

УДК 616.444-008.93+616.845

*М.П. Боро, О.В. Носкова, Л.А. Васякина***СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ В УСЛОВИЯХ ЭКОКРИЗИСНОГО РЕГИОНА**

Донецкая ОПНБ – Медико-психологический центр, Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького, Украина

Ключевые слова: хронические гинекологические заболевания, невротические, соматоформные, сексуальные расстройства.

В Донецком регионе экологическая ситуация в значительной степени характеризуется проблемой выбросов в атмосферный воздух промышленными предприятиями вредных химических соединений (около 2 млн. тонн в год), которые впоследствии отравляют воду, почву и пищевые продукты [1]. При этом около трети обнаруживаемых ксенобиотиков обладают мутагенными, тератогенными и канцерогенными свойствами. Безусловно, они негативно влияют на репродуктивную функцию женщин фертильного возраста, их гинекологическое здоровье. Установлен активный рост болезней эндокринной системы, обмена веществ и иммунитета у населения региона коморбидных гинекологическим заболеваниям (55-56 случаев на 10000 населения), который начался во второй половине 90-х годов XX ст. — увеличение за 4 года составило 70,3 % [2].

Какое-либо соматическое страдание, даже если в его возникновении психические влияния осознанно не играют ведущей роли, является мощным психотравмирующим фактором [4], вторичные невротические расстройства

негативно влияют на свою соматическую основу, что создает состояние взаимного утяжеления по механизму замкнутого круга [5, 6], а у женщин, являются довольно частым осложнением в процессе протекания у них гинекологических заболеваний и встречаются у 60-70% больных [7].

По своему происхождению и клиническим проявлениям психические расстройства чаще всего представляют собой соматогении, или психогении преимущественно с эмоционально-аффективными проявлениями. Развившиеся сексуальные нарушения при этих соматоформных и невротических расстройствах способствуют микро-социальной и макросоциальной дезадаптации.

Как правило, выявление клинических проявлений сексуальных нарушений строится либо на активном предъявлении жалоб, либо на осознании их наличия. Основным в лечении является комплексный дифференцированный подход с обязательным партнерским участием, что также требует осознания наличия сексуальных расстройств [3].

Материал и методы исследования

В условиях гинекологических отделений было обследовано 156 женщин, страдающих хроническими воспалительными заболеваниями внутренних половых органов и миомами. Возраст обследованных составил от 22 до 45 лет.

Исследование проводилось с помощью традиционного анамнестического, социометрического и клинко-психопатологического исследований для оценки психического и сексуального состояния.

Результаты исследования и их обсуждение

Выявлено, что у 75 женщин (48,1 %) имели место сексуальные нарушения. 64 из 75 женщин предъявляли массу общевневрологических, вегетативных, астенических, алгических жалоб. Жалобы на сексуальные нарушения выявлялись преимущественно при целенаправленном опросе. 9 женщин наряду с жалобами общевневрологического характера активно жаловались на раз-

личные сексуальные нарушения.

Наиболее часто встречающимися были явления гипо- и аноргазмии (68,5%), снижение либидо (72,5%), болевые или неприятные ощущения во время полового акта (12,5%), вагинизм (5%). Как правило, жалобы на сексуальные расстройства носили сочетанный (87,5%), реже - изолированный характер (12,5%).

Сексуальные нарушения у больных с невротическими и соматоформными расстройствами либо сопровождались эмоциональными переживаниями по данному поводу, либо чаще вытеснялись или подменялись переживаниями иного порядка (по поводу состояния здоровья, отношений с окружающими, личной неустраивенности и т.п.).

Как показали наши исследования, в большинстве случаев наличие сексуальных нарушений при этих расстройствах не осознается, вытесняется или игнорируется больными. Кроме того, даже при осознании данной проблемы женщины категорически отказываются от привлечения к их лечению партнера, считая, что это является для них дополнительной психотравмой. Такое отношение приводит к формированию неадекватных форм поведения как внутри семьи, так и в ближайшем микросоциуме, утяжеляя само течение заболевания и снижая эффективность лечения. Отсутствие значительного улучшения усиливает неадекватность взаимодействия таких больных в различных сферах, формируя тем самым «внешний замкнутый круг». Последний же в свою очередь усиливает «внутренний замкнутый круг» — нарастание болезненных проявлений.

В клинической картине невротических и соматоформных расстройств у обследованных больных чаще отмечались депрессивный, астенический, ипохондрический, тревожно-фобический симптомокомплекс. При депрессивном синдроме (11 чел.) отмечалось умеренное снижение настроения и его перепады к концу дня или на фоне малейших неудач и микроконфликтов, склонность к драматизации и переоценке значимости повседневных ситуаций, снижение общей активности и инициативы. Для этих пациенток было характерно переживание по поводу своего состояния и жизненных проблем, с которыми они сталкиваются.

