогут справиться с болью. Ощущение беспомощности («Я чувствую, что не могу продолжать жить»).

утешающие ответы на болевое поведение), то снижается социальная активность, преобладает сидячий образ жизни, что увеличивает риски депрессии и усиления боли. Повышенное отвлечение внимания от ощущений в теле в результате поддержки пациента уменьшает влияние боли на инвалидизацию, хотя не влияет на качество жизни и депрессию [15]. В связи с этим рекомендуется применять технику «золотой момент»: 1) проводить время с пациентом без фокусирования на телесных ощущениях; 2) присутствовать в актуальном моменте с пациентом; 3) участвовать в совместной деятельности и наслаждаться процессом. Вы и деятельность – главное внимание [15,16].

В таблице 1 приведены суммированные общие факторы [17,19] риска, провоцирующие и поддерживающие симптомы АП/СХТБ.

Цель и мишени когнитивно-поведенческой психотерапии (КПП) абактериального простатита

Применение когнитивно-поведенческого подхода при лечении АП/СХТБ началось с 2007 года с 8-недельной

программы управления психосоциальными рисками D.A. Tripp и соавт [20]. На рисунке 2 представлены основные мишени данной программы.

Применение этой программы показало, значительное и клинически значимое уменьшение боли (50%), социальной изоляции (60%) и катастрофизации (62%). Сокращение катастрофизирующей реакции уменьшило урологические симптомы. Однако не было выявлено никаких изменений в симптомах депрессии. КПП в урологической практике тазовой боли — это не однородный процесс, а многомерный и персонифицированный подход, учитывающий не только урологический клинический фенотип пациента, но и его психические, личностные особенности. Повышенное внимание уделяется психообразованию, т.е. улучшению понимания пациентом, что такое стресс-индуцированный простатит, болевой синдром, как он возникает и какие факторы влияют на него. Пациента знакомят с *когнитивно-поведенческой моделью тревоги о здоровье J.S. Abramowitz и соавт.* (рис. 3) и на основе поведенческого

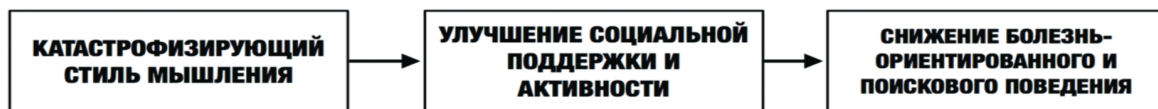


Рис. 2. Основные мишени пилотной когнитивно-поведенческой программы для пациентов с абактериальным простатитом. Д.А. Трипп и соавт. [20]
 Fig. 2 The main targets of the pilot cognitive-behavioral program for patients with abacterial prostatitis. D. A. Tripp et al. [20]

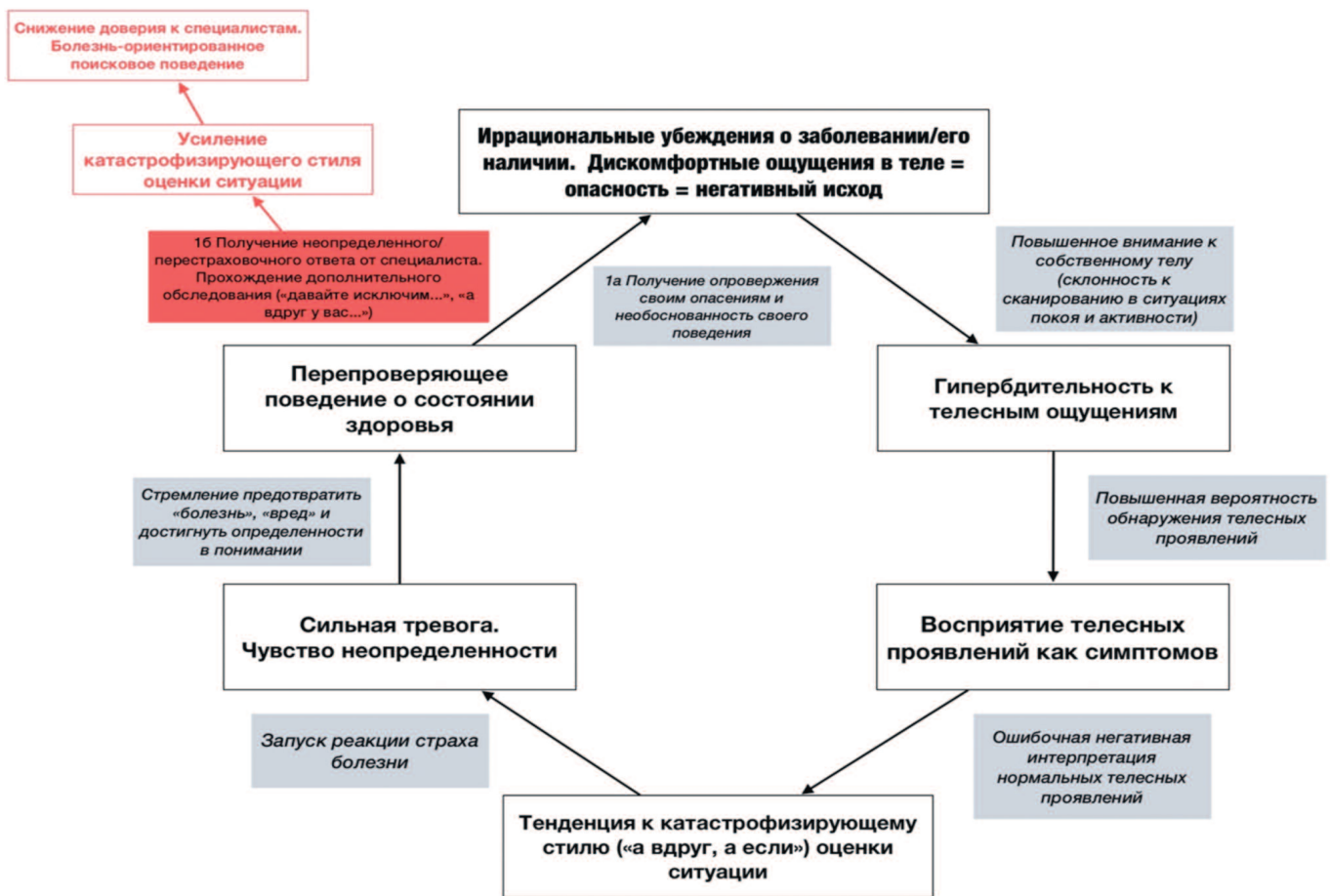


Рис. 3. Когнитивно-поведенческая модель тревоги о здоровье у урологического пациента (по J. Abramowitz et al., 2007 [21], модификация А.И. Мелёхин [17,19]). Примечание. Добавлен блок «получение неопределенного/перестраховочного ответа от специалиста» или ятрогеня, который усиливает болезнь-ориентированное поведение, и ведет к увеличению терапевтических барьеров.
 Fig. 3 Cognitive behavioral model of health anxiety in a urological patient (according to J. Abramowitz et al., 2007 [21], modified by A. I. Melekhin [17,19]). Note. Added the block "getting an uncertain / reinsurance response from a specialist" or iatrogeny, which increases disease-oriented behavior, and leads to an increase in therapeutic barriers.

анализа составляется персонифицированная модель [21].

На основе индивидуальной модели тревоги о здоровье пациенты получают инструкции о преимуществах и конкретном использовании когнитивных и поведенческих стратегий для минимизации восприятия ситуаций как стрессовых, так и болевых проявлений. Таким образом, цель КПП АП/СХТБ: снижение у урологического пациента психологического дистресса за счет повышения психологической устойчивости, путем: 1) инициации чувства надежды (помощь пациенту обрести веру в то, что он может самостоятельно управлять симптомами); 2) усиление самоуправления (за счет обучения когнитивным и поведенческим навыкам ориентированным не только на гибкую адаптацию к стрессовым ситуациям, но и на здоровье-ориентированное поведение, доверия к своему телу); 3) разрушения установленных шаблонов катастрофизирующего («а вдруг», «если...то») и дихотомического («хорошо-плохо», «не нормально – нормально») мышления; 4) усиления у пациента способности к антиципации проблем с их эффективным самоуправлением; 5) обучения пациентов тому, как применять и поддерживать свои вновь приобретенные навыки, чтобы они стали привычными.

