

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ (современные аспекты проблемы)

Д.М.Менделевич, В.Д.Менделевич

Кафедра психиатрии (зав. — проф. Д.М.Менделевич)

Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С.В.Курашова



Рассмотрены универсальные механизмы формирования психических феноменов при гинекологический и акушерской патологии, в частности при климаксе, предменструальном синдроме, кастрации, беременности, аменорее, бесплодии и др. Сделан вывод о значимости для гинекологической патологии таких психических факторов, как личностные особенности пациента, тип реагирования на заболевание, информированность и перспективность врачебного прогнозирования.

Процесс психопатологического синдромообразования имеет как общепатологические закономерности, так и индивидуально-психологические, частные особенности. В ряду таких специфических воздействий, как этническая, национальная, профессиональная принадлежность, возраст, интеллектуальный уровень, особо выделяется роль полового фактора. Эпидемиологические исследования, проведенные среди мужчин и женщин, страдающих некоторыми формами психической патологии, выявили существенные различия в характере заболеваемости и ее клинических проявлениях. Так, со времен Крепелина известно, что маниакально-депрессивный психоз в 2 раза чаще встречается среди женщин, чем среди мужчин (современные статистические исследования подтверждают это наблюдение классиков психиатрии), и что в генезе истерии немаловажна роль «женского» фактора, потому подавляющее большинство пациентов с истерическими симптомами — женщины. Установлена отчетливая зависимость психопатологической симптоматики от менструальных фаз и состояний, а также характера течения хронических эндогенных психических заболеваний от беременности и родов.

Современная ситуация в области психиатрической науки убеждает, что значение специфических воздействий на психогенез, в частности, параметр пола, начинает резко возрастать, что должно несомненно учитываться при проведении терапевтических и профилактических мероприятий.

Гинекологическая психиатрия изучает, с одной стороны, психические нарушения, возникающие при гинекологических заболеваниях и состояниях (климаксе, беременности, в послеродовом периоде, после кастрации и стерилизации, пубертате, при воспалительных и опухолевых гинекологических заболеваниях), то есть гинекопсихиатрию, с другой — психогинекологические корреляции, влияние психического фактора на гинекологические процессы (предменструальный синдром, аменорея, дисменорея, бесплодие и т.д.), то есть психогинекологию.

Научные представления о происхождении психических расстройств при гинекологической патологии сложились в подавляющем большинстве под влиянием соматопсихических, чаще всего эндокринопсихических концепций. Считается, что патогенетически значимыми в таких случаях являются эндокринные факторы, то есть психопатологические феномены вполне можно обозначить как неврозоподобные (если речь идет о непсихотическом уровне) или соматогенные психозы (если отмечается психотический уровень расстройств). Подобный подход долгое время доминировал применительно к психическим нарушениям при беременности, родах, в послеродовом периоде, климаксе и инволюции. До настоящего времени приведенная точка зрения является основополагающей в ряде научных исследований и практической деятельности большинства практикующих врачей.

Анализ текущего состояния гинекологической психиатрии демонстрирует отсутствие единой концепции происхождения психопатологических феноменов при гинекологической патологии и воздействии психического фактора на деятельность женской половой сферы. Наряду с приведенным выше традиционным подходом к лечению этой проблемы, в последние годы высказываются оригинальные идеи, основанные, в частности, на психосоматической платформе. Так, существует мнение о том [1], что в генезе миомы матки принципиальную роль играет психический фактор (структура личности), и потому миома матки должна быть отнесена к психосоматическим заболеваниям наряду с классическими психосоматическими болезнями — гипертонической и язвенной

болезнью, бронхиальной астмой и некоторыми другими. Таким образом, проблема гинекологической психиатрии весьма актуальна и далеко не разрешена — необходимо изучение не только ее отдельных составляющих, но и общих закономерностей психогинекологической сопряженности, а также разработка принципиальной теоретической платформы для адекватного понимания сущности болезненных процессов.

