

ПОГРАНИЧНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ И ЛЕЧЕБНО - РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ ТАКТИКА ПРИ ПЕРВИЧНОМ БЕСПЛОДИИ

Е.В. ОКОНИШНИКОВА, В.И. ЕСАУЛОВ, М.В. КОРКИНА

Кафедра психиатрии и медицинской психологии РУДН.

Москва. 117198, Миклухо-Маклая, д.8. Медицинский факультет

При помощи клинико-катамнестического и экспериментально-психологического методов обследовано 60 женщин с первичным бесплодием. Средний возраст обследованных пациенток составил 28,2 лет. Длительность заболевания до момента обращения за помощью варьировала от 1,5 до 16 лет. Длительность катамнестического наблюдения после первичного обследования и лечения составляла до 3 лет. Основными психопатологическими симптомами у обследованных женщин являлись депрессивные, тревожные, ипохондрические расстройства. Авторами выделены различные варианты течения психических расстройств у пациенток с первичным бесплодием – тревожно-депрессивный, депрессивно-ипохондрический, астено-депрессивный, обсессивно-фобический, и диссоциативно-конверсионный. Предложены комплексные психокоррекционные подходы, включающие применение современных психотерапевтических техник в комбинации с седативными и активирующими препаратами растительного происхождения, действующими на центральную нервную систему.

Проблема бесплодного брака является одной из центральных в современной гинекологии и гинекологической эндокринологии, в силу частоты этой патологии (до 10 % в популяции), и ее социальной значимости.

Обследовано 60 женщин в возрасте от 22 до 40 лет (средний возраст 28,2 года), страдающих первичным бесплодием, длительность которого на момент обращения за помощью составляла от 1,5 до 16 лет. Обследование включало клинико-катамнестический, клинико-психопатологический и экспериментально-психологический методы. Длительность катамнестического наблюдения после первичного обращения и обследования составляла от одного до трех лет.

Для подавляющего большинства обследованных женщин, беременность и рождение ребенка являлось высокозначимым событием, отражавшим основную социальную и биологическую потребность женщины в материнстве. Бесплодие представлялось многим женщинам катастрофой, крушением жизненных планов и в дальнейшем часто приводило к развитию психопатологической симптоматики.

В психическом состоянии пациенток отмечались тревожно-депрессивные, астено-депрессивные, обсессивно-фобические, диссоциативно-конверсионные (истероформные), ипохондрические расстройства. Подавленное настроение являлось стержневым симптомом и имело место в большинстве случаев.

У пациенток с астено-депрессивным синдромом обнаруживались эмоциональная лабильность, выраженная плаксивость, раздражительность, диссомнические расстройства, повышенная чувствительность к внешним раздражителям. Тревожно - депрессивный синдром характеризовался выраженной тревогой за свое здоровье и беспокойством по поводу результатов обследования и предстоящего лечения. Помимо этого, многие женщины высказывали опасения, что из-за отсутствия ребенка могут ухудшиться семейные отношения, вплоть до развода. Пациентки с обсессивно-фобической симптоматикой испытывали различные страхи: страх неизлечимости бесплодия и наличия серьезного гинекологического заболевания, навязчивый страх начала менструаций и безуспешности проводимой специфической терапии. Истероформный синдром проявлялся капризностью, обидчивостью, нередко конфликтностью в отношениях с близкими людьми, склонностью к обвинению окружающих в неудачном лечении. Особое, сверхценное отношение к обследованию и лечению, настойчивое требование дополнительных, нередко дорогостоящих методов, готовность на любые, самые болезненные мероприятия, педантичное следование назначениям врача, даже тогда, когда в этом не было необходимости – все вышеперечисленное характеризовало ипохондрический синдром.

Особенностью формирования пограничных психических расстройств можно считать появление доминирующих идей, самыми частыми из которых были идеи отношения и собственной неполноценности, возникавшие раньше другой психопатологической сим-

птоматики и служившие основой для ее возникновения. Пациентки тяготились статусом бесплодной женщины, испытывали чувство вины и стыда перед родными, предполагали, что являются объектом для осуждения и непонимания со стороны окружающих, считали оскорбительными для себя вопросы о причинах отсутствия ребенка.

При выборе лечебной тактики для коррекции имеющихся психоэмоциональных расстройств приходилось учитывать неоднозначное отношение врачей-гинекологов и самих пациенток к психотропным препаратам, считавших затруднительным их применение из-за возможных побочных эффектов и облигатного повреждающего действия на репродуктивную систему. Исходя из этого широко использовались препараты, содержащие компоненты растительного происхождения с седативным или активирующим действием на центральную нервную систему, такие как «Ново-пассит», «Персен», «Антарес», «Деприм» по общепринятым схемам.