Мишени КПП АП/СХТБ:

- Минимизация негативного представления о здоровье и болезни. Склонности наклеивать на себя ярлыки-проблемы («со мной что-то не так»);
- минимизация поискового болезнь-ориентированного поведения («а почему анализ повышен?», «а вдруг это не урология...», «нужно записаться к врачу»);
- снижение сензитивности, т.е. повышенной чувствительности к висцеральным раздражителям (visceral hypersensitivity) в форме гипералгезии («ощущение кома/шара в промежности», «давления», «резей», «напряжение в животе»), страха боли (pain-related fears); уменьшение негативной когнитивной и эмоциональной реакции на боль;
- снижение негативного телесного дистресса, т.е.

симптом-ответа на стресс (дискомфорт, мнимый позыв к мочеиспусканию) или подавление эмоции;

- снижение повышенного нейротизма и негативной аффективности. Негативного когнитивного смещения при восприятии информации в форме катастрофизации («опять мне плохо») как неадаптивного преувеличения угрозы, которое сопровождается чувством беспомощности, например, страх недержания, неполной эрекции, потери мужественности;
- реорганизация дисфункционального глубинного убеждения: «я беспомощный», «не должен опозориться, потерять лицо... нужно все держать под контролем»;
- психологическая гибкость, оптимальный баланс между проблемно и эмоционально-ориентированными копинг-стратегиями; навыки решения проблемных ситуаций;
- снижение избегающего («туалетного», телесно-сканирующего, лекарственного) поведения, перестраховочного приема препаратов;
- усиление физической (приседания, подъема рук в наклоне, выпады с наклоном) активности [17-19].

КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ПРОГРАММА УПРАВЛЕНИЯ УРОЛОГИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ D.A. TRIPP

Программа управления симптомами АП/СХТБ разработана D.A. Tripp и интегрирует в себе «вторую» и «третью» (third/next wave) волны когнитивно-поведенческой психотерапии [15,16,20,22,23]. Позволяет пациентам почувствовать больший контроль над неприятными симптомами. Это достигается за счет минимизации негативных психосоциальных факторов (катастрофизация, изменения в социальной поддержке, качестве жизни, перестраховочное поведение) влияющие на симптомы АП/СХТБ. Длительность лечения 8 недель. Сессия 60-90 минут. Проводиться в индивидуальном или групповом формате. На рисунке 4 представлены основные психотерапевтические модули.

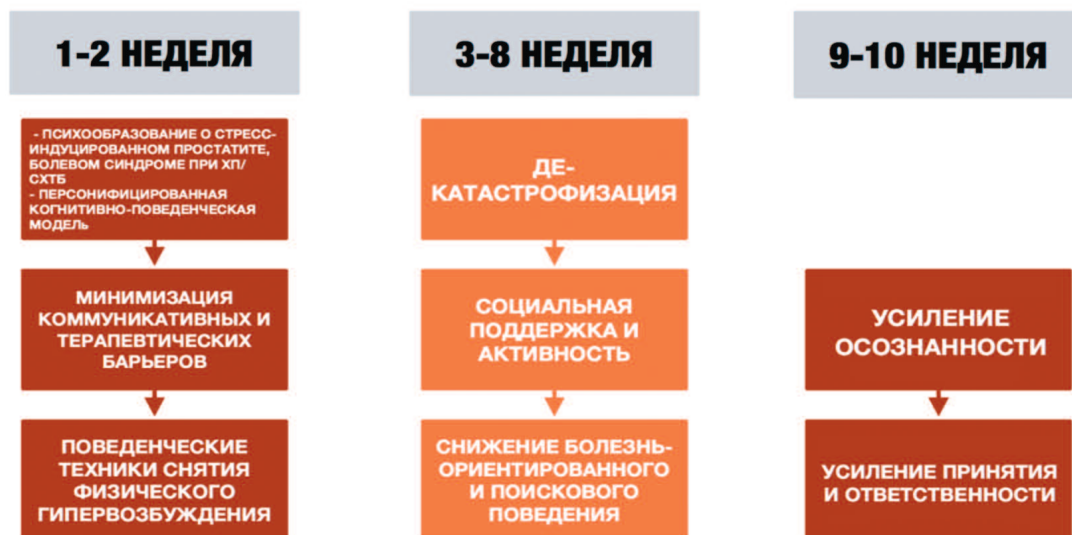


Рис. 4. Основные модули когнитивно-поведенческой программы управления симптомами абактериального простатита Д. Триппа и соавт [3]
Fig. 4 Main modules of the cognitive-behavioral program for managing symptoms of abacterial prostatitis D. Tripp et al. [3]

• **1-2 сессия.** Минимизация коммуникативных и терапевтических барьеров пациентов включает в себя: 1) установление доверительных отношений с пациентом, учитывать субъективную версию развития проблемы. Понимать убеждения, страхи, мотивы относительно его здоровья; 2) усиление совместных решений с помощью общей модели принятия решения); 3) выявление психосоциальных проблем пациента (тревога, депрессия, разочарование в лечении). Применение принципа «понимание контекста» протекания болезни, заключается в выяснении, является ли пациент тревожным человеком, удовлетворен ли он контролем боли, если ли у него стресс в его жизни (в том числе и накопленный), есть ли поддерживающие его люди.

В связи с тем, что пациенты часто не имеют правильной саморелевантной информации о собственном состоянии проводится психообразование об урологических симптомах, боли, ее типичных симптомах, связи с психическим состоянием, стресс-индуцированным небактериальным простатитом. На основе клинического интервью и поведенческого анализа составляется персонифицированная когнитивно-поведенческая модель порочного круга тревоги о здоровье у пациента (рис. 5) [3].

На основе модели порочного круга совместно со специалистом формируются первичные мишени терапии и минимизируется спектр терапевтических барьеров (табл. 2) [3].

Для уменьшения физического гипервозбуждения пациента его знакомят с техникой «4-7-8» А. Weil [3]. Инструкция для пациента: «Выполняйте это два раза в день по 4-8 вдохов каждый раз, когда возникает беспокойство, дискомфортные ощущения в ногах. Поместите кончик языка к небу позади Ваших передних зубов. Полностью выдохните через рот, издавая свистящий звук. Закройте рот и медленно вдохните через нос. Считайте до четырех. Задержите дыхание на счет семь. Выдохните через рот кончиком языка. Если неловко, то попробуйте немного поджать губы. Повторите 4-8 раз».

• **2-3 сессия.** Декастрафизация урологических симптомов и боли. Пациента просят заполнить шкалу катастрофизации боли, полученные результаты обсуждаются с опорой на модель катастрофизации боли (рис. 6).

На основе данной модели с пациентом проводится следующее клиническое интервью [20]:

- Наличие дискомфортных ощущений в теле, боль, что заставляет Вас чувствовать...? (Даем пациенту назвать не мысли, а эмоции. Суммируйте то, что он сообщает);



Рис. 5. Пример порочного цикла поддержания симптомов при абактериальном простатите. Примечание. Пациент, 29 лет, небактериальный хронический простатит, генерализованное тревожное расстройство
Fig. 5 Example of a vicious cycle maintaining symptoms in abacterial prostatitis. Note. Patient, 29 years old, non-bacterial chronic prostatitis, generalized anxiety disorder

Таблица 2. Виды терапевтических барьеров у пациентов с абактериальным простатитом
Table 2. Types of therapeutic barriers in patients with abacterial prostatitis

Вид барьера	Описание
Тактика лечения	<ul style="list-style-type: none"> • Недоверие к стандартным тактикам лечения; • нехватка понимания тактики, оценки эффективности лечения.
Болезнь-ориентированный	<ul style="list-style-type: none"> • Недостаток понимания предрасполагающих, провоцирующих и поддерживающих факторов расстройства; • недостаток знаний в области «контроля» симптомов; • сосредоточенность на наличии органических нарушений.
Личностные особенности	<ul style="list-style-type: none"> • Невозможность полностью рассказать проблему специалисту; • убеждение что «врачи не помогут», «данное лечение не поможет»; • страх перед побочными эффектами препаратов и «не справиться с психотерапией»; • ожидание «быстрого лечения».

