

РОЛЬ ПСИХОГЕННЫХ ФАКТОРОВ В ГЕНЕЗЕ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ГИСТЕРЭКТОМИЮ

М.А.ЦИВИЛЬКО, Е.О. ПОЛЯКОВА

Кафедра психиатрии и медицинской психологии РУДН. Москва. 117198, ул. Миклухо-Маклая, д.8. Медицинский факультет

В работе изучена динамика психических нарушений у больных, перенесших гистерэктомию.

В основу работы положено комплексное обследование 91 больной после частичной и полной гистерэктомии в Клинике неврозов (главный врач Н.Н. Шинаев), куда они стационарировались в связи с наличием пограничной психопатологии, нередко провоцируемой психотравмирующими обстоятельствами (семейные и служебные конфликты, длительные болезни родственников, разводы, потеря супруга). В более молодом возрасте психотравмирующим были: утрата менструальной и детородной функции, ухудшение качества сексуальной жизни, социальная дезадаптация с возможной инвалидизацией. На этом фоне, а также при наступлении возраста естественной менопаузы, клиническая картина психических нарушений характеризовалась наличием астенического синдрома, аффективных расстройств, ипохондрической фиксацией на своем состоянии, истерическими реакциями, реже психозендокринным синдромом, а также выраженными вегетативно-сосудистыми расстройствами.

Таким образом, операция гистерэктомии способствует развитию пограничной психической патологии в условиях психотравмирующей ситуации.

Удаление матки при гинекологических заболеваниях, при сильных кровотечениях, для профилактики рака или как радикальное противозачаточное мероприятие относится к наиболее частым гинекологическим операциям. Среди гинекологических заболеваний миомы наиболее часто служат показанием к гистерэктомии.

Несмотря на бесспорные достижения лекарственной, в основном гормональной терапии, хирургическое вмешательство остается ведущим методом лечения миомы матки. Около 20% современного женского населения в возрасте старше 18 лет лишились матки, в том числе около 70% из них в возрасте от 30 до 40 лет. Основным показанием для ее удаления у 60-70% женщин была миома. Ежегодно производится десятки тысяч радикальных операций на матке у еще совсем юных женщин, не успевших реализовать свою детородную функцию. При этом на протяжении последних 30-40 лет частота органосохраняющих операций не превышает 10-12%. По данным зарубежных специалистов, в психиатрические стационары после гинекологических операций поступает в два раза больше женщин, чем после других видов хирургических вмешательств (Е. Lindemann, 1941; D. H. Richards, 1973; M. H. Hollinder, 1984).

Целью настоящего сообщения является динамическое изучение психогенных расстройств у больных, перенесших гистерэктомию, и разработка рекомендаций по лечебно-профилактической работе. Проведено клиникопсихопатологическое, клиникокатамнестическое, экспериментально-психологическое и общесоматическое обследование 91 больной после гистерэктомии, находившихся на стационарном лечении в Клинике неврозов (гл. врач проф. Н.Н.Шинаев) в период с 1999 по 2002 годы. Все больные поступали в клинику в связи с наличием пограничной патологии, возникшей в условиях острой или хронической психической травмы, из них 58 человек поступали впервые, 33 госпитализировались повторно.

Для изучения клинических особенностей психических нарушений в зависимости от объема операции подбор материала для исследования проводился по двум группам. Первую составила 51 больная, у которых наряду с удалением матки было выполнено удаление кистозно-измененных яичников. Вторую – 40 больных, которым была произведена частичная гистерэктомию – удаление матки.

Возраст обследованных больных был от 29 до 65 лет. Средний возраст больных составил 53,8 года в первой группе и 51,1 год – во второй группе. Длительность периода после операции была от полугода до 23 лет. Параллельно с психопатологическим исследованием на протяжении всего пребывания в стационаре все больные обследовались специалистами Клиники неврозов - гинекологом, терапевтом, невропатологом, эндокринологом и т.д.

