

Д.Ю. Устимов

СПОСОБЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ И ПСИХОФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ  
КОРРЕКЦИИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЖЕНЩИН  
С ДИСГОРМОНАЛЬНЫМИ ОЧАГОВЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ  
МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ПРЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ*Казанский государственный медицинский университет,  
Госпиталь ветеранов войны, г. Казань*

Реферат. Приведены результаты коррекции психоэмоционального состояния женщин с дисгормональными очаговыми заболеваниями молочной железы. Коррекция проводилась с помощью рациональной психотерапии, альпрозама, атаракса и сочетания рациональной психотерапии и альпрозама. Для оценки результатов были использованы клинико-психопатологический, клинико-психологический, анамнестический и экспериментально-психологический методы исследования. Результаты показали необходимость коррекции психоэмоционального состояния женщин с данными заболеваниями в предоперационном периоде.

Д.Ю. Устимов

КУКРӘКЛӘРЕНДӘ СӨТ БИЗЕНЕҢ ДИСГАРМОНАЛЬ  
ЧИРЕ БУЛГАН ХАТЫН-КЫЗЛАРНЫҢ ПСИХО-  
ЭМОЦИОНАЛЬ ХАЛӘТЕН ПСИХОЛОГИК ҺӘМ  
ПСИХОФАРМОКОЛОГИК КОРРЕКЦИЯЛӘУ  
БЫСУЛЛАРЫ

Күкрәкләрендә сөт бизенең дисгармональ чире булган хатын-кызларның психоэмоциональ коррекцияләү нәтижәләре китерелгән. Бу коррекция рациональ психотерапия, альпрозама, атаракс ярдәмендә һәм рациональ психотерапия һәм альпрозаманы алмаш-тилмәш кулланыш үткәрелгән. Нәтижәләргә бәя бирү өчен клиник-психологик, анамнестик һәм эксперименталь-психологик тикшерү методлары кулланылган. Тикшерү нәтижәләре бу авыру белән авыручы хатын-кызларның психоэмоциональ коррекцияләү эшен операциягә кадәр башкарырга кирәклеген күрсәтте.

D.Yu. Ustimov

WAYS OF PSYCHOLOGICAL AND  
PSYCHOPHARMACOLOGICAL CORRECTION OF  
PSYCHOEMOTIONAL STATE OF WOMEN WITH  
DISHORMONAL FOCAL DISEASES OF THE MAMMARY  
GLAND IN PRE-OPERATION PERIOD

The results of correction of psychoemotional state of women with dishormonal focal diseases of mammary gland have been given. The correction was performed with the help of rational psychotherapy, alprozam, atarax and combination of a rational psychotherapy and alprozam. For results evaluation the following methods of investigation were used: clinico-psychopathological, clinico-psychological, anamnestic and experimentally-psychological. The results showed the necessity of correcting psychoemotional state of women with this disease in pre-operation period.

Благодаря успехам психосоматической медицины, давно установлена связь между психотравмирующими факторами и такими заболеваниями, как язва желудка, бронхиальная астма, гипертоническая болезнь и др. В комплексной терапии этих заболеваний уже много лет применяются как психотропные препараты, так и психотерапия. Однако в лечении дисгормональных очаговых заболеваний молочной железы (ДОЗМЖ) — фиброаденоматоза, узловатой фиброзно-кистозной мастопатии, фибротизирующего аденоза — по-прежнему доминируют гормонотерапия или оперативное вмешательство. Между тем связь между дисгормональными мастопатиями и психической сферой больных очевидна, но мало изучена.