- Что Вы начинаете делать, чтобы помочь себе? (*Не забывайте делать паузы во время вопросов*);

- Мы знаем, что каждый человек сталкивается с болью в какой-то момент своей жизни. Может быть головная боль, боль в спине, суставах и та боль, которую Вы описали. Некоторые люди испытывают боль, которая постоянная, хроническая, в то время как другие испытывают ту боль, которая намного мягче. Вы знаете таких людей, у кого есть такая боль? (*Использование этого вопроса социального равнения необходимо для усиления у пациента спектра поведенческих моделей болевого поведения*);

- Я понимаю, что боль создает стресс для Вас. Знаете ли Вы, что восприятие ситуаций как стрессовых также усиливает боль в Вашем теле? (*Пауза*);

- Мы знаем, что боль, которая остается необработанной, может быть неправильно понята Вами, и это приводит к большему стрессу, что нехорошо для Вашего тела и мыслей. Эта связь между болью и стрессом кажется ли Вам реальной?

- Можете ли Вы привести примеры, когда другие люди, которых вы знаете, пытаются справиться со своей болью и есть ли связь со стрессом?» (*Пауза*)

— Это соответствует Вашему опыту боли?

— Вот почему меня интересует типы мыслей и эмоций, которые возникают у Вас, когда испытываете дискомфортные ощущения в теле, боль – потому – что связь, которая существует между болью и стрессом, не очень хорошо описана в медицине, согласны?

- Если мы сможем понять, как этот цикл боли и стресса может повлиять на Вас, это может стать важным шагом от ее избавления. Вот список утверждений (рис. 6), которые возникают у людей, когда они испытывают боль.

- Не могли бы Вы сказать мне, как часто Вы имеете похожие на эти мысли, когда испытываете дискомфортные ощущения в теле? Или даже когда Вы ожидаете боль?

- Если бы Вам пришлось выбрать один или два из этих типов мыслей, которые лучше всего соответствуют Вашему состоянию, какие это?

- Понимая Ваш опыт, это поможет обнаружить паттерн болевого поведения, который у Вас есть, и как он влияет на Вас. Это отношение важно знать, потому что если мы понимаем это, то можем рассмотреть возможные решения для уменьшения негативных последствий.

Далее начинается знакомство пациента, заполнение и разбор протокола «Мониторинг реакций на урологические симптомы» для формирования у пациента гибких, адаптивных реакций на телесные ощущения (табл. 3) [20]. Минимизации у пациента тенденции к катастрофизации по отношению к безобидным телесным проявлениям. *Инструкция к протоколу:* «Когда Вы будете замечать, что 1) стали чрезмерно бдительны к телесным ощущениям; 2) обнаружили мышечно-тонические или болевые проявления; 3) появилось изменение в настроении (тревога, подавленность) и суетливость спросите себя: какие буквально мысли (образы) мелькают у меня на данный момент в голове?

Специалист направляет пациента выявлять негативные мысли, связанные с особенным вниманием к телесным проявлениям. Ведение данного протокола позволяет:

✓ **Выявить влияние катастрофизирующего стиля мышления на физическое, психическое состояние.** Многие пациенты, имеющие хронические урологические заболевания, сообщают о трудностях в признании или принятии их мыслей, эмоций, многие из которых связаны с отрицательным эмоциональным состоянием. Наблюдается склонность не замечать, свои катастрофические мысли, которые приводят пациентов к избегающему поведению и последующим негативным реакциям. Полезно, чтобы пациенты отслеживали хронологию появления негативных автоматических мыслей



Рис. 6. Модель катастрофизации урологической хронической тазовой боли (по Д.А. Триппу [15,22])

Fig. 6 model of catastrophization of urological chronic pelvic pain (according to D. A. Tripp [15,22])

и реакции на них, потому что ключевая задача протокола, научить устанавливать связь между своими катастрофизующими мыслями и негативными реакциями. Если у пациента наблюдается повышенная катастрофизация или негативное когнитивное смещение («мое здоровье никогда не улучшится», «это никогда не пройдет», «лечение не поможет», «ни препараты, ни психотерапия не работают», «я знаю что у меня онкология, которую врачи найти не могут» и др.), протокол помогает заменить эти мысли на более реалистичные («да, симптомы могут появляться, но я знаю, что они проходят если с ними не бороться»), что помогает избежать катастрофических оценок и не усиливать дистресс. Это достигается за счет: 1) обсуждения фактических доказательств в поддержку катастрофического мышления; 2) если Вы будете продолжать настаивать на верности своих катастрофичных мыслей, какую выгоду получите? 3) Если бы у Вас был хороший друг, у которого были бы такие же мысли и склонность внимательно прислушиваться к ощущениям в теле как у Вас, что бы ему сказали делать? 4) Как Вы можете себе показать, что на данный момент никакой катастрофы нет? Помимо поведения направленного на перепроверку здоровья (сдача анализов, запись и поход к

врачу), что Вы буквально можете сделать, чтобы увеличить доверие к собственному телу и ощущениям в нем?

✓ **Обесценить перестраховочное болезнью-ориентированное поведение.** Пациент учиться замечать, как он ухудшает свое эмоциональное состояние и сразу формирует поведение направленно на перепроверку состояния своего здоровья. Например, записаться к урологу, чтобы он сказал «все с тобой в порядке». Очень важно, чтобы пациенты понимали связь между своим болезнью-ориентированным мышлением, эмоциями и поведенческими реакциями. Оценили пользу, которую они получают от таких дисфункциональных усилий. Часто урологические пациенты пытаются «контролировать» симптомы. В этих случаях протокол является полезным инструментом, чтобы показать пациенту дезадаптивный характер форм самоуправления симптомами. Заполняя колонку «де-катастрофизация» в протоколе пациентов рекомендуется спрашивать: «как бы они справились, если бы негативное событие действительно произошло» (назвать пять сценариев). Это побуждает пациентов рассматривать спектр вариантов или вопрос: «Вы много говорите, что у Вас не так, а что с Вами так?». Также пациенту следует показать, [img alt="small red square icon"]

Таблица 3. Пример заполнения протокола «Мониторинг реакций на урологические симптомы и де-катастрофизация»
Table 3. Example Protocol «the Monitoring of reactions on urological symptoms and decatastrophize»

Ситуация	Мысли	Эмоции	Поведение	Де-катастрофизация
Какое событие, ситуация произошла? Какие физические симптомы вызывают у Вас настороженность/огорчение?	Что Вы начинаете говорить себе в этой ситуации? Какие мысли или образы были у Вас в это время? Насколько Вы верили в свои мысли в это время (вера 0-100%)	Какие эмоции Вы чувствовали в это время? Какова была интенсивность этих эмоций (интенсивность 0-100%)	Что Вы делали со своими мыслями и эмоциями в этот момент? Как Вы отреагировали?	Приведите буквальные и фактические доказательства того, что Ваши мысли верны? Если я буду продолжать настаивать на верности своих мыслей, какую выгоду я получу? Если бы у меня был хороший друг, у которого были бы такие же мысли как у меня, что бы я ему сказал делать?
Сажу на лекции, прислушиваюсь к себе. Дискомфорт ниже живота (М, 23)	«У меня наверно проктология... а не урология... а вдруг рак кишечника...» (90% веры) «Сколько можно, когда уже отпустить это?» (80% веры)	Страх (70), раздражение (90)	Трогаю живот. Мну его. Концентрируюсь на мыслях о негативном исходе. В интернете читаю, что означают данные симптомы. Не могу сидеть на месте, трясу ногой. Ищу, к какому врачу записаться.	Это мои страхи в голове, по факту нет доказательств. Выходы, да это вред. А также желание уйти, скучно. Я бы сказал ему «понаблюдай за собой, что ты паникуешь».
Легкое ощущение жжения при мочеиспускании (М,39)	«А вдруг это онкология... то мешает мне жить...» «Нужно сдать анализы ... это на всю жизнь» (90% веры)	Страх, (80) Раздражение (80)	Прислушивание к себе. Замирание. Концентрация на негативном исходе. Сдача анализа мочи. Срываюсь на близких.	Это мой стереотип поведения, я не доверяю себе. Я привык так реагировать Понимаю, что это вред для моей нервной системы. «Не паникуй и не делай катастрофу. Наблюдай. Переключи фокус внимания!»
Мысли «а вдруг я не ходил в туалет и будут боли» (М,33)	«Мне захочется в туалет в самый неподходящий момент и это будет сопровождаться болью. Мне будет неприятно. И я еще раз пойму, что я болен и это не лечится» (95% веры)	Страх (70) Настороженность (70) Раздражение (90)	Концентрация внимания только на мыслях про туалет и боль. Откладываю все дела.	Никаких доказательств нет, я так привык делать, чтобы удостовериться что все хорошо. Выгоды от такого поведения выгоды от него, что я могу какие-то дела отложить и не делать. «Что ты паникуешь, наблюдай»
Мысли «а вот у меня будут проблемы с эрекцией...вдруг не справлюсь» (М,39)	«У меня точно будут проблемы с эрекцией. Я не соответствую нормальности. У меня будет потеря чувствительности. Я не знаю когда пройдет этот страх...не знаю когда прекратятся мои проблемы»	Страх (90) Паника (80)	Убеждаю себя, что я жертва обстоятельств. Обвинение близких. Прислушивание к себе, ощущениям в теле. Поиск информации про проблемы с эрекцией в интернете.	Нет никаких доказательств, я привык верить в свои мысли и «свою голову» Выгоды от такого поведения не вижу «Не паникуй по факту все в порядке!»