Квалификация психиатрического диагноза проводилась в соответствии с клиническими критериями Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ – 10). Выявленные психические расстройства квалифицировались в трех основных диагностических рубриках: F 32.1 - Депрессивный эпизод средней степени тяжести; F 34.1 - Дистимия; F 45.2 - Ипохондрическое расстройство. Психопатологическое исследование дополнялось экспериментально-психологическим методом, включающим шкалу Монтгомери-Асберга и методику исследования самооценки (вариант Дембо-Рубинштейн). Шкала Монтгомери-Асберга была применена для выявления аффективных нарушений и определения личностной тревожности. Исследование самооценки использовалось для изучения внутренней картины болезни. Полученные в ходе исследования результаты подвергались математическому анализу и обрабатывались статистическим методом.

В результате проведенного исследования был выявлен широкий спектр психических нарушений пограничного круга, представленный астенической, депрессивной, сенестопихондрической и истерической симптоматикой, массивными вегетативными расстройствами, реже фобическими нарушениями и страхами.

При изучении личного анамнеза оценивалось состояние больной до операции, на всех этапах послеоперационного периода, в период адаптации, в первую очередь в семье, с учетом всех микросредовых факторов. Клиническая картина психических расстройств определялась преморбидными особенностями или типом акцентуации личности. Наиболее распространенными были психастенические и истерические черты характера. Несколько реже среди обследованных больных встречались сенситивный, эпилептоидный и гармоничный тип личности.

Большинство женщин имели в анамнезе симптомную миому матки (74,5% женщин в первой группе и 82,5% - во второй группе).

Больные с выраженными симптомами миомы (мено- и метроррагии, явления анемии, болевой синдром, нарушение функции тазовых органов), как правило, не сомневались в необходимости удаления матки, как фактора, угрожающего здоровью. Перед операцией отмечались явления безотчетной тревоги и страхи - страх возможных интраоперационных осложнений, а также последствий операции, страх перерождения доброкачественной опухоли в злокачественную и т.д. Те больные, которые не испытывали дискомфорта в связи с наличием опухоли, психологически были менее адаптированы к предстоящему оперативному вмешательству. Клиническая картина раннего послеоперационного периода (2-3 месяца после операции) характеризовалась преобладанием астенической симптоматики, выражающейся в повышенной утомляемости, дневной сонливости, снижении физической активности, аффективной лабильности, гиперестезии, раздражительности, вспыльчивости. Частыми были жалобы на головные боли и головокружения. По мере улучшения соматического состояния наблюдалось сглаживание астенических симптомов и нарастание аффективных расстройств.

Важно отметить, что в высказываниях больных перенесенная операция часто не звучала, как психотравмирующая ситуация. Для женщин, адаптированных в семейном и социальном плане - имеющих полноценную семью, увлеченных работой, психологическая сторона гистерэктомии не имела того патогенного значения как для молодых женщин, не имеющих детей. Изучение семейного положения показывает, что к моменту проведения исследования 25 человек в первой группе и 24 во второй были замужем, при этом почти столько же было разведенных женщин и вдов (24 и 13 соответственно - в первой и второй группах). Большинство обследованных больных имели детей: 1-2 детей - 45 человек в первой группе и 30 - во второй, 2 женщины - 3-х и более детей.

Изучение Внутренней картины болезни (ВКБ) позволяет говорить о возрастных различиях личностных реакций. Удаление матки ассоциируется у женщины с потерей женственности, молодости, преждевременным старением организма. Утрата менструальной и детородной функции не являлась причиной беспокойства больных пременопаузального возраста, осуществивших свою репродуктивную функцию. Другая ситуация наблю-

далась у женщин более молодого возраста. В данном случае массивность ВКБ определялась ее идеаторной стороной с мыслями о неполноценности, возможной инвалидизации, ограничением физической активности, снижением трудоспособности, ухудшением сексуальной функции, что являлось причиной патологической аффективной реакции женщины на факт оперативного вмешательства и последующей психологической дезадаптации.