На протяжении последнего десятилетия кафедра психиатрии Казанского медицинского института проводит активные научные изыскания в области гинекологической психиатрии. В центре внимания такие состояния, как климакс, посткастрационный и предменструальный синдромы, беременность, бесплодие [2, 6].



Распределение клинических вариантов собственно климактерических нервно-психических расстройств. Обозначение: А — астенический, С-И — сенесто-ипохондрический, Т-Д — тревожно-депрессивный, И — истерический.

Результаты многочисленных исследований свидетельствуют о неоднородности психических расстройств при гинекологической патологии, различных путях их формирования и ставят под сомнение первостепенную значимость соматопсихической концепции в области гинекологической психиатрии.

Как показывает изучение структурно-динамических особенностей собственно климактерических нервно-психических расстройств, наблюдаются четыре клинических варианта нарушений: астенический, сенесто-ипохондрический, тревожно-депрессивный и истерический [2]. Наряду с клиническими относительными особенностями — формой, варианты различаются и механизмом возникновения — нозологической сущностью. Два варианта представляют собой неврозоподобные, а два других — невротические состояния. Однако, подобное разделение можно считать до определенной степени условным.

Как видно из приведенной схемы, клинические варианты не являются чисто невротическими или чисто неврозоподобными. Каждый из них представляет собой констелляцию тех и других нарушений в различных пропорциях. Крайняя выраженность невротических расстройств имеет место при истерическом варианте собственно климактерических нервно-психических расстройств, а неврозоподобных — при астеническом; неврозоподобные преобладают над невротическими — при тревожно-депрессивном варианте. Столь тонкие клинические «изыски» не являются самоцелью, а имеют непосредственную теоретическую и практическую ценность, так как патогенетическая специфичность нацеливает на патогенетически ориентированную терапию.

При обследовании пациенток после перенесенных хирургических операций (гистер-, овариозэктомия) по поводу злокачественных новообразований также выявлено разнообразие клинических

проявлений и, что принципиально важно, путей формирования психических расстройств [4].

Результаты, полученные при изучении пограничных нервно-психических расстройств при беременности [6], подтверждают вывод о многоканальности формирования психической патологии при гинекологических состояниях и заболеваниях. Психопатология беременности может отражать не только гормональные и иные связанные с эндокринной системой сдвиги (астено-депрессивный и тревожно-депрессивный варианты), но и психогенные нарушения, вплетающиеся в клиническую картину гестозов и часто их имитирующие невротические состояния.

Сопоставление многолетних результатов исследования психической патологии при различных гинекологических заболеваниях показывает, что она имеет специфический оттенок, отличный от психических проявлений других заболеваний. Во-первых, в клинической картине гинекологических заболеваний отмечается тесное переплетение психогенной и экзогенной психопатологии, формирующей своеобразные симптомокомплексы; во-вторых, психосоциальные и культуральные факторы играют существенную роль в оформлении психических феноменов; в-третьих, можно выделить четыре типичные модели формирования психических расстройств, встречающихся при каждом гинекологическом заболевании, которые будут описаны ниже.

Современное представление о роли личностных и характерологических особенностей в генезе пограничных психических расстройств позволяет экстраполировать теоретические представления, подтвержденные клиническим опытом и наблюдениями, на область гинекологической психиатрии. Среди факторов, способствующих возникновению психопатологических симптомов при гинекологической патологии, выделяется, наряду с соматогенным и эндокринным — традиционно значимыми для этой области, полоролевой, сексуальный и косметический факторы. Последние основаны на рефлексивной и экспектационной платформах и как условно-патогенные психотравмы существенно изменяют систему отношений личности пациенток. В рамках рефлексивной платформы для больных более существенны не сами по себе гинекологические заболевания (их тяжесть, возможность инвалидизации и хронизации), а представления о том, как эти болезни отражаются на отношении к ним близких, родственников, сослуживцев и иного окружения. Объективные критерии тяжести заболевания как бы отходят на второй план и не признаются принципиально