сколько сил (в %) он тратит на перестраховочное болезнью-ориентированное поведение. Это достигается за счет протокола распределения сил (табл. 4) [3].

• **4-5 сессия.** Выявление и минимизация дефицита социальной поддержки, практикуются навыки самоутверждения («Я чувствую...», «Да..., но...»), которые применяют в межличностных отношениях. Усиливаются навыки доверия к собственному телу за счет без оценочного наблюдения (принцип «глаза новичка») и расши-

ренного внимания («Что еще есть помимо этих ощущений?» – назвать 5 вещей).

• **Сессия 6-8** возвращение к протоколу для выявления спектра форм избегающего поведения и составление поведенческого алгоритма по их минимизации. Поведенческая активация с акцентом на мониторинг получения удовольствия (от 0 до 10 баллов). На основе модели порочного круга, составляется расширенная модель тревоги о здоровье (рис. 7).

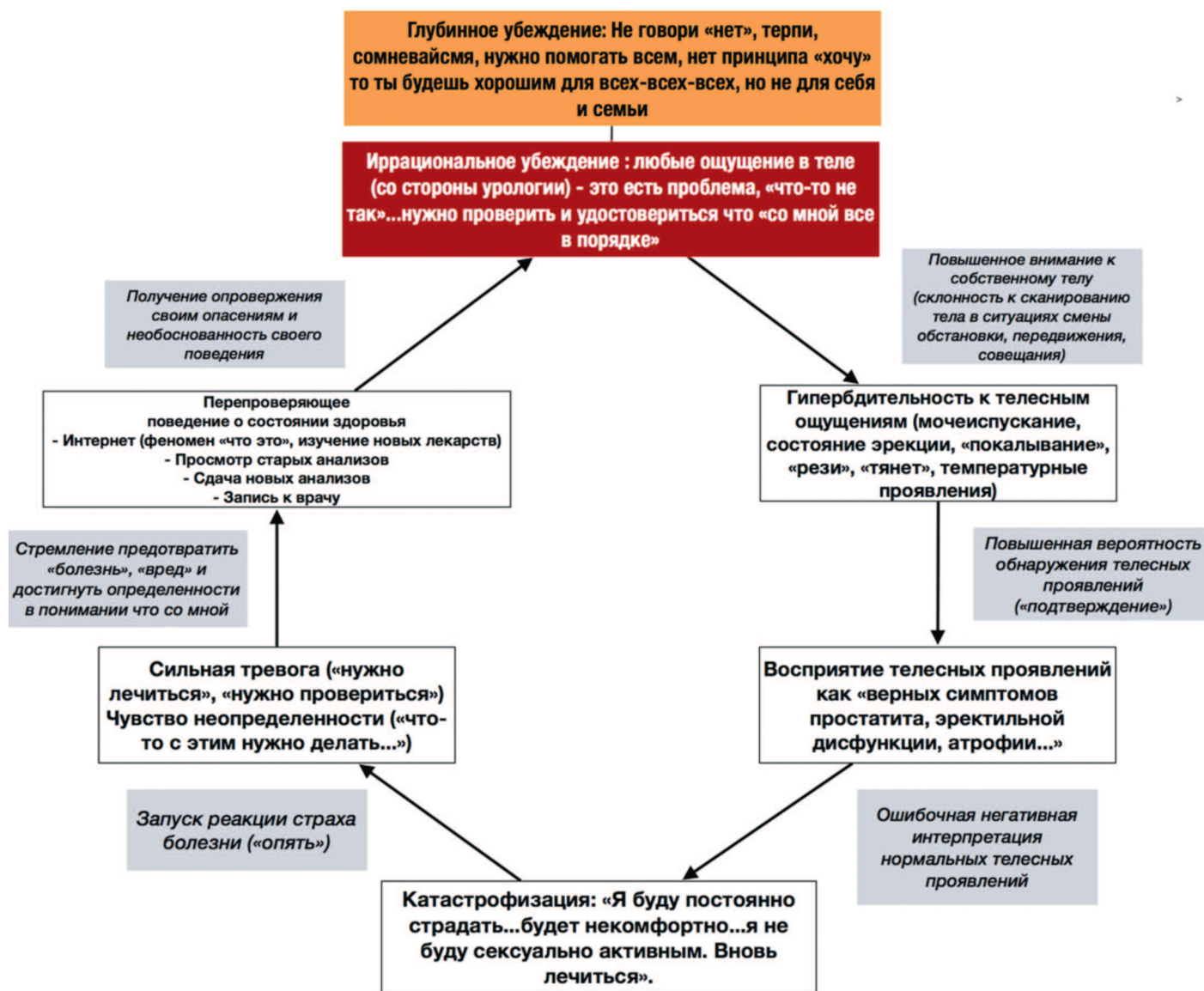


Рис. 7. Пример персонализированной модели тревоги за здоровьем у урологического пациента. *Примечание.* Пациент, 29 лет, небактериальный хронический простатит, генерализованное тревожное расстройство

Fig. 7 Example of a personalized model of health anxiety in a urological patient. Note. Patient, 29 years old, non-bacterial chronic prostatitis, generalized anxiety disorder

Таблица 4. Пример заполнения протокола минимизации перестраховочного болезнью- или боль-ориентированного поведения пациентом с хроническим простатитом

Table 4. Example of filling out a Protocol for minimizing reinsurance disease-or pain-oriented behavior by a patient with chronic prostatitis

Форма перестраховочного поведения (мысли, поведение)	Сил потратили на болезнью-ориентированное поведение (0-100%)	Альтернативное поведение	Сил потратил на здоровье-ориентированное поведение (0-100%)	Сколько сил сохраняете?
«Заехал в аптеку купил бисептол/уролесан, свечи, баночку для сдачи мочи. Прислушивался к себе. Надавливал на живот» (M,39)	90%	Спокойно наблюдаю какое-то время. Расслабляю живот, уберу напряжение в плечах.	30%	60%

• 9-10 сессия. Пациентов обучают технике сканирования тела и доверительного отношения к нему, формированию внутренней шкалы «что со мной так?» (табл. 5) [3].