При анализе социального статуса установлено, что значительная часть больных (60,4%) на момент проведения исследования не работали, 43 женщины занимались ведением домашнего хозяйства и 12 человек были на пенсии. Инвалидность имели 4 обследуемые женщины. Важно заметить, что среди работающих женщин 9,9% перешли на менее квалифицированную работу, причем изменение в профессиональном статусе хронологически было связано с перенесенной операцией.

Во время исследования для объективизации клинических данных был использован опросник пациента (ОП). Опросник пациента включал в себя несколько разделов, одним из которых был - изучение гинекологического анамнеза обследованных больных. Анализ менструальной функции показал, что значительная часть женщин перенесли операцию удаления матки до наступления естественного климактерия, в период пременопаузы (25,3%). При этом 51,6% обследованных больных были прооперированы в репродуктивном возрасте. Таким образом, в большинстве случаев речь идет об искусственном климаксе.

В зависимости от характера протекания климактерия группа обследованных нами больных была неоднородной по своим клиническим проявлениям. По результатам исследования, патологическое течение климакса наблюдалось у 35,2% женщин первой группы и 31,4% второй группы.

Понятие патологического климактерия включает в себя различные патологические проявления инволюционного процесса, нарушающие как соматическое, так и психическое здоровье.

Специфическим и наиболее распространенным признаком патологического климакса были приливы жара к голове и верхней половине туловища (вегетативные пароксизмы). Для определения степени тяжести гинекологического синдрома была использована классификация Вихляевой Е.М. (1966). При этом среди пациенток первой группы достаточно часто встречались средняя - от 10 до 20 приливов и тяжелая форма - более 20. Климактерический симптомокомплекс включал также - вазомоторную лабильность (общий гипергидроз, ознобы), чувство нехватки воздуха, головные боли, приступы сердцебиения, повышение АД.

Безусловно, вегетативно-сосудистые нарушения истощали больных, что приводило к нарастанию астенических явлений, которые наряду с депрессивным синдромом становились ведущими у больных с патологическим течением климакса. Проявления, свойственные климаксу (приливы и повышенная потливость, ознобы), отмечались и в ночные часы, лишая больных полноценного сна. Для астенического синдрома у больных после гистерэктомии характерно преобладание психического компонента и тесная связь с наличием дополнительных психотравмирующих факторов. Даже при наличии выраженных проявлений патологического климакса решающее значение в патогенезе психопатологических расстройств имели различные психогении.

В некоторых наблюдениях выявлены страхи возникновения вегетативных пароксизмов в общественных местах, нестойкие фобии с самоограничительным поведением. Больные боялись переходить улицу из-за сильных головокружений, испытывали беспокойство на службе: стеснялись начала вегетативных явлений, страдали, когда окружающие видели приливы.

Одним из наиболее существенных факторов, вызывающих ухудшение психоэмоционального состояния, является удаление придатков, определяющее физиологические последствия операции - степень нарушения гормонального баланса организма и процессов

вегетативной регуляции. Больные с двусторонним удалением придатков матки (первая группа) уже в первые месяцы после гистерэктомии отмечали вегетативно-сосудистые проявления Посткастрационного синдрома (ПКС). У больных второй группы гормональная функция яичников сохраняется до наступления возраста предполагаемой естественной менопаузы. Клиническая картина заболевания в этом случае отличалась меньшей выраженностью сомато-вегетативных нарушений.

Сенесто-ипохондрическая симптоматика, обусловленная гипопострогией, занимает особое место у больных, перенесших удаление матки. Больные предъявляли жалобы на зуд и жжение в области влагалища и наружных половых органов, болезненность во время полового акта (диспареунию). При этом с течением времени наблюдались полиморфность и изменчивость описываемых симптомов. Так, некоторые из них отмечали неприятные ощущения не только в половых органах, но и в прямой кишке или же внизу живота, связанные с наличием спаечного процесса (у больных второй группы), фиксировались на деятельности кишечника.