Астенический симптомокомплекс (30 чел. — 40%) характеризовался повышенной утомляемостью, вялостью, истощаемостью. Эти больные не чувствовали себя отдохнувшими, уже с утра испытывали явления вялости. На работе и дома этим пациенткам трудно было сосредоточиться на каком-либо одном виде деятельности.

При ипохондрическом синдроме (19 чел. — 25,3%) отмечалась фиксация внимания на имеющихся ощущениях, ограничение круга интересов своими болезненными ощущениями. Все свои усилия эти пациентки направляли на то, чтобы избавиться от болезни. Настроение и активность этих больных зависели от выраженно-

сти тех или иных болевых ощущений и болезненных симптомов.

Для больных с ведущим тревожно-фобическим синдромом (15 чел. — 20%) было характерно наличие тревоги, носящей, как правило, немотивированный характер, усиливающийся как на фоне ухудшения общего состояния, так и в различных ситуациях. Кроме того, для этой группы больных характерно наличие страха смерти, страха задохнуться, страха умереть от онкологического заболевания. Тревога и страх носили преимущественно ситуационный характер и сопровождались снижением настроения, рассеянностью внимания, повышенной отвлекаемостью.

Помимо описанных эмоциональных расстройств для этих больных было характерно наличие сексуальных нарушений, носящих в 86,7% случаев сочетанный характер и лишь в 13,3% случаев — изолированный.

Время появления сексуальных расстройств было различным и, как правило, не с первых дней и недель гинекологического заболевания, а спустя не менее 6 месяцев — в 41 случае, спустя 8-9 месяцев — в 15 случаях, спустя год и более — в 11 случаях. В 8 случаях именно с сексуальных расстройств началось основное заболевание. Практически во всех случаях (в 67 из 75) имело место снижение полового влечения, которое было либо первичным по отношению к другим сексуальным расстройствам (27 случаев), либо носило вторичный характер на фоне гипо- или аноргазмии, болевых ощущений и вагинизма.

При анализе причин возникновения гипо- и аноргазмии обращает на себя внимание тот факт, что в 37 случаях эти явления имели место с самого начала половой жизни и первый сексуальный опыт пациенток, хотя и был желательным, но не совпал с имеющимися место ожиданиями и представлениями. И каждое последующее интимное отношение не приносило ожидаемого. Отмечался разрыв между уровнем осведомленности, почерпнутым из литературы как популярной, так и специальной, видеопродукции и тем, с чем столкнулись пациентки в реальной действительности. Кроме того, у этих женщин не происходило изменения понимания, представлений об интимных отношениях в процессе жизни, а доминирующими являлись ожидания, которые длительное время носили стереотипный и нереализованный характер.

В 19 случаях гипо- и аноргазмия возникали на различных этапах сексуальной жизни, после реально испытываемых оргастических ощущение-

ний. Их снижение или исчезновение на фоне невротических расстройств приводили к усилению уже имеющихся эмоциональных расстройств.

Наличие неприятных и болевых ощущений отмечалось в 9 случаях, причем в 6 случаях в прошлом имел место факт изнасилования, а в 3 остальных — чувство страха и болезненность во время первого полового акта. В 4 случаях имели место явления вагинизма.

Обращает на себя внимание, что женщины у которых имеются явления гипо- и аноргазмии не обращались за помощью к специалистам, не осознавали, что имеющиеся нарушения могут приводить к заболеванию или усугублять его течение. Больные же с болевыми или неприятными ощущениями, явлениями вагинизма обращались за помощью, активно искали ее у гинекологов, хирургов, невропатологов, отказываясь обращаться к психотерапевтам, сексопатологам.

При сопоставлении основных психопатологических симптомов с сексуальными расстройствами было выявлено, что явления гипо- и аноргазмии сочетались с депрессивным или астеническим симптомокомплексом в рамках неврастения и диссоциативных расстройств. Неприятные или болевые ощущения во время полового акта — с ипохондрическим симптомокомплексом в рамках диссоциативных и тревожно-фобических расстройств. Явления вагинизма чаще отмечались при тревожно-фобическом симптомокомплексе в рамках как неврастения, так и диссоциативных и тревожно-фобических расстройств. Для большинства женщин, страдающих невротическими расстройствами с сексуальными нарушениями, характерна тенденция к неосознаванию или вытеснению сексуальных проблем.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о достаточно высокой частоте встречаемости сексуальных нарушений при невротических расстройствах, крайне низкой их осознаваемости, коморбидности сексуальных нарушений и психопатологических синдромов. Все вышеизложенное необходимо учитывать при лечении данной группы больных, направляя лечебные мероприятия как на коррекцию самих сексуальных нарушений, так и на коррекцию основных психопатологических синдромов.

При разработке схем психотерапевтической коррекции психоэмоционального состояния и личностного реагирования больных с невротическим и соматоформным симптомокомплексом мы исходили прежде всего из связи их с давностью и тяжестью гинекологического заболевания. Поэтому главная роль отводилась как

рациональной и опосредованной психотерапии, так и современным направлениям психокоррекционной работы, направленным на ликвидацию страхов неблагоприятного течения и последствий гинекологического заболевания, снижение его как микро-, так и макросоциальной значимости в представлении больных, потенцирование эффективности терапии гинекологических заболеваний.