Дополнительно пациента знакомят с техниками осознанного дыхания и приема пищи [3]. С помощью протокола «психологической гибкости пациента» (рис. 8),



Рис. 8. Протокол формирования психологической гибкости (протокол терапии принятия и ответственности при синдроме хронической тазовой боли) [24]
 Fig. 8. Protocol of psychological flexibility formation (Protocol of acceptance and responsibility therapy for chronic pelvic pain syndrome) [24]

Таблица 5. Протокол сканирование тела и усиления доверия к телу [24]

Table 5. Body scan Protocol and body confidence enhancement [24]

Шаги	Описание
1. Подготовка	Выбрать тихое и уютное место, где Вы можете лечь или сесть. Выключить телефон. Уединиться от людей.
2. «Заземление»	Уберите мобилизацию (опустите плечи, расслабьте руки, живот, облокотитесь на спинку стула, ноги поставьте на пол). Как Вы себя ощущаете? Что Ваше тело Вам говорит? Ощущаете ли вы себя комфортно? Понаблюдайте за своим телом и ощущениями в нем. Обратите внимание на положение, в котором находится Ваше тело. Где есть напряжение? (назовите ощущения, но без оценки).
3. Замедлить бег мыслей. Остановиться. Настоящий момент	Уберите сейчас мысли о прошлом, и будущем. Погрузитесь в настоящее и задайте вопрос: «Что в данный момент от меня буквально требуется?». Как на данный момент я отношусь к своему телу? Позволяю ли я быть к нему дружелюбным(ой)? Понимаю ли я, что мое тело живое?
4. Усиление дружелюбия к телу	Ваше тело и ощущения в нем – это индикатор, от Вас на данный момент требуется признать, что есть спектр ощущений. Признать с невозмутимостью. Не судить и не наклеивать негативные ярлыки на различные части тела («это плохо», «сколько можно», «не нормально»). Не нужно рассматривать определенные дискомфортные ощущения как «врага», «монстра» «предательство со стороны тела», с которым нужно бороться.
5. Сканирование и наблюдение	Мысленно просканируйте тело и обратите внимание на каждую часть своего тела. Двигайтесь снизу – вверх. Любые ощущения приветствуются. Просто осознаем ощущения. Принцип наблюдателя, а не «мыслителя». Помним, Ваше тело - это индикатор состояния и ориентир в жизни.
6. Понимаю свое тело и ощущения в нем	Просто почувствуете свое тело, поприветствуйте все ощущения, которые в нем есть. Не нужно думать, что в теле не так, просто чувствует его – оно ваш ориентир и подскажет, как и куда двигаться сейчас.

состоящего из двух гексафлексов с 6 компонентами позволяющими облегчить такие аспекты как сканирование тела, повышенная терпимость к боли. У пациента развивается принятие нежелательных частных переживаний, а также помогает определить ценности, установить цели [24,25].

Из рисунка 8 видно, что «первый» гексафлекс – это проблемные области пациента. Он служит, чтобы определить проблемные точки, и те области, в которых «застрял» пациент для решения актуальной проблемы (например, постоянное сканирование собственного тела, ожидание боли, переживания о мужской идентичности). «Второй» гексафлекс – это диагностический инструмент, позволяющий выявить какие навыки психологической гибкости есть на данный момент у пациента, а какие необходимо сформировать в ходе терапии, и интегрировать в жизнь. Лечение заканчивается составлением противорецидивного плана, обсуждение регламента выполнения техник, направленных на снижение бдительности к телесным ощущениям [24,25].

КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ И ФАРМАКОТЕРАПИЯ

J. Wang и соавт. изучали эффективность КПП в сочетании с рутинной медикаментозной терапией (левоф-

локсацин, тамсулозин) у пациентов с АП (при лейкоцитах ≥ 10 клеток в посевах эякулята). Все пациенты воздерживались от острой пищи и употребления алкоголя. КПП состояла из двух сессий по 120 минут, еженедельно в течение 12 недель. Показано, что при комбинированной тактике наблюдалось улучшение в индексе симптомов хронического простатита, эректильной функции, шкалам самооценки тревожности и депрессии. По сравнению с пациентами, получающими фармакотерапию, при комбинированном подходе наблюдалось изменение выраженности количества лейкоцитов в секрете предстательной железы [26].

КОМБИНИРОВАННЫЙ ПОДХОД: КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ И ФИЗИОТЕРАПИЯ

R.U.Anderson и соавт. показали эффективность сочетания техник управления стрессом и физиотерапии на снижение боли, мочевых симптомов и сексуальной дисфункции. Ремиссия 6 месяцев [27,29]. На основе этих данных С.А. Brunahl и соавт. предложили комбинированную тактику лечения АП/СХТБ сочетающую протокол когнитивно-поведенческой терапии и миофасциальные методы физиотерапии, которые включают в себя дыхатель-

Таблица 6. Протокол комбинированной терапии пациентов с абактериальным простатитом [11]

Table 6. The Protocol of combination therapy in patients with abacterial prostatitis [11]

Сессия	КПП	Сессия	Физиотерапия
1 ГР (90 мин.)	Введение в программу. Выдача рабочей тетради пациента. Обзор ключевых тем. Введение в ПМР и практика.	1 ИН (60 мин.)	Связь между мышечным напряжением, стрессом и болью; осознание напряжения и расслабления тазового дна мышцы; обучение домашним упражнениям / самоуправлению; масштабирование достижения целей.
2 ГР (90 мин.)	Групповое обсуждение / разбор главы 1 рабочей тетради пациента. Практика ПМР. Поведенческий анализ болевого поведения.	2 ИН (60 мин.)	Рефлективная дыхательная физиотерапия; домашние упражнения.
3 ГР (90 мин.)	Групповое обсуждение / разбор главы 2 рабочей тетради пациента. Практика ПМР. Ознакомление с моделью катастрофизации боли. Поведенческий анализ пациента и составление индивидуальной модели.	3 ИН (60 мин.)	Обсуждение прошедших сессий. рефлективное дыхание, физиотерапия.
4 ГР (90 мин.)	Групповое обсуждение / разбор главы 3 рабочей тетради пациента; Практика ПМР. Отрицательный разговор с самим собой (негативные ярлыки). Анализ поведения. Де-катастрофизация.	4 ИН (60 мин.)	Обсуждение прошедших сессий. Техника живое дыхание животом.
5 ГР (90 мин.)	Групповое обсуждение / разбор главы 4 рабочей тетради пациента. Практика ПМР. Влияние социальных отношений на болевой синдром. Техника «Я сообщение». Анализ поведения с фокусом на социальное взаимодействие.	5 ИН (60 мин.)	Самоуправление состоянием, составление поведенческого алгоритма.
6 ГР (90 мин.)	Групповое обсуждение / разбор главы 5 рабочей тетради пациента. Практика ПМР. Де-катастрофизация фокус социальные отношения. Просьба о поддержке. Тренинг навыков слушания.	6 ИН (60 мин.)	Обсуждение предыдущих сессий. Рефлективная дыхательная физиотерапия. Техники минимизации боли. Осознание изменений во времени.
7 ГР (90 мин.)	Групповое обсуждение / разбор главы 6 рабочей тетради пациента. Практика ПМР. Ознакомление с болезнью-ориентированных и здоровье-ориентированными стратегиями. Роль позитивных самообращений. Поведенческий анализ.	7 ИН (60 мин.)	Обратная связь отдельных сессий. Оценка и осмысление достижения целей. Техники самоуправления мышечно-тоническими проявлениями.
8 ГР (90 мин.)	Групповое обсуждение / разбор главы 7 рабочей тетради пациента. Практика АМР. осуществление ПМР; Выявление и минимизация избегающего поведения или бездействия.	8 ИН (60 мин.)	Обратная связь отдельных сессий. Рефлективная дыхательная физиотерапия. Техники самоуправления болью
9 ГР (90 мин.)	Групповое обсуждение / разбор главы 8 рабочей тетради пациента. Практика ПМР. Оценка изменений во время программы. Пересмотр ключевых проблемных тем пациента.	9 ИН (60 мин.)	Оценка и осмысление достижения целей. Подведение итогов терапии.

Примечание. КПП-когнитивно-поведенческая психотерапия. ГР – групповая сессия. ИН – индивидуальная сессия. ПМР - прогрессирующая мышечная релаксация
Note. CPT-cognitive-behavioral therapy. GR - group session. IN - individual session. PMR - progressive muscle relaxation

ные и расслабляющие техники (COMBI-CPPS) [11]. Интеграция физиотерапии позволяет пациентам расширить возможность взять на себя ответственность за себя и управление болью. Протокол состоит из 9 еженедельных групповых занятий по 90 минут. Сессии сопровождаются раздачей справочных материалов и строятся на основе следующего шаблона: групповое обсуждение заданий (анализ поведения, психообразование), прогрессирующая мышечная релаксация, когнитивная терапия. Групповой формат облегчает формирование новых моделей здоровьес-ориентированного поведения. Размер группы – 10 человек. В таблице 6 показано, что лечение состоит из двух последовательных, чередующихся модулей: когнитивно-поведенческая групповая психотерапия и физиотерапия (как групповая, так и индивидуальная) [11].