значимыми. На этой платформе основывается полоролевой фактор — представление женщины о возможном и высоко вероятном (с ее точки зрения) изменении ее роли как матери, супруги, хозяйки, женщины в связи с гинекологическим заболеванием. Наиболее ярко полоролевой фактор выступает в рамках климактерических расстройств, после радикальных операций на матке и яичниках, при некоторых нарушениях детородной функции, когда гинекологическая патология символизирует крах женской роли поведения. Сексуальный фактор также базируется в большей степени на рефлексивном и экспектационном подходах. Пациентки убеждены, что вследствие гинекологического заболевания резко уменьшается их сексуальная роль и функция, и что партнер (муж) проявит однозначно негативную реакцию на происходящее или возможное изменение. Сексуальный фактор оказывается существенным не только после традиционно значимых в этом плане кастрации (гистер- и овариоэктомии) и некоторой другой гинекологической патологии, но даже при беременности. В последнем случае беременность для некоторых женщин выступает как опасный для сексуальной гармонии период, в котором неспособность выполнять супружеский долг (навешанная санитарно-просветительской пропагандой) превращается в своеобразный психотравмирующий параметр. Косметический фактор, также немаловажный для пациенток, в рамках психических проявлений гинекологических заболеваний достаточно выражен. Это относится как к объективно оцениваемым косметическим нарушениям при гинекологических операциях, так и к субъективным, например, при беременности. Перечисленные выше факторы образуют личностный каркас, влияние которого на психопатологию зависит от значимости («силы») иных представленных в гинекологическом заболевании составляющих — эндокринной, соматической. В зависимости от сочетания и доминирования отдельных составляющих, как показывают клинические исследования, возможны четыре модели формирования психических расстройств в рамках гинекологических заболеваний: психоэндокринная, соматопсихическая, психогенная и психологическая. Любое другое заболевание женской половой сферы способно формировать каждую модель психических расстройств.

Психоэндокринная модель традиционна и до недавнего времени преобладала в научной литературе при интерпретации психогенеза в случае гинекологической патологии; она отражает соматогенный механизм психопатологического симптомообразования.

Психические расстройства напрямую зависят от эндокринного статуса пациенток, от выраженности гормонального дисбаланса. В результате такой патогенетической цепочки, как гинекологическая патология — эндокринопатия, возникает эндокринный психосиндром (описанный Блейлером) с характерными клиническими психопатологическими проявлениями: резко выраженной физической астенией, апатико-абулическими признаками, психопатизацией личности (с преобладанием эксплозивных черт), колебаниями аффекта. Наиболее часто психоэндокринная модель формирования психических расстройств встречается при гинекологических заболеваниях, оказывающих существенное влияние на эндокринный статус. Однако, наличие выраженных гормональных нарушений не является облигатным параметром для инициации развития психоэндокринной модели психических расстройств. Компенсаторные механизмы психики, не исключая и личностных реакций, способны направлять развитие психических последствий в иное русло — по иной модели.

Соматопсихическая модель, отличная от психоэндокринной по структурно-динамическим особенностям клинической картины, формируется с опорой на вегетососудистые нарушения основного гинекологического заболевания, тяжелые соматические проявления (к примеру, гиперемия, колебания АД и пр.). Соматические расстройства выступают в рамках данной модели как основополагающие и определяющие направленность трансформации психической патологии. Особенно это касается комплекса вегетососудистых пароксизмов, сопровождающих гинекологические заболевания. Психопатологическая картина соматогенного характера переплетается с парестезиями, сенестопатиями, пароксизмально возникающими витальными страхами, формируя ипохондрическую ориентацию симптоматики.