Первые упоминания о подобных “истерических” (цит. по Вельяминову) [2] опухолях относятся к XVII—XVIII векам (Willis, 1678 г. и Hoffmann, 1798 г.). Затем эти опухоли описали Astley Cooper (1829) [17] под названием “irritable tumor of the breast” и Velpeau (1858) [23] — “tumenerus neuromatiques et nodosites”. Наконец, в 1893 г. Gilles de La Tourette [19] сделал об этих опухолях доклад на VII конгрессе французских хирургов. Из отечественных авторов данной проблемой занимались М.М. Дитерихс (1904) [5] и Н.А. Вельяминов (1904, 1912) [3, 13], посвятившие ей две монографии. Н.А. Вельяминов [2] называл данные опухоли “истерическими”, связывая их с “истерическим характером” больных и дистиреозом, при котором, действительно, возможны истероидные проявления. Однако и он признавал, что недостаточные знания гипоталамо-гипофизарно-тиреоидно-надпочечнико-гонадных взаимодействий, не позволяют судить об истинном патогенезе данных опухолей.

Позднее о мастопатиях как о психосоматическом заболевании напишут W. Eicher (1977) [18] и

Е. Lewison (1980) [22]. Из отечественных авторов большое внимание психосоматике мастопатий уделяли Л.Н. Сидоренко (1979, 1991) [15, 16], Н.П. Макаренко (1999) [10], В.П. Летягин (2000) [8] и Н.А. Огнерубов (2001) [12].

Нами уже были описаны патофизиологические аспекты ДОЗМЖ и результаты исследования особенностей психоэмоционального состояния женщин с данной нозологией. В ходе исследования с применением анамнестического, клинко-психопатологического, клинко-психологического и экспериментально-психологического методов было выявлено, что психоэмоциональное состояние пациенток определяется двумя факторами: преморбидным фоном и острой реакцией на стресс (43.0 МКБ-10). В преморбидном фоне преобладали тревога, невротическая депрессия, астения, обсессивно-фобические нарушения, вегетативные нарушения. При исследовании острой реакции на стресс были выявлены следующие типы реагирования: гармонический, тревожный, анозогностический, эргопатический, паранойяльный. Результаты клинко-психопатологического и клинко-психологических [1, 6, 12] исследований подтверждены результатами тестов Яхина—Менделевича [7], ЛОБИ [9], Спилбергера [11].

Настоящее исследование посвящено обсуждению результатов коррекции острой реакции на стресс у 100 женщин с ДОЗМЖ в предоперационном периоде. Работа осуществлялась на базе маммологического центра и отделения плановой хирургии госпиталя ветеранов войны (ведущий маммолог — доц. Б.К. Дружков, главврач — Ф.Н. Закиров).

В ходе обследования у всех женщин проводился сбор анамнеза по специально разработанной анкете (табл. 1).

Исходное состояние пациенток и результаты коррекции оценивались с помощью клинко-психопатологического, клинко-психологического и экспериментально-психологического методов. Клинко-психопатологический и клинко-психологический методы проводились по общепринятой схеме, экспериментально-психологический метод включал в себя тесты Яхина—Менделевича, ЛОБИ, Спилбергера.

Обследованные женщины были разделены на 4 группы по 25 человек в каждой. По группам женщины распределялись в порядке очередности поступления, т. е. первая пациентка — в 1-ю

Таблица 1  
Данные анамнестического исследования

Факторы	Число (чел.)	%
Возраст, лет		
до 20	5	5
21—30	45	45
31—40	26	26
41—50	15	15
51—60	9	9
Образование		
среднее	5	5
среднеспециальное	5	5
высшее незаконченное	15	15
высшее	75	75
Профессия		
рабочие	5	5
студентки	10	10
служащие	85	85
Семейное положение		
замужем	26	26
не замужем	74	74
Длительность заболевания		
менее одного года	64	64
менее 2 лет	28	28
менее 3 лет	8	8

группу, вторая — во 2-ю и т.д. В 1-й группе нами применялась рациональная психотерапия [14], во 2-й — коррекция альпрозамом [13], в 3-й — коррекция атараксом [4, 20, 21], в 4-й — сочетание рациональной психотерапии и коррекции альпрозамом.