На основе данного комбинированного протокола у 72% мужчин отмечалось снижение спектра симптомов хронического простатита, катастрофизации боли и повысилась удовлетворенность качеством жизни. Ремиссия 6 месяцев [11].

КОГНИТИВНО-ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ДЛЯ ПАР

Данный протокол семейной психотерапии (cognitive existential couple therapy) разработан J. Souper и соавт. [29,30]. Он объединяет поддерживающую, экзистенциаль-

ную, системно-семейную и когнитивную терапию. Протокол сосредоточен на восстановлении и поддержании сексуальной функции, психообразовании о здоровьесберегающем и профилактическом поведении, управлении урологическими симптомами, усилении навыков преодоления трудностей в семье (например, проблем рождения детей). Программа состоит из 6 сессий для пар, длительность которых 60-90 минут. Когнитивно-экзистенциальная терапия повышает психологическую устойчивость пары к стрессам, минимизирует страхи (например, внематочной беременности, отсутствия детей, страх перед близостью из-за болевых проявлений изменений в эрекции). Она помогает развивать или усиливать в паре положительные отношения, поддерживать чувство смысла и подлинности совместной жизни без ориентации на достижения и болезнь-ориентированное поведение («что-то у нас не так»). В таблице 7 приведены общие сведения о протоколе лечения.

У мужчин наблюдалось улучшение психического здоровья (снижение симптомов депрессии), снижение онкологического дистресса, за счет гибких поведенческих реакций, проблемно-ориентированной допинг-стратегии. Снизилось перестраховочное поведение, навязчивые депрессивные мысли и гипербдительность. Появилась большая эмоциональная сплоченность в отношениях за счет применения навыков гибкого разрешения конфликтов и реляционной функции. Снизилась зеркальная

Таблица 7. Описание когнитивно-экзистенциальной терапии для пар (адаптация для пациентов с АП/СХТБ) [29]
Table 7. Description of cognitive-existential therapy for couples (adaptation for patients with AP / CSTB) [29]

Аспекты протокола	Описание
Терапевтические цели	<ul style="list-style-type: none"> • Предоставление паре психологической поддержки (например, в вопросе планирования ребенка). • Обучение когнитивных стратегиям для решения различных стрессовых ситуаций. • Минимизация перестраховочного поведения, и стиля общения «поиск внимания и разубеждения». • Совершенствование поведенческих стратегий преодоления трудностей путем усвоения алгоритма решения проблем. • Усиление осознанной жизни, смысла и построение не только краткосрочных, но и долгосрочных целей. • Переоценка жизненных приоритетов, как личности, так и пары. • Психотерапевтическая работа с горем, потерями, ориентацией на сожаление.
Мишень терапии	<p>Это профилактическая программа, разработанная для пар с сниженной психологической устойчивостью, которые столкнулись с проблемами со здоровьем, жизнеугрожающих событием (диагноз рак предстательной железы), трудностями зачатия ребенка. Направлена на усиление гибкой адаптации, ведущей к более эффективным отношениям в паре.</p>
Теоретические основания	<ul style="list-style-type: none"> • Поддерживающая-экспрессивная терапия; • Когнитивно-поведенческая психотерапия
План сессий	<ol style="list-style-type: none"> 1. Психологическое обследование: 12-item Family Relationship Index, Brief COPE, Events Scale-Revised, 38-item Mental Health Inventory. 1. Изучение влияния урологических нарушений на взаимоотношения в паре. Определение целей психотерапии и ожиданий. Вопрос занижения личных психологических потребностей. 2. Открытые стили общения. 3. Содействие взаимной поддержке в паре. 4. Столкновение с неопределенностью в будущем и решение экзистенциальных переживаний. Экзистенциальная угроза диагноза. 5. Адаптивные когнитивно-поведенческие стратегии минимизации стресса и алгоритм решения проблем. 6. Составление противорецидивного плана.
Психотерапевтический процесс	<ul style="list-style-type: none"> • Когнитивные стратегии в основном касаются совладания со стрессом и гибкой адаптации. Алфавит когнитивной терапии связывает активирующие события (А) с негативными мыслями/убеждениями (В) и эмоциональными/или поведенческими последствиями (С) вытекающими из (В). Пациента обучают распознавать и минимизировать автоматические негативные мысли и неадаптивные стили мышления. Навыки когнитивного рефрейминга и де-катастрофизации. • Экзистенциальные темы: 1) тревога смерти; 2) беспомощность и одиночество; 3) боязнь повторения болезни и жизни в постоянной неуверенности; 4) онкология, лечение, побочные эффекты; 5) потеря мужественности, образ тела и самооценка; 6) отношения в паре, включая сексуальность; 7) семейные проблемы; 8) временная перспектива будущего.

катастрофизация, когда партнер пациента интерпретировал нормальные ощущения в теле как угрожающие (например, «слегка тянет внизу живота, значит внематочная беременность»). Ремиссия сохранялась на протяжении 6 месяцев. Данный протокол рекомендуется применять также в качестве профилактической психотерапевтической тактики для пар, которые столкнулись с раком простаты [29].

СОМАТОКОГНИТИВНАЯ ТЕРАПИЯ

Данный психотерапевтический протокол (somatic cognitive therapy) был предложен G.K. Naugstad и соавт. [3,31]. Другое его название – терапия усиления эмоциональной осведомленности и выражения [32]. В основе лежит предположение, что выявление осознаваемых или неосознаваемых дисфункциональных эмоций (например, гнева, страха, раздражения, скуки), склонности к их подавлению (гнев на поведение отца, переживания отсутствия беременности, потеря ребенка) с последующим обучением пациента их гибкой когнитивной обработке и выражению минимизирует восприятие ситуации как стрессовой, снижает мышечно-тонические проявления и болевой синдром. Часто пациенты с АП/СХТБ не замечают связи между предпочитаемым стилем реагировать на стрессовые события или воспринимать ситуацию как стрессовую, и способностью защищаться, что приводит к росту тревоги и соматизации (рис. 9)

В ходе лечения пациента обучают признавать наличие у него различных эмоций, не избегать негативных эмоций в психологических и межличностных конфликтах. Пациенту показывают как жизненный стресс, специфика когнитивно-эмоциональных процессов влияют на физические симптомы. Недостаток понимания связи между восприятием ситуаций как стрессовых, эмоциями и здоровьем усиливает болезнь-ориентированное поведение, страх боли и психологический стресс. Цель про-

токола – научить пациента добиваться нового признания и гибкого отношения к собственному телу. Через телесное исследование происходит процесс перестройки дисфункциональных когнитивных схем недоверия к собственному телу, которые усиливают болевые проявления, беспокойство и симптомы депрессии. Происходит минимизация эмоционального избегания. В таблице 8 приведены этапы соматоконгнитивной терапии пациента с АП/СХТБ.

Данный протокол также эффективен для снижения феномена «наказания болью», когда пациента после эпизода раздражительности (например, на супругу, детей) испытывает дискомфортные симптомы урологических заболеваний, связывая их с необоснованными негативными эмоциями [31].

ВЫВОДЫ

- Эффективное лечение и длительная ремиссия АП/СХТБ определяется с учетом многофакторной этиологии и патогенеза, распространенности у пациентов коморбидных психических расстройств (депрессия, тревожный спектр расстройств, хроническая инсомния) и психосоциальными факторами риска (болезнь-ориентированная стратегия совладания с болью, катастрофизация, изменения в социальной поддержке).

- Когнитивно-поведенческая психотерапия в практике АП/СХТБ не однородный, рутинный процесс. Это новый многомерный, персонифицированный, вариативный подход, учитывающий не только урологический клинический фенотип пациента (по системе UPOINT), но и его психические, личностные особенности, актуальные терапевтические барьеры.