Ведущая роль в лечении пациенток с данной патологией отводилась психотерапии. Основными задачами психотерапии являлись:

- Заполнение недостатка информации, получаемой от лечащих врачей-гинекологов;
- Коррекция имеющихся психоэмоциональных (преимущественно тревожно-депрессивных и тоскливо-депрессивных) расстройств, пессимистического настроения пациенток, работа с многочисленными опасениями и страхами;
- Работа с идеями собственной неполноценности («я - не такая, как все») и связанным с этим чувством вины;
- Работа с ближайшим окружением пациенток, направленная на улучшение внутрисемейных отношений;
- Укрепление веры в возможность успешного исхода лечения, а также формирование спокойной реакции на серию возможных неудач, подчеркивание длительности данной терапии, необходимости терпения;
- Формирование реалистичной оценки своего состояния и работа с нереалистичными и иллюзорными надеждами пациентов на возможность мгновенного чудесного исцеления.

При лечении больных с данным видом патологии использовался целый комплекс психотерапевтических методик, среди которых наиболее эффективными являлись методы рациональной психотерапии, групповая психотерапия, семейная психотерапия, элементы телесно-ориентированной терапии, гештальттерапии и транзактного анализа, арттерапевтические подходы (рисунок, музыка), различные релаксационные методы, аутотренинг, суггестивная психотерапия.

Учитывая особо значимый для большинства женщин смысл проблемы бесплодия, была важна проработка сущностных, экзистенциальных проблем. Проводилась многоуровневая работа с оценкой собственной личности, своего места в жизни, отношений с окружающими. Анализировалось глубинное внутреннее переживание болезни - «почему именно я?», «за что мне это страшное, позорное наказание?». Весьма успешным явилось использование метафор, элементов краткосрочной позитивной терапии, техник психоаналитической направленности. В результате применения элементов гештальттерапии происходила проработка и отреагирование имеющихся хронических проблем, обид и переживаний в плоскости «здесь и сейчас».

Важным элементом комплексного лечения являлось применение техник телесно-ориентированной терапии, направленных как на работу с «мышечными блоками», (преимущественно в тазовой области), так и на «заземление» пациенток, укрепление устойчивости в жизни, контактов с реальностью, умения выдерживать негативные нагрузки. Упражнения телесно-ориентированной терапии позволяли снимать мышечное напряжение, физический дискомфорт, работать с негативными эмоциями, не выводя их на уровень осознания.

Обязательным элементом терапии являлась семейная психотерапия. Особенно полезной она была при наличии конфликтной ситуации в супружеской паре вследствие бесплодия жены. Работа была направлена на реконструкцию благополучных семейных от-

ношений. В ходе терапии совместно вырабатывались необходимые рекомендации по оптимальному поведению дома, созданию доброжелательной атмосферы, совместному времяпровождению. В ходе занятий с семейной парой отрабатывалось умение супругов слушать и понимать друг друга, способность открыто говорить о своих чувствах, контролировать агрессивные тенденции и разочарования. Разрушался стереотип отношения к этим пациенткам, как к обреченным на бездетность, «неполноценным» женщинам. С мужьями шла проработка темы «крушения мужских надежд». В случае длительного отсутствия положительного эффекта от терапии с семейной парой прорабатывалась возможность взять на воспитание приемных детей

В ходе лечения в ряде случаев весьма полезной являлась распространяемая врачом информация о предыдущих успешных попытках лечения после серии неудач, укрепляющая веру пациентов.

Индивидуальная коррекция позволяла в ряде случаев привести пациентов к групповому обсуждению проблем. Поддержка в группе со стороны женщин со сходными проблемами, советы, проявляемое участие часто помогали изменить бесплодным женщинам заниженную самооценку, не позволяли оставаться наедине со своей внутренней болью, страданиями, улучшали коммуникативные возможности, часто положительно влияли на психозмоциональную сферу, возвращали пациенток в социум. Групповые занятия позволяли сделать менее значимым миф о собственной «неполноценности», разрешить себе быть такими, какие есть, и подготовить почву для постепенного изменения отношения к данной проблеме, укрепить веру в возможность положительного эффекта от лечения.

Таким образом, адекватная комплексная программа лечения пограничных психических расстройств у женщин, страдающих бесплодием, способствовала ослаблению вторичной (психической) патологии и давала возможность повысить эффективность лечения основного заболевания.

Литература.

1. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства. М., 1993. 400 с.
2. Карвасарский Б. Д. Психотерапевтическая энциклопедия. С-Пб., 1998. 752 с.
3. Менделевич В. Д. Гинекологическая психиатрия. - Казань, 1996. 337 с.
4. Пшеничникова Т. Я. Бесплодие в браке. М. Медицина, 1991. 320 с.

BODERLINE PSYCHIC DISORDERS AND THEIR TREATMENT AND REHABILITATION IN PATIENTS WITH PRIMARY INFERTILITY.

E.V. OKONISHNIKOVA, V.I. ESAULOV, M.V. KORKINA

Department of Psychiatry and Clinical Psychology RPFU.
Moscow. 117198. M-Maklaya st 8. Medical faculty

60 females patients with primary infertility were studied. Their mean age was 28,2 years. The methods of examination were clinical and psychological. The duration of the disease was 1,5-16 years. Cathamnesis was 3 years. The patients developed vivid psychiatric symptoms such as depression, anxiety, hypochondriac ideas. Authors define several variants of disorders - depression with anxiety, depression with hypochondria, depression with phobia depression with asthenia, and dissociate-converse disorders. Were developed methods of psychocorrection and phitotherapy.