Рациональную психотерапию проводили по классическим методикам Kretschmera и Мясищева — взаимное обобщающее обсуждение предмета врачом и больным, разъяснение в доступной форме патогенеза заболевания, степени риска, обсуждение необходимости лечения. Коррекция альпрозамом (“Ксанакс” Pharmacia Upsohm) заключалась в однократном приеме 500 мг препарата накануне операции, коррекция атараксом — однократный прием 100 мг препарата накануне операции, сочетанная коррекция — рациональная психотерапия после приема указанных доз препарата.

Состояние пациенток оценивалось до коррекции и через 2 часа после приема препарата и/или психотерапии. Утром в день операции проводился повторный опрос пациенток об их состоянии.

Психоэмоциональное состояние в преморбиде у женщин с ДОЗМЖ было обусловлено в основном социально-личностными проблемами: одиночество — 47,4%, развод — 17,5%, конфликты в семье (с мужем, партнером) — 25%, сексуальная неудовлетворенность — 83,3%; 38,6 % больных ДОЗМЖ указывали на отсутствие половой жизни на момент обследования.

Были выявлены следующие типы невротических состояний. Для многих больных было характерно сочетание нескольких типов.

1. *Тревога (56,0 %)*. Больные жаловались на постоянное ощущение тревоги, страха за себя, близких, при этом они часто не могли заниматься повседневными делами, охваченные ожиданием неприятного события (реального или мнимого). Их беспокоили трудности при засыпании, кошмары во сне, содержание которых соответствовало сюжету тревоги, частые пробуждения по ночам с чувством недифференцированного страха. Они боялись принимать решение или что-либо сделать, опасаясь неприятных последствий.

2. *Невротическая депрессия (88,0 %)*. Ведущие симптомы: тоска, вялость, грусть, угнетенность, подавленность, легкая (недифференцированная) тревога, пессимизм, снижение либидо. Многие больные отмечали, что не чувствуют себя счастливыми, пропали прежние интересы, радости, привязанности, появились боязнь общества, замкнутость, самообвинение и самоуничтожение.

3. *Астения (76,0%)*. У больных снижалась физическая и нервно-психическая работоспособность, появлялись слезливость по малейшему поводу, агрессия в отношении своих близких, нетерпеливость и нетерпимость, обидчивость. Имели место повышенная утомляемость, "разбитость", снижение произвольного внимания, концентрации, запоминания, лабильность настроения.

4. *Обсессивно-фобические нарушения (51,0 %)*. Данный тип невротического состояния проявлялся навязчивыми мыслями о собственной ненужности, никчемности, чувством одиночества, навязчивыми воспоминаниями, фобиями (кардио-, канцеро-, агоро-, клаустрофобия и т.д.), выполнением ритуалов, многократной проверкой выполненных действий.

5. *Вегетативные нарушения (80,0%)*. Больные жаловались на сухость во рту, головные боли, головокружения, похолодание конечностей, бессонницу, потливость.

В результате обследования перед коррекцией у пациенток с ДОЗМЖ было выявлено состояние стабильной психической адаптации (36,0%), неустойчивой психической адаптации (18,0%), стабильной психической дезадаптации (46,0%). После коррекции у больных уменьшалось ощущение тревоги, исчезал страх за себя и близких. Они говорили, что теперь можно спокойно решиться на предстоящую операцию.

На следующее утро после коррекции больные сообщали о хорошем сне без сновидений, рассказывали об улучшении настроения, повышении жизненного тонуса, желании общаться. При исследовании концентрации внимания отмечалось ускорение и уменьшение ошибок при счете по Криппелину, улучшение кратковременной памяти. У больных с жалобами на обсессивно-фобические нарушения после коррекции значительно снижалась эмоциональная окраска навязчивых мыслей или они полностью исчезали. Заметно уменьшались жалобы и на вегетативные нарушения.