- Выделяют следующие протоколы КПП: когнитивно-поведенческая программа управления урологическими симптомами D.A. Tripp, когнитивно-поведенческая психотерапия пар, соматоконгнитивная терапия

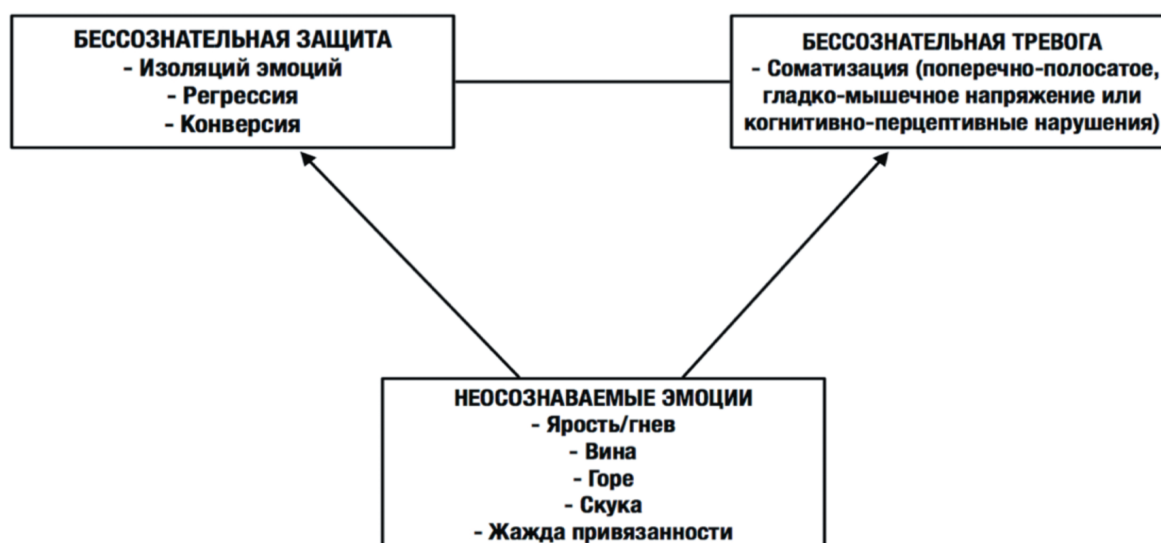


Рис. 9. Порочный круг связи между неосознаваемыми эмоциями, тревогой и защитным поведением [31,32]
Fig. 9. The vicious circle of communication between unconscious emotions, anxiety and protective behavior [31,32]

Таблица 8. Структура соматокогнитивной терапии пациента с АП/СХТБ [31]

Table 8. Structure of somatocognitive therapy of a patient with CP/CPPS [31]

Этапы	Описание
Психологическая оценка состояния пациента	<ul style="list-style-type: none"> • Шкала воспринимаемого стресса (PSS). • Оценка наличия и степени выраженности симптомов; депрессии (PHQ-9) и тревожного спектра расстройств (GAD-7). • Алекситимия (TAS).
Эмоционально-фокусированное интервью с пациентом	<ul style="list-style-type: none"> • Жизненный опыт – реакции на стресс. Техника «Жизненный опыт стрессов». Составить список стрессоров и выделить то, как соматически пациент реагирует на них? • Конкретные недавние события (2-4 примера) в жизни пациента, которые активировали негативные эмоции и последующие соматические урологические проявления. • Выявление форм соматизации пациента в той или иной ситуации (по А. Аббасу): 1) поперечно-полосатое напряжение; 2) гладко-мышечное напряжение; 3) когнитивно-перцептивные нарушения; 4) конверсионный ответ [3].
Мониторинг соматизированных форм (эмоциональная осведомленность)	<ul style="list-style-type: none"> • Распознавание и идентификация пациентом в различных ситуациях той или иной формы соматизации. Например, после фитнеса, совещания. • Выявление у пациента неосознаваемой напряженности, феномена чрезмерной собранности.
Подавление эмоций и поведения	<ul style="list-style-type: none"> • Выявление эмоций, которые подавляет пациент и форм. • Техника «Свободное письмо о неразрешенных стрессовых переживаниях» (Written emotional disclosure). • Выявление причин подавления эмоций и поведения. • Минимизация эмоционального избегания, подавления как способа защиты. Умение называть другому человеку собственные эмоции.
Адаптивные способы выражения эмоций и поведения	<ul style="list-style-type: none"> • Поведенческий алгоритм вербального и невербального выражения подавленных эмоций. • Отработка навыков с помощью ролевой игры со специалистом (in vitro). • Планирование и проведение поведенческого эксперимента по гибкому выражению эмоций, поведения (in vivo). • Составление противоречивой копинг-карточки.
Повторная психологическая оценка состояния пациента	<ul style="list-style-type: none"> • Шкала воспринимаемого стресса (PSS). • Оценка наличия и степени выраженности симптомов депрессии (PHQ-9) и тревожного спектра расстройств (GAD-7). • Алекситимия (Торонтская шкала алекситимии, TAS).

или терапия усиления эмоциональной осведомленности и выражения.

- Когнитивно-поведенческая психотерапия проводится как в формате монотерапии, так и в комбинированном режиме с медикаментозной (антибиотики группы фторхинолонов, альфа-адреноблокаторы) и психофармакотерапией (СИОЗСН, ТЦА). Также в сочетании с миофасциальными методами физиотерапии, которые включают в себя дыхательные и расслабляющие техники (COMBI-CPPS).

- Общая цель КПП АП/СХТБ — это снижение у урологического пациента психологического дистресса за счет повышения психологической устойчивости как интернальным, так и экстернальным факторам. Мишени терапии определяются на основе индивидуальной когнитивно-поведенческой модели тревоги о здоровье урологического пациента, которая включает в

себя: глубинное и иррациональное убеждение (правило) в отношении ощущений в теле; специфику гипербдительности к телесным ощущениям; катастрофизирующий стиль мышления; реакцию страха болезни; перепроверяющее (перестраховочное) поведение и реакцию на консультации врачей.

- Применение КПП подхода в практике АП/СХТБ позволяет у пациента снизить симптомы депрессии, тревоги о здоровье, катастрофизацию боли. За счет усиления доверия к телу, здоровье-ориентированного поведения минимизировать спектр перестраховочного поведения и социальную изоляцию. Улучшить сексуальное функционирование (сниженное либидо, неполная или отсутствие эрекции, чрезмерный мониторинг состояния эрекции). Повысить эмоциональную сплоченность в отношениях с партнером, убрать зеркальную катастрофизацию. ■

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Clemens JQ, Mullins C, Ackerman AL, Bavendam T, van Bokhoven A, Ellingson BM, et al. Urologic chronic pelvic pain syndrome: insights from the MAPP Research Network. *Nat Rev Urol* 2019;16(3):187-200. doi: :10.1038/s41585-018-0135-5.
2. Doiron RC, Shoskes DA, Nickel JC. Male CP/CPPS: where do we stand? *World J Urol* 2019;37(6):1015-22. doi: 10.1007/s00345-019-02718-6
3. Urological and gynaecological chronic pelvic pain current therapies [Edit. R.M. Moldwin]. Springer International Publishing AG,2017,401 p.
4. Franco JV, Turk T, Jung JH. Non pharmacological interventions for treating chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2018;5:1-19. doi: 10.1002/14651858.CD012551.pub3.
5. Nickel JC, Tripp DA, Chuai S. Psychosocial parameters impact quality of life in men diagnosed with chronic prostatitis/chronic pelvic

1. pain syndrome (CP/CPPS). *BJU* 2008;101(1):59-64. doi: 10.1111/j.1464-410X.2007.07196.
6. Patetsos E, Horjales-Araujo E. Treating chronic pain with SSRIs: what do we know? *Pain Res Manag* 2016;1:11-22. doi:10.1155/2016/2020915
7. Miller HC. Stress prostatitis. *Urology* 1988;32:507-10. doi: 10.1016/s0090-4295(98)90030-9
8. Osborne DE, George NJ, Rao PN. Prostatodynia—physiological characteristics and rational management with muscle relaxants. *BJU* 1981;53:621-30. doi: 10.1111/j.1464-410x.1981.tb03275.x
9. Drabick JJ, Gambel JM. Prostatodynia in United Nations peace-keeping forces in Haiti. *Mil Med* 1997;162(4):380-3. doi: 10.1093/milmed/162.6.380
10. Shoskes DA, Nickel JC, Kattan MW. Phenotypically directed multimodal therapy for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a prospective study using UPOINT. *Urology* 2010;75(6):1249-53. doi: 10.1016/

