

О психо-травматической форме дисменореи (dysmenorrhoea psycho-traumatica).

Проф. Г. Эдельберга (Ярославль).

Ни в одной отрасли медицины (не считая, конечно, психиатрии) не занимаются теперь столько психологией, сколько в современной гинекологии. При этом, с одной стороны, такие гинекологи, как Lahn¹⁾, отмечают, — и, по моему мнению, совершенно правильно, — доминирующую роль яичников даже в духовной жизни женщины: по их мнению нет иных путей психических и физических влияний на женскую половую сферу, как только путь через яичники, и наоборот, влияния, исходящие из половой сферы и действующие на тело и душу женщины, идут опять-таки только этим путем. С другой стороны имеются гинекологи, совершенно игнорирующие роль яичников и полагающие, что только „душа“ производит всевозможные изменения в женской половой сфере. Нужно, говорят представители этого взгляда, изучить только „душу“ женщины, — и тогда для нас сразу станет ясным целый ряд еще непонятных явлений в области гинекологии. Изменения в яичниках, матке, трубах, — все это побочное; главное — „душа“, она с ними уже справится, надо ее только соответственно настроить, — конечно, при помощи психоанализа. Для гинекологов такого психологического направления характерно то, что они вообще не мыслят себе гинекологии без психологии. Liermann²⁾, напр., не считает гинекологом того, кто не знаком с „Медицинской Психологией“ Kretschmer'a, и изучение последней ставит первым условием начинающему гинекологу. В каждом гинекологическом заболевании он склонен искать психическую подкладку.

Тем удивительнее, что современными гинекологами почти всецело игнорируется психо-травматическая форма дисменореи, и даже в среде ultra-психологически настроенных гинекологов об ней

¹⁾ Lahn. Die pathologisch-anat. Grundlage der Frauenkrankheiten. Dresden u. Leipzig. 1923.

²⁾ W. Liermann. Die Psychologie in der Gynäkologie. Zentr. f. Gyn., 1924, S. 1139.

ничего не слышно. Почти иронией звучит, что как раз я, придающий главное значение патолого-анатомическим изменениям в женских половых органах, первым описываю эту форму дисменорреи. Это не мешает мне, конечно, оставаться при убеждении, что гинеколог должен быть прежде всего хорошим гинекологом, т. е. лечить заболевания женской половой сферы гинекологически, основываясь на патолого-анатомических изменениях ее, а не психологически, не при помощи витающих в воздухе психо-аналитических фокусов. Но, с другой стороны, я охотно допускаю, что гинекологическое