

здравоохран. 1980, 6.—9. Чеботарев Д. Ф. а) Здравоохран. Российск. Федерации, 1980, 5. б) Там же, 1980, 3.—10. Paine G. Wid. Hosp., 1979, 15.—11. Siggei-kow H. Dtsch. Gesundh.—Wes., 1980, 35, 13.

УДК 618.173—02:612.017

ОБ ОДНОЙ ИЗ ФОРМ РЕАКТИВНОГО СОСТОЯНИЯ В КЛИМАКСЕ

В. Д. Менделевич

Кафедра психиатрии (зав.—доц. Д. М. Менделевич) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова и Казанский городской психоневрологический диспансер им. В. М. Бехтерева (главврач—Н. А. Авдонина)

Реферат. Обследовано 68 женщин с различными нервно-психическими нарушениями в климаксе. Значительное место среди этих расстройств занимали реактивные состояния, в которых психогенным фактором являлся сам климакс. У 12 женщин выявлено своеобразное изменение поведения. Оно проявлялось реакцией по истероидному типу в форме «мистификации действительности» и наблюдалось в среднем через 1—2 мес от начала климактерических нарушений. Реакция личности на климакс как значимое явление возникала в форме истероидного поведения лишь у тех женщин, которые до климактерического периода были склонны к истерическим формам реагирования, не достигавшим ранее значительной степени выраженности.

Ключевые слова: климакс, нервно-психические нарушения, реактивные состояния.

Библиография: 7 названий.

На психологическом и социальном уровнях адаптации климакс представляет собой нередко стрессовый фактор, который ломает установившийся жизненный стереотип. Ряд женщин с благоприятной окружающей микросоциальной обстановкой (благополучная семья, заботливые дети, внуки) переживает климактерический период относительно благоприятно. Иные женщины, у которых остаются многие нерешенные проблемы (одиночество и т. д.), относятся к климаксу как к катастрофе [1, 5].

В климаксе возможны различные нервно-психические заболевания, среди которых особо выделяются реактивные состояния: реактивная депрессия, реактивный паранойд, включая психогенные формы бреда ревности.

При длительно действующей психической вредности, личность вырабатывает определенный тип адаптации, который в психологической и психиатрической литературе получил название «психологической защиты». Под этим понимается «процесс, направленный на снижение эмоциональной напряженности и предотвращение дезорганизации поведения в случаях конфронтации определенных сознательных установок личности с противоречащими им осознанными или неосознанными установками» [3].

Различают адекватные и неадекватные формы психологической компенсации. К нормальным формам психологической защиты относят: а) нейтрализацию эмоционального напряжения путем переключения интересов личности на иную, более значимую деятельность; б) замену нереализуемой установки другой, доступной реализации; в) снижение эмоциональной значимости данного явления [2].

У 68 обследованных нами больных наряду с адекватными формами психологической компенсации климакса как значимого явления были обнаружены и неадекватные формы защиты, главным образом в виде так называемой «мистификации действительности».

В период начавшегося климакса у женщин этой группы наблюдался различной продолжительности (от 2—3 нед до 3—5 мес) этап, проявлявшийся депрессивно-ипохондрическим синдромом. Больные часто обращались к врачам различных специальностей, активно лечились, настаивали на повторных гинекологических исследованиях, категорически отрицая заключения врачей о начавшемся у них климактерическом периоде. Спустя некоторое время (не позднее 5 мес от начала климактерических нарушений) поведение таких больных претерпевало значительные изменения: слезливые, ипохондричные женщины становились повышено активными. Они начинали более внимательно следить за своей внешностью, посещать косметические кабинеты, применять большое количество косметических средств, шить

и носить молодежного фасона платья и брюки. Такие больные посещали молодежные кафе и рестораны, искали знакомства и встреч с молодыми людьми, охотно оставались в компаниях своих детей, где являлись зачинщиками веселых игр и танцев.