На фоне патологического климакса наблюдалось появление не свойственных ранее черт характера. При этом у одних больных дисгармонично протекающий климакс (ДПК) сопровождался вялостью, пассивностью, равнодушием интереса к тем сторонам жизни, которые ранее представляли интерес. Такие женщины избегали контактов, нередко увольнялись с места работы по собственному желанию и переключали свое внимание на ведение домашнего хозяйства. У других - на первый план выступали конфликтность, нервозность, раздражительность, плаксивость.

Для женщин с истерическими чертами особенно характерны реакции на половое увядание и появление внешних признаков старения (морщины, снижение тургора кожи, ломкость, поседение волос), проявляющиеся кокетством, использованием яркой косметики, бурными сценами ревности. Особенности клинической картины заболевания являются выраженность и яркость психопатологической симптоматики, патогенетически связанной с наступлением климакса, театральность и демонстративность поведения при появлении вегетативных пароксизмов. Свойственные этим больным эгоцентризм, претенциозность, бурное выражение эмоций, а также нарастающая конфликтность с окружающими способствовали дезадаптации, нередко с потерей работы и распадом семьи.

Вегетативно-сосудистые расстройства нередко являлись пусковым механизмом в возникновении невротических расстройств у больных с патологическим климаксом. С другой стороны, не редки случаи, когда климактерические симптомы впервые появлялись после психотравмы. При этом гинекологический синдром протекал независимо от изменения степени актуальности или исчезновения психогении. Таким образом, психогенные и соматогенные факторы так тесно переплетаются, что определение первопричины возникновения психопатологических расстройств у больных после гистерэктомии часто представляется затруднительным.

Важнейшим условием при оценке состояния обследованных больных, перенесших гистерэктомию, являлась характеристика психической травматизации, как одного из ведущих факторов патогенеза выявленных пограничных психических нарушений. При этом учитывались следующие критерии: интенсивность, актуальность и значимость, острота появления, продолжительность, повторяемость, связь с преморбидными особенностями личности.

Среди психических травм были выделены объективно-значимые и условно-патогенные. Для оценки силы и интенсивности психического воздействия была использована шкала Holmes - Rahe, с помощью которой каждому жизненному событию приписывается строго определенный и неизменный, выраженный в баллах коэффициент. Так, наивысшее число баллов за травмирующее влияние имеет смерть супруга (100 баллов). Далее следуют: развод (73 балла), разлука супругов (65), смерть родных (63), выход на пенсию (45) и т.д.

В зависимости от остроты и продолжительности травмирующего воздействия психотравмы были разделены на острые и хронические. При наличии длительной конфликтной ситуации наблюдалось формирование психопатологических расстройств, в клинической картине которых преобладала астено-депрессивная симптоматика, в ряде случаев диссоциативные расстройства. Анализ характера психогений у обследованных больных показывает, что астено-депрессивное состояние было вызвано семейными неприятностями (тяжелая болезнь родственников, вынуждающая взять тяготы ухода за ним, конфликты, недовольство какими-либо чертами мужа, невнимание его, напряженные отношения с детьми) или возникало после служебных конфликтных ситуаций (понижение или неповышение по службе, конфликты с начальством или сослуживцами, увольнение с работы, сокращения на службе и т.д.).

У таких больных нарастание симптомов депрессии было трудно уловимым и медленным. При обращении к психиатру на первый план выступала астеническая симптоматика – утомляемость, гиперестезия, нарушение сна, головокружения, головные боли. Причем сами больные часто отрицали наличие депрессии. Однако клинко-психопатологический и экспериментально-психологический анализ дает основание говорить о наличии аффективной симптоматики – сужение круга интересов, общения, нарушение сна, аппетита, пессимистическая оценка будущего т.д. Для объективизации клинических данных был использован опросник пациента. Использование шкалы Монтгомери-Асберга позволило выявить случаи маскированных депрессий. Характерно появление соматических ощущений – сердцебиения, боли в области сердца, желудка или кишечника, вегетативных нарушений. На фоне повторных или новых психотравм отмечалось нарастание аффективных расстройств, в последующем принимающих хронический характер.

В тех случаях, когда психогенная ситуация носила острый характер, клиническая картина была несколько иной. Депрессия часто сопровождалась необъяснимой тревогой. Больные отмечали расстройства сна, чаще ранние утренние пробуждения, снижение или отсутствие аппетита. В течение дня жаловались на разбитость, слабость, невозможность сосредоточиться. Тревожная настроенность, неуверенность в будущем отрицательно сказывалась на личностно-сексуальных отношениях супругов.

В высказываниях больных звучали болезненные переживания, анализ психотравмирующей ситуации. Поведение некоторых больных характеризовалось самоограничением, при этом они избегали шумных мероприятий, ограничивали круг общения. Последующие психические травмы приводили к нарастанию депрессивной симптоматики.

При анализе психогений важным является учет возрастной иерархии ценностей. Так, у женщин молодого возраста более актуальными были ситуации, связанные с потерей работы, изменение социальных связей и жизненных планов из-за снижения трудоспособности, ухудшение материального положения, развод или разрыв с партнером. У больных старшего возраста причиной психогенных реакций были: тяжелая болезнь или смерть близких, ухудшение соматического здоровья, выход на пенсию, одиночество, изменение жизненного стереотипа и, как следствие сужение круга общения, одиночество. Существенной является оценка ценностной ориентации человека в зависимости от сферы жизни, которая, по их мнению, является наиболее важной. Так, для женщины, ценности которой сосредоточены в семье, психотравмирующими в большей степени были напряженные отношения в семье, развод, болезни родственников, смерть близких людей. Для другой группы больных, увлеченных работой, ориентированных на карьеру, невроз возникал на фоне таких психотравм, как служебные конфликты, понижение в должности, увольнение с работы, выход на пенсию. Снижение трудоспособности в профессионально-активном возрасте с последующей инвалидизацией и потерей работы являлось одним из основных факторов психической травматизации.

Известно, что от типа акцентуации зависит избирательная чувствительность к определенному роду психогенным факторам. Как известно, больные психастенического и

лабильного типа, наряду с повышенной ответственностью, добросовестностью характеризуются чувствительностью к критике, их хорошая работоспособность и активность тесно связана с положительными эмоциями. У таких больных причиной формирования невротических аффективных и астенических расстройств служили грубость, непорядочность со стороны коллег, недооценка начальства. В этом случае важно учитывать роль микротравм, повторяемость, монотонность и длительность воздействия которых являлось причиной формирования невротического состояния.

Аффективные нарушения у больных с истерическими чертами характера отличались быстрой сменой настроения, склонностью к бурным реакциям со слезами. Переживание психотравмирующих ситуаций отличалось поверхностностью, отсутствием глубины аффективных реакций. Депрессия часто сопровождалась ипохондрической переработкой своих болезненных ощущений, фиксацией на здоровье, в некоторых случаях имели место нестойкие фобии. При описании своих ощущений такие больные отмечают ком в горле, приступы удушья, дрожь в руках, онемение конечностей, слабость в ногах. При неблагоприятно складывающихся для больной обстановках наблюдалось усиление истерической и аффективной симптоматики.

После операции на половых органах особую значимость приобретает оценка качества сексуальной жизни. Наше исследование показало, что психологический фактор является одним из важнейших в процессе реабилитации больных после гистерэктомии и стабилизации прежнего ритма сексуальных отношений. Хорошая социальная адаптация, здоровый микроклимат в семье, адекватная ВКБ, благоприятное течение климакса, отсутствие соматической отягощенности и патохарактерологических изменений у больных создавали условия для нормального функционирования сексуальной сферы после перенесенной операции (25,5% и 25% - соответственно в первой и второй группах). На основании проведенного исследования половой функции больных после гистерэктомии существенной разницы в сексуальном поведении первой и второй клинических групп (в зависимости от объема оперативного вмешательства) выявлено не было. Однако следует отметить, что ухудшение половой функции (54,9% в первой и 52,5% во второй группах) наиболее часто отмечали у себя женщины, перенесшие операцию удаления матки с придатками. По-видимому, это объясняется острым началом искусственного климакса и большей тяжестью сомато-вегетативных и обменно-эндокринных расстройств.