Одним из наиболее методологически и методически разработанных и адекватных для данного контингента больных является, на наш взгляд, гештальт-терапия. Она приводила к существенному уменьшению симптоматики, разрешению личностных проблем, повышению социально-психологической адаптации. Кроме того, она способствовала личностному росту, развитию творческого и самоактуализирующегося потенциала человека, что нередко является важной задачей в реабилитации пациентов с хроническими гинекологическими расстройствами.

Следующая из использованных нами современных психокоррекционных методик был модифицированный способ когнитивной психотерапии — реверсивный психологический анализ (РПА).

Выявляя когнитивные детерминанты эмоций и поведения, РПА является вариантом когнитивной психотерапии, направленной на распознавание когда-то некритически интериоризированных безальтернативных установок (жестких оценочных, предписывающих или причинно-следственных когниций), их дестабилизацию и коррекцию связанных с ними личностных асимметрий. Разработанная система коннотативных смыслов является существенным фактором психотерапевтического воздействия при данном виде гинекологической патологии, протекающей с сексуальными нарушениями.

Нами использован также метод символдрамы для работы с женщинами, имеющими сексуальные расстройства. Характерной особенностью этого метода является предложение пациенткам некоторой темы для кристаллизации их образной фантазии — так называемого мотива представления образа. Из множества возможных мотивов, наиболее часто спонтанно возникающих у пациенток, в ходе работы были отобраны такие, которые, с диагностической точки зрения, наиболее релевантно отражали внутреннее психодинамическое состояние и, в то же время, обладали наиболее сильным психотерапевтическим эффектом.

Предложенные нами психокоррекционные

методики позволяли оптимизировать терапевтический процесс у 68±5% женщин с хроническими воспалительными заболеваниями

внутренних половых органов, миомами, повысить уровень их социальной, трудовой и медицинской адаптации.

М.П. Боро, О.В. Носкова, Л.О. Васякіна

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ПСИХОТЕРАПІЇ ХВОРИХ ПРИ ХРОНІЧНИХ ГІНЕКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ В УМОВАХ ЕКОКРИЗИСНОГО РЕГІОНУ

ОПНЛ – Медико-психологічний центр, Донецький державний медичний університет
ім. М. Горького, Україна

Представлені сучасні методики диференційованої психотерапії жінок із хронічними гінекологічними захворюваннями (запальні, міомами), які протікають в співвідношенні з невротичними та соматоформними порушеннями психічної сфери, які супроводжуються сексуальними порушеннями, які дозволяють активізувати терапевтичний процес в області соціальної, трудової та медичної адаптації пацієнток. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 2002. - № 1 (9). - С. 78-81)

M.P. Bero, O.V. Noskova, L.O. Vasyakina

CONTEMPORARY ASPECTS OF PSYCHOTHERAPY OF DISEASED DURING CHRONIC GYNECOLOGICAL DISORDERS IN CONDITIONS OF ECOCRISIS REGION

RPNH- Medical – psychological center, Donetsk State Medical University named
by M. Gorky, Ukraine

There are presented contemporary methods of differential psychotherapy of women with chronic gynecological disorders (inflammatory, myomas), goes by in combination with neurotic somatoforms disorders of mental sphere, following by sexual disorders, permissive to actives therapeutic process in the area of social, labor and medical adaptation of patients. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2002. - № 1 (9). - P. 78-81)

Литература

1. Агарков В.И., Петрашенко П.Р., Швыдкий О.В. Современные тенденции в изменении здоровья населения и направления совершенствования его охраны в условиях Донбасса. //Вестник гигиены и эпидемиологии. – 2001. – Т.5. - №1. – С.3-7.
2. Гринь Н.В., Агарков В.И., Коваль Е.Н., Михайличенко Т.Е. Особенности формирования болезней эндокринной системы, нарушения обмена веществ и иммунитета среди населения Донецкой области //Вестник гигиены и эпидемиологии. – 2000. – Т.4. №2. – С.174-176.
3. Кришталь В.В., Гульман Б.Л. Сексология. – Т.2. – 352 с. Клиническая сексология. Часть 1. Общая сексopatология. – Харьков:

ЧП «Академия сексологических исследований», 1997. – 272 с.
4. Лапин И.П., Анналова Н.А. Соматические заболевания и психические расстройства //Харьковский мед. журнал. – 1996. - №3. – С.9-12.
5. Марута Н.А. Невротическая болезнь //Международный мед. журнал. – 1997. – Т.3. №3. – С.16-19.
6. Напреенко О.К. Соматопсихічні розлади //Укр. вісн. психоневрології. – 1996. – Т.4. Вип. 5 (12). – С.292-294.
7. Пуртов И.Л. Социально-гигиеническая характеристика здоровья беременных женщин //Гигиена и санитария. – 1991. - №12. – С.72-74.

Поступила в редакцию 9.02.2002г.