Мы наблюдали 12 больных, у которых описанное выше поведение было вызвано климактерическими нарушениями. Три женщины стали регулярно посещать молодежный центр, дискотек, активно участвовали в организации и проведении различных развлекательных молодежных мероприятий. Четыре пациентки, приобретя дорогостоящую звукозаписывающую аппаратуру, стали собирать современные эстрадные фонотеки, часто устраивая групповые прослушивания своих коллекций. Одна больная, ранее никогда не увлекавшаяся туризмом, в течение трех лет регулярно совершала туристические походы с молодежными группами. В трех случаях, несмотря на определенные материальные затруднения и возражения со стороны родственников, женщины проводили свой отпуск на южных курортах, ведя легкомысленный образ жизни. Восемь женщин стали часто выпивать, стараясь привлечь этим внимание молодых людей.

В психическом статусе больных преобладали эмоциональная лабильность, расстройство сна, раздражительность. Галлюцинаторно-бредовой симптоматики ни у одной больной не отмечалось. Сознание было ясное, все больные при встрече с психиатрами критически оценивали свое поведение, искали сочувствия и помощи, всячески показывая тяжесть своего состояния. Они были многословны и слезливы. Критическое отношение к своему поведению возникало у женщин лишь в то время, когда они оставались наедине с собой, а также в процессе долгого откровенного разговора с врачом-психиатром. В каждом конкретном случае проводился дифференциальный диагноз между реактивным состоянием и шизофренией. У всех 12 женщин диагноз шизофрении был отвергнут в связи с отсутствием основных психопатологических симптомов, характерных для последней.

При анамнестическом и экспериментально-психологическом обследовании, включавшем в себя многопрофильный метод оценки личности, тест фрустрационной толерантности Розенцвейга, а также определение уровня невротизации [7], удалось установить, что у всех 12 женщин на преморбидном фоне преобладали истерические формы реагирования, не достигавшие ранее значительной степени выраженности. Они проявлялись в повышенной требовательности к окружающим при пониженной требовательности к себе. Чаще всего (у 7 пациенток) климактерический период совпадал с одиночеством. Это происходило либо потому, что женщины предъявляли непомерно высокие требования к жениху или мужу, либо, создав себе определенный идеал, не могли найти конкретного человека, соответствовавшего ему.

Ни одна из 12 больных до климактерического этапа не обращалась к психиатрам, даже в климаксе обращение было связано с настойчивыми просьбами родственников, заметивших изменившееся поведение больных.

С наступлением переходного периода, всячески отрицаемого больными, истерические черты характера приобретали гротескный, резко выраженный характер. Отношение к своей внешности становилось карикатурным, вызывало иронию со стороны родных и знакомых. Истероидное поведение в климаксе как реакция женщины на этот период жизни редко возникало на благополучной почве. Оно наблюдалось лишь у тех женщин, для которых климакс был особенно значимым явлением, соответствующим стержневой стороне их переживаний [4, 6].

Знание различных форм реакции личности на климакс помогает прогнозировать их течение и предупреждать возникновение. В лечении больных с реактивными состояниями в климаксе в форме истероидного поведения ведущую роль, наряду с применением психо- и вегетотропных препаратов, играет рациональная психотерапия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авербух Е. С., Телешевская М. Э. Неврозы и неврозоподобные состояния в позднем возрасте. Л., Медицина, 1976.— 2. Бассин Ф. В., Рожнов В. Е., Рожнова М. А. Коммунист, 1974, 14.— 3. Воловик В. М. В кн.: Клинические и организационные основы реабилитации психических больных. Под ред. М. М. Кабанова и К. Вайзе. М., Медицина, 1980.— 4. Мерлин В. С. В кн.: Вопр. совр. психоневрологии. Л., Медицина, 1966.— 5. Телешевская М. Э. Там же.— 6. Фелинская Н. И. Там же.— 7. Яхин К. К., Менделевич Д. М. Клинический опросник для выявления и оценки уровня невротизации. Методич. рекомендации. Казань, 1978.

Поступила 8 января 1981 г.