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- j.urology.2010.01.021.
11. Brünahl CA, Klotz SG, Dybowski C, Riegel B, Gregorzik S, Tripp DA, et al. Combined cognitive-behavioural and physiotherapeutic therapy for patients with chronic pelvic pain syndrome (COMBI-CPPS): study protocol for a controlled feasibility trial. *Trials* 2018;19(1):20-31. doi: 10.1186/s13063-017-2387-4.
 12. Nickel JC, Tripp DA, Chuai S, Litwin MS, McNaughton-Collins M, Landis JR, et al. Psychosocial variables affect the quality of life of men diagnosed with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *BJU Int* 2008;101(1):59-64. doi: 10.1111/j.1464-410X.2007.07196.x
 13. Kwon JK, Chang IH. Pain, catastrophizing, and depression in chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Int Neurourol J* 2013;17(2):48-58. doi:10.5213/inj.2013.17.2.48
 14. Ku JH, Kim ME, Paick JS. Quality of life and psychological factors in chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *J Urol* 2005;59:576-84. doi: 10.1016/j.urology.2005.04.050
 15. Tripp DA, Nickel C, Wang Y, McNaughton-Collins M, Landis JR, et al. Catastrophizing and pain-contingent rest as predictors of patient adjustment in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. 2006;7:697-708. doi: 10.1016/j.jpain.2006.03.006
 16. Nickel JC, Mullins C, Tripp DA. Development of an evidence-based cognitive behavioral treatment program for men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *World J Urol* 2008;26:167-72. doi: 10.1007/s00345-008-0235-6
 17. Мелёхин А.И. Гинекологическая и урологическая хроническая тазовая боль: тактика когнитивно-поведенческой психотерапии. *Neurodynamics. Журнал клинической психологии и психиатрии*. 2019;4:47-63. [Melekhin AI. Gynecological and urological chronic pelvic pain: tactics of cognitive-behavioral psychotherapy. *Neurodynamics. Zhurnal klinicheskoy psikhologii i psikiatrii = Neurodynamics. Journal of clinical psychology and psychiatry* 2019;4:47-63 (In Russian)]
 18. Мелёхин А.И. Когнитивно-поведенческая терапия в комплексном лечении хронического простатита и синдрома тазовой боли. *Дайджест Урологии* 2019;5:26-32. [Melekhin AI. Cognitive behavioral therapy in the complex treatment of chronic prostatitis and pelvic pain syndrome. *Daydzhest urologii = Digest of Urology* 2019;5:26-32. (In Russian)]
 19. Мелёхин А.И. Когнитивно-поведенческая психотерапия в гинекологической практике. *Академия акушерства и гинекологии*. 2020. Доступно на: <https://g-academy.ru/tematiki-ginekologii/issledovanie/kognitivno-povedencheskaya-psikhoterapiya-v-ginekologicheskoi-praktike>. Ссылка активна на 3 февраля 2020. [Melekhin AI. Cognitive behavioral psychotherapy in gynecological practice. *Academy of obstetrics and gynecology*. 2020. URL: <https://g-academy.ru/tematikiginekologii/issledovanie/kognitivno-povedencheskaya-psikhoterapiya-v-ginekologicheskoi-praktike>. Accessed: 3 Feb 2020. (In Russian)].
 20. Tripp DA, Nickel JC. Live a better life in spite of chronic pelvic pain. The cognitive-behavioural symptom management program for chronic pelvic pain. Patient workbook. 1st ed. Ontario, 2007, 119 p.
 21. Abramowitz JS, Schwartz SA, Whiteside SP. A contemporary conceptual model of hypochondriasis. *Mayo Clin Proc*. 2002;77(12):1323-30. doi: 10.4065/77.12.1323
 22. Tripp DA, Nickel JC, Landis JR, Wang YL, Knauss JS; CPCRN Study Group. Predictors of quality of life and pain in chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: findings from National institutes of health chronic prostatitis cohort study. *BJU Int* 2004;94:1279-82. doi: 10.1111/j.1464-410X.2004.05157.x
 23. Tripp DA, Nickel JC, Shoskes D, Koljuskov A. A 2-year follow-up of quality of life, pain, and psychosocial factors in patients with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome and their spouses. *World J Urol* 2013;31(4):733-39. doi: 10.1007/s00345-013-1067-6.
 24. Veehof MM, Trompetter HR, Bohlmeijer ET, Schreurs KM. Acceptance and mindfulness-based intervention for the treatment of chronic pain: a meta-analytic review. *Cogn Behav Ther* 2016;45(1):5-31. doi: 10.1080/16506073.2015.1098724
 25. Vowles KE, Fink BC, Cohen LL. Acceptance and Commitment Therapy for chronic pain: A diary study of treatment process in relation to reliable change in disability. *J Contextual Behav Sci* 2014;3(2):74-80. doi:10.1016/j.jcbs.2014.04.003
 26. Wang J, Liang K, Sun H, Wang H, Cao J. Psychotherapy combined with drug therapy in patients with category III chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: A randomized controlled trial. *Int J Urol* 2018;25(8):710-715. doi: 10.1111/iju.13706.
 27. Anderson RU, Wise D, Sawyer T, Glowe P, Orenberg EK. 6-day intensive treatment protocol for refractory chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome using myofascial release and paradoxical relaxation training. *J Urol* 2011;185(4):1294-1299. doi: 10.1016/j.juro.2010.11.076
 28. Anderson RU, Wise D, Sawyer T, Chan CA. Sexual dysfunction in men with chronic prostatitis/ chronic pelvic pain syndrome: improvement after trigger point release and paradoxical relaxation training. *J Urol* 2006;176(4):1534-39. doi: 10.1016/j.juro.2006.06.010
 29. Couper J, Collins A, Bloch S, Street A, Duchesne G, Jones T, et al. Cognitive existential couple therapy (CECT) in men and partners facing localized prostate cancer: a randomised controlled trial. *BJU Int* 2015;115(2):35-45. doi: 10.1111/bju.12991.
 30. Kissane D, Bloch S, Smith G, Miach P, Clarke DM, Ikin J, et al. Cognitive existential group psychotherapy for women with primary breast cancer: a randomized controlled trial. *Psychooncology* 2003;12:532-46. doi: 10.1002/pon.683.
 31. Haugstad GK, Haugstad TS, Kirste UM, Leganger S, Klemetsen I, Malt UF. Mensendieck somatocognitive therapy as treatment approach to chronic pelvic pain: results of a randomized controlled intervention study. *Am J Obstet Gynecol* 2006;194:1303-10. doi: 10.1016/j.ajog.2005.10.793
 32. Lumley MA, Schubiner H, Lockhart NA, Kidwell KM, Harte SE, Clauw DJ, et al. Emotional awareness and expression therapy, cognitive behavioral therapy, and education for fibromyalgia: a cluster-randomized controlled trial. *Pain* 2017;158(12):2354-63. doi:10.1097/j.pain.0000000000001036

Сведения об авторах:

Мелехин А.И. – кандидат психологических наук, клинический психолог высшей квалификационной категории, сомнолог, когнитивно-поведенческий терапевт Многопрофильной клиники женского здоровья Лагуна-Мед. Старший преподаватель Гуманитарного института имени П.А. Столыпина, Москва, Россия, clinmelehin@yandex.ru, SPIN РИНЦ 762868

Melekhin A.I. – candidate of psychological sciences, clinical psychologist of the highest qualification category, somnologist, cognitive-behavioral therapist of the Laguna-Med Multidisciplinary Female Health Clinic Senior Lecturer at the P.A. Stolypin, Moscow, Russia, clinmelehin@yandex.ru, ORCID 0000-0001-5633-7639

Вклад автора:

Мелехин А.И. – дизайн исследования, обзор литературы, написание статьи, 100%

Authors' contributions:

Melekhin A.I. – research design, literature review, article writing, 100%

Конфликт интересов: Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.
Conflict of interest. The author declare no conflict of interest.

Финансирование: Исследование проведено без спонсорской поддержки.
Financing. The study was performed without external funding.

Статья поступила: 29.12.19
Received: 29.12.19

Принята к публикации: 19.01.20
Accepted for publication: 19.01.20