При анализе психического состояния больных, перенесших гистерэктомию, важен психосоматический подход и учет всего комплекса факторов. Однако роль психогенных и соматогенных влияний неоднозначна в каждом конкретном случае. Нельзя преуменьшать значение патопластической почвы - биологической (эндокринной) основы, проявляющейся дезорганизацией в гипоталамо-гипофизарной системе и создающей благоприятный фон для возникновения психических нарушений у больных после гистерэктомии.

Лечение больных, перенесших гистерэктомию, должно быть синдромально ориентированным. Наиболее показаны средства, обладающие минимальными побочными действиями, так как даже незначительные побочные эффекты способствуют ухудшению самочувствия и ипохондрической фиксации на своем состоянии.

Среди седативных средств особенно эффективным оказался альпрозолам (Ксанакс). На фоне приема данного препарата больные отмечали уменьшение беспокойства, напряженности, нормализацию сна. В качестве дневного транквилизатора можно рекомендовать грандаксин, обладающий успокаивающим и вегетативно-стабилизирующим действием. Терапия тревожных проявлений проводилась с выраженным анксиолитическим и успокаивающим эффектом (реланиум, феназепам). При лечении таких соматических и психических симптомов, как головная боль, общее недомогание, напряжение, тревога, депрессивное настроение, бессонница отмечена высокая эффективность леривона. При затянувшихся депрессиях, соматизированных расстройствах эффективно применение небольших доз мелипрамина. Повышение настроения, активности на фоне приема данного препарата отвлекает больную от соматических симптомов болезни. Важно отме-

тить, что больные с ПКС отличаются повышенной чувствительностью к психотропным препаратам, поэтому надо осторожно определять их дозировки, чтобы избежать побочных эффектов. С целью коррекции вегетативно-сосудистых проявлений, прежде всего приливов, целесообразно назначение препаратов с вегетотропным действием, например небольших доз нейролептиков: этаперазина, френолона, сонапакса. Эти же препараты хорошо снимают различные сенестопатические ощущения, в том числе зуд во влагалище и наружных половых органов.

Благоприятно воздействуют на центры гипоталамуса, предотвращая приливы и уменьшая эмоциональную возбудимость, алкалоиды спорыньи – беллоид, беллатаминал, белласпон. При выраженной астенизации больным с ПКС показана массивная общеукрепляющая (метаболическая) терапия – назначение повышенных доз ноотропов, витаминотерапии (С, В1, В6). Для повышения общего тонуса, активизации защитных сил организма рекомендуются биогенные стимуляторы: настойки женьшеня, пантокрин, элеутерококк, инъекции алоэ.

Психотерапевтическая тактика определялась особенностями ВКБ, длительностью периода после операции, выраженностью гинекологического синдрома, а также характером дополнительных психогений.

Психотерапия больных после гистерэктомии включает рациональную психотерапию, логотерапию, когнитивную и позитивную психотерапию. Индивидуальная психотерапия подразумевает изменение отношения женщины к болезни, помощь в разумном разрешении психотравмирующей ситуации, коррекция неадекватных реакций и форм поведения. Рациональная психотерапия, направленная на улучшение субъективного самочувствия и социального функционирования в новых условиях жизни в послеоперационном периоде. Важным является обеспечение достаточного уровня адаптации в семье и на службе. Необходимо дать установку на транзиторный характер соматовегетативных и психических нарушений, объяснить механизм возникновения каждого симптома и реальные пути обратного развития болезни. Среди методов психологической коррекции особенно эффективным в отношении астенической и ипохондрической симптоматики у больных после гистерэктомии оказалась аутогенная тренировка. Наряду с вышеперечисленными методиками широко применялись физиотерапевтические процедуры, массаж, иглорефлексотерапия, лечебная физкультура, дыхательная и релаксационная гимнастика.

Важно отметить, что лечение данной группы больных требует от врача специальных знаний. Обследованные нами больные нередко настороженно, а иногда и отрицательно относились к использованию психофармакотерапии, проявляя активный интерес к различным методам альтернативной медицины. Наличие побочных эффектов лекарственных препаратов, а также безэффективность применяемых методов лечения обуславливает поиск альтернативных методов лечения. Целесообразно использование гомеопатических и фитотерапевтических средств в качестве поддерживающей терапии в амбулаторных условиях.

Таким образом, психопатологические расстройства, выявленные у больных после гистерэктомии, представлены следующими основными вариантами: астеническая и депрессивная симптоматика, ипохондрические нарушения, вегетативные расстройства, а также истерические реакции. Формирование психических расстройств обусловлено сложным взаимодействием психогенных и соматогенных факторов. Значимость тех или иных патогенных факторов определяется личностно-характерологическими особенностями, соматическим состоянием больной и, в первую очередь, характером течения климакса. Наличие дополнительных психогений нередко уменьшает объективную значимость сомато-вегетативных проявлений климакса. В то же время при выраженной симптоматике патологического климакса сглаживается влияние психотравмирующих факторов. Речь идет о принципе «психосоматического балансирования».

Анализ внутренней картины болезни обследованных больных позволяет говорить о необходимости психотерапевтической подготовки в период до операции, а также обяза-

тельного участия психиатра в динамическом наблюдении больных, перенесших гистерэктомию, что является важным условием выявления и коррекции психических нарушений на ранних стадиях заболевания.

Литература

1. Крымская М.Л. Климактерический период. – М.: Медицина, 1990. – 270 с.
2. Кулаков В.И., Адамян Л.В., Аскольская С.И.. – М.: Медицина, 1999. – 312 с.
3. Линева О.И., Павлов В.В. Женщина. Акушерские и гинекологические проблемы. – Самара: Изд-во «Перспектива». – 1998. – 416 с.
4. Менделевич В.Д. Психопатология климактерия. – Казань: Изд-во Казан. ун-та., 1992. – 168с.
5. Ryan M. M., Dennerstein L., Pepperell R. Psycjologycal Aspects of Hysterectomy. A prospectiv study. - Br. J. Psychiatry, 1989. - Vol. 154, N 4. – P. 516 – 522.

PSYCHOGENIC FACTORS IN GENESIS OF MENTAL DISORDERS IN THE PATIENTS AFTER HYSTERECTOMY.

M. A. TCIVILKO, E.O. POLYAKOVA

Department of psyciatry and medical psycology RPFU. *Moscow 117198 m-maklaya st 8.
medical faculty*

The aim of this research to study of the mental disorders dynamic in the patients after hysterectomy.

91 patients after full and partial hysterectomy were carefully obsevered by clinical psycopathological, clinical catamnestic, exsperimantal psycological and neurophysiological methods.

Patients were obsevered in neurosis clinics (chief doctor N. N. Shinaev), where they treated with the borderline mental disorders were provoked by psycotraumatic factors (family and work conflicts, long illnesses of relatives, divorces, widowhood).

A loss of the menstrual and generative functions, the sexual function quality deterioration, the social desadaptation with possible disability were psycotraumatic factors in a more young age.

These cases as also the natural menopause age aproach provoked mental disorders, the clinics was characterised asthenic syndrome, affective and hypochondriacal disorders, hysterical reactions, psycorganic syndrome and vegetative vascular disorders.

Thus, hysterectomy promotes to forming of mental disorders under conditions that endanger mental health.