Следует указать на различие соматопсихической модели и психосоматических корреляций в рамках гинекологических заболеваний, имеющих обратную зависимость. Психосоматические взаимоотношения — иная область, поскольку в качестве первичного элемента (причины) здесь выступает психический статус человека, а не гинекологическое состояние. Особую роль психосоматические факторы играют при аменорее, дисменорее, некоторых формах бесплодия.

Возникновение психогенной и психологической моделей формирования психических расстройств при гинекологических заболеваниях связана с социально-психологическими сторонами

патологии женской половой сферы. В большинстве случаев психические травмы носят условно-патогенный характер, однако зачастую условно-патогенное событие легко трансформируется в объективно-значимый конфликт. Психогенная и психологические модели различаются не только и не столько уровнем психических расстройств (он соответственно невротический и донозологический), сколько специфичными психическими реакциями. Клинические проявления в рамках психогенной модели характеризуются развернутыми картинами неврозов, истерического, астенического, навязчивых состояний, психологической модели — гиперкомпенсаторными реакциями и поведением пациенток.

Итак, традиционный подход к теоретическому осмыслению этиологических и патогенетических особенностей в этой области, основанный на соматогенной и эндокринной концепциях, не отражает реальности — многообразия путей формирования психических расстройств в рамках гинекологической патологии. Подобное положение приводит к игнорированию ряда психотерапевтических и психофармакологических мероприятий, и, как следствие, снижает эффективность терапии пациентов.

Литература

1. Ильин В.И.// Пограничные психические состояния и особенности личности гинекологических больных с гормональной дисфункцией: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук — М., 1988.
2. Менделевич В.Д.// Клинические особенности и лечение нервно-психических проявлений предменструального и климактерического синдромов — Казань, 1983.
3. Менделевич В.Д.// Психопатология климакса — Казань, 1992.
4. Менделевич В.Д., Каценельсон В.М., Макаричева Э.В.// Казанский мед. ж. — 1992. — №1. — С. 19-22.
5. Менделевич Д.М., Зимакова И.Е., Менделевич В.Д.// Акуш. и гин. — 1983. — №2. — С. 51-54.
6. Сахаров Е.А.// Пограничные нервно-психические расстройства при беременности и их коррекция: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук — Л., 1990.

Поступила 01.03.93.

**Хатын-кыз женес авырулары психиатриясе
(проблеманың заманча торышы)**

Д.М.Менделевич, В.Д.Менделевич

Мәкаләдә Хатын-кыз женес авырулары психиатриясе проблемасының заманча торышына ясалган анализ китерелә; хатын-кыз женес авырулары һәм бала тудыру патологиясендә күзәтелә торган психик феноменнарның барлыкка килүенә универсал

механизмдары карала. Анализ эченә хатын-кыз авыруларының климакс, күрем алды синдромы, бала күтәрү, аменорея, бала тапмау һ.б. кертелгән.

Мәкаләдә КДМИ психиатрия кафедрасының хатын-кыз психиатриясе өлкәсендәге күпсанлы клиник психопатологик тикшеренүләрнең нәтижеләре китерелгән.

Мәкаләдә психик факторларның авыруларның шәхси үзенчәлекләре, мәгълүмәтле булулары, авыруга караши, табиглар-ча прогноз ясауга сәләте белән бәйләнешенә хатын-кыз женски патология өчен әһәмияте турында нәтижә ясала. Дәвалау һәм савыгу практикасын үзгәртү буенча киңәшләр бирелә.

Gynecologic psychiatry. Current aspects of the problem

D.M.Mendelevich, V.D.Mendelevich

The general-purpose mechanisms of the formation of psychical phenomena in gynecologic and obstetric pathology are considered, in particular, in climacteric, premenstrual syndrome, castration, pregnancy, amenorrhea, sterility and etc. It is concluded that such physical factors as personal peculiarities of a patient, a type of response to the disease, information of the disease and prospect of the physician's prognosis are significant for the gynecologic pathology.