Результаты клинико-психопатологического, клинико-психологического методов и теста Яхина—Менделевича представлены в табл. 2, 3.

Таблица 2

Невротические реакции, обусловленные преморбидом у корригируемых групп (% реагирования)

Типы реагирования	Группы			
	1-я	2-я	3-я	4-я
Тревога	56	56	56	56
Невротическая депрессия	36	24	24	20
Астения	92	88	84	88
Обсессивно-фобические нарушения	40	32	20	20
Вегетативные нарушения	80	76	76	72
	44	36	32	24
	52	48	56	48
	16	20	16	12
	56	56	56	56
	36	36	36	36

Примечание. В числителе — процент реагирования до коррекции, в знаменателе — после. То же в табл. 3—6.

Таблица 3

Результаты теста Яхина—Менделевича у корригируемых групп (средние значения ДК)

Типы реагирования	Группы			
	1-я	2-я	3-я	4-я
Тревога	+1,28	+1,22	+1,10	+1,14
Невротическая депрессия	+2,4	+3,12	+3,00	+3,24
Астения	+1,05	+0,86	-0,28	+0,12
Истерический тип реагирования	+1,80	+2,44	+2,52	+2,64
Обсессивно-фобические нарушения	-0,08	+1,04	+1,11	-0,10
Вегетативные нарушения	+2,00	+2,62	+2,42	+2,54
	+1,22	+1,28	+1,26	+1,30
	+1,60	+1,90	+2,24	+2,46
	+1,12	-0,12	+1,18	+1,14
	+2,80	+2,96	+3,40	+3,42
	-0,10	-0,14	+1,20	+1,12
	+2,2	+2,82	+3,21	+3,34

Острая реакция на стресс (F43.0 МКБ-10) у обследованных больных возникала при сообщении о наличии у них заболевания и необходимости лечения и определялась типом реагирования на болезнь, что, в свою очередь, зависело от типа личности и акцентуации характера. Нами была использована классификация А.Е.Личко и И.Я.Иванова [14], включающая 13 типов реагирования на болезнь (у некоторых пациентов выявлялось сразу несколько типов реагирования). У женщин с ДОЗМЖ до коррекции преобладали следующие типы реагирования:

1. Гармонический (17,0 %): больные правильно оценивали свое состояние, стремились во всем активно содействовать успеху лечения, не желали обременять других тяготами ухода за собой.

2. Тревожный (56,0 %): женщины постоянно беспокоились по поводу неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения, стремились больше узнать о болезни, вероятных осложнениях, методах лечения.

стороны (родственники, знакомые, сослуживцы), волновались, не повредит ли им лечение, не станет ли им хуже.

Остальных типов реагирования практически не было; ни разу не встретился меланхолический тип реагирования.

После коррекции увеличилось число больных с гармоническим типом реагирования, которые адекватно оценивали свое состояние и были готовы во всем активно содействовать успеху лечения, переставали беспокоиться по поводу возможного неблагоприятного течения болезни, осложнений, неэффективности и даже опасности лечения. Пациентки с паранойяльным типом реагирования легко разубеждались в том, что болезнь — результат воздействия на них со стороны. Также уменьшилось число пациенток с анозогностическим и эргопатическим типами реагирования.

Результаты экспериментально-психологических методик-тестов ЛОБИ и Спилбергера представлены в табл. 4, 5. Состояние психической адаптации и дезадаптации показано в табл. 6.

Таблица 4

Результаты теста ЛОБИ  
(средние значения результатов обследованных)

Группы	Типы реагирования												
	Г	Т	И	М	А	Н	О	С	Я	Ф	З	Р	П
	минимальное диагностическое число												
	7	4	3	3	3	3	4	3	3	5	5	6	3
1-я	3,9	2,1	5,0	0	5,0	1,2	1,9	1,7	0,5	5,2	3,3	4,0	3,0
	5,6	1,4	0,5	0	0,4	0,6	0,8	1,0	0,2	3,1	1,4	2,0	1,0
2-я	3,5	2,0	0,5	0	0,5	1,0	2,0	1,9	0,7	5,4	3,2	4,2	2,8
	6,5	1,2	0,6	0	0	0,2	0,6	0,8	0	2,8	1,8	2,2	1,4
3-я	3,2	2,0	0,6	0	0,4	1,0	2,2	1,9	0,7	4,8	3,1	4,4	3,2
	6,2	1,4	0,3	0	0,2	0,2	0,6	0,6	0	3,2	1,4	1,8	1,6
4-я	4,0	2,4	0,5	0	0,6	2,0	2,1	2,0	0,5	4,9	3,8	4,2	3,2
	6,8	1,2	0,3	0	0	0	0,8	0,6	0	2,6	1,6	1,8	1,2

Обозначения: Г — гармонический, Т — тревожный, И — ипохондрический, М — меланхолический, А — апатический, Н — неврастенический, О — обсессивно-фобический, С — сенситивный, Я — эгоцентрический, Ф — эйфорический, З — анозогностический, Р — эргопатический, П — паранойяльный.

3. Анозогностический (47,0 %): больные считали, что болезни у них нет, отказывались от лечения или хотели обойтись лишь минимумом.

4. Эргопатический (43,0 %): больные старались отказаться от лечения, считая его напрасной тратой времени, ссылаясь на крайнюю загруженность в работе, быту и т.д.

5. Паранойяльный (66,0 %): после сообщения о диагнозе больные расстраивались, говорили о том, что болезнь — это результат воздействия со

Таким образом, в результате коррекции психоэмоционального состояния женщин с ДОЗМЖ в предоперационном периоде с использованием рациональной психотерапии, альпрозама, атаракса и сочетания рациональной психотерапии и альпрозама отмечалось снижение тревоги, невротической депрессии, обсессивно-фобических и вегетативных нарушений, что было подтверждено результатами теста Яхина— Менделевича. По типу реагирования на болезнь



Таблица 5

		Результаты теста Спилберга						Средний балл
Группы	Тревожность	Низкая		Умеренная		Высокая		
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	
1-я	Реактивная	10	40	12	48	3	12	36,2
		5	20	17	72	2	8	34,4
	Личностная	0	0	9	36	16	64	48,8
		0	0	19	76	6	24	34,8
2-я	Реактивная	9	36	11	44	8	20	38,2
		6	24	19	76	0	0	30,2
	Личностная	11	44	11	44	3	12	44,6
		5	20	18	72	2	8	35,6
3-я	Реактивная	12	48	13	52	0	0	34,8
		15	60	10	40	0	0	30,2
	Личностная	11	44	12	48	2	8	36,2
		6	24	18	72	1	4	32,8
4-я	Реактивная	13	52	12	48	0	0	32,4
		12	48	13	52	0	0	30,4
	Личностная	8	32	14	56	3	12	38,2
		8	2	16	64	1	4	34,4

Таблица 6

Оценка состояния адаптации по тесту Яхина—Менделевича

Состояние адаптации	Группы			
	1-я	2-я	3-я	4-я
Стабильная психическая адаптация	32	36	36	40
	60	64	64	72
Неустойчивая психическая адаптация	16	20	16	20
	20	24	20	24
Стабильная психическая дезадаптация	52	44	48	40
	20	12	16	4

увеличилось число пациенток с гармоническим типом реагирования, согласно данным теста ЛОБИ. Прослеживалась частота снижения реактивной и личностной тревоги по Спилбергеру, уменьшалось число пациенток в состоянии неустойчивой психической адаптации и стабильной психической дезадаптации.

После медикаментозной коррекции, утром в день операции, большинство пациенток вновь чувствовали усиление тревоги, вегетативных нарушений, астении, что объяснялось, по-видимому, не только приближающейся операцией, но и окончанием действия препарата. Эти явления вновь были купированы после выполнения традиционной премедикации, включавшей в себя бензодиазепины. В группах рациональной психотерапии в сочетании с альprozамом, эти

явления были выражены значительно меньше, что свидетельствует о более пролонгированном действии “вербальной” терапии по сравнению с медикаментозной.

#### Выводы

1. Психоэмоциональное состояние женщин с ДОЗМЖ в предоперационном периоде нуждается в психотерапевтической и психофармакологической коррекции.
2. Для осуществления вышеставленной задачи необходима организация психотерапевтско-психологической службы в стационарах.
3. Наиболее предпочтительно сочетание психотерапевтической и психофармакологической коррекции.
4. Очевидна перспективность дальнейшей разработки изложенной темы.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Бухановский А.О. и др. Общая психопатология: Пособие для врачей. — Ростов н/Дону, 2000.
2. Вельяминов Н.А. Клинические наблюдения над так называемыми “истерическими опухолями” молочных желез в связи с вопросом о железах с внутренней секрецией // Известия Императорской Военно-Медицинской Академии. — СПб, 1912. — Т. XXV. — С. 593—640.
3. Вельяминов Н.А. Истерия в хирургии // Рус. хирург. архив. — 1904.
4. Влияние препарата атаракс на когнитивные функции при лечении тревожных расстройств / Бобров А.Е., Кульгина М.А. и др. // Психотерапия и психофармакотерапия. — 2000. — № 1.

5. *Дитерихс М.Н.* Истерические опухоли грудной железы // Рус. хирург. архив. — 1904. — С. 800.
6. История болезни психически больного пациента: Метод. рекомендации / Сост. Д.М. Менделевич, К.К. Яхин — Казань: Изд-во КГМУ, 2002.
7. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний: Метод. рекомендации для интернов и врачей / Сост. Д.М. Менделевич, К.К. Яхин — Казань, 1978.
8. *Летягин В.П.* // Русский мед. ж. — 2000. — № 11. — С. 468—472.
9. *Личко А.Е., Иванов И.Я.* // Журнал неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. — 1980. — № 8. — С. 1195—1198.
10. *Макаренко Н.П.* // Русский мед. ж. — 1999. — № 10. — С. 451—454.
11. *Менделевич В.Д.* Клиническая и медицинская психология: Практическое руководство. — М., 1998.
12. *Огнерубов И.А.* Мастопатия: возможности консервативной терапии. — Воронеж, 2001.
13. Принципы и практика психофармакотерапии / Яничак Ф.Дж., Дэвис Дж.М. и др. — Киев, 1999. — С.573—588.
14. Руководство по психотерапии / Под ред. проф. В.Е.Рожнова. — 2-е изд. — Ташкент, 1979. — С. 192—205.
15. *Сидоренко Л.Н.* Мастопатия: (психосоматические аспекты). — Л., 1979.
16. *Сидоренко Л.Н.* Мастопатия: психосоматические аспекты. — 2-е изд., перераб. — Л., 1991.
17. *Astley Cooper.* Illustrations of the diseases of the breast and their treatment. — London, 1829.
18. *Eicher W. et al.* // Med. Welt. — 1977. — № 41. — S. 1631—1634.
19. *Gille de La Tourette.* Revue de chirurgie. — 1893. — P. 398.
20. *Hantouche E., Ferreri M.* // Психотерапия и психофармакотерапия. — 2000. — Т. 2. — № 4.
21. *Lader M., Scotto J.-C.* // Психотерапия и психофармакотерапия. — 2002. — Т. 4. — № 2.
22. *Lewison E.F.* Changing Concepts in Breast Cancer // Cancer. (Philad.) — 1980. — Vol. 46. — № 4. — P. 859—864.
23. *Velpeau.* Traite des maladies du sein. — Paris, 1858.

Поступила 17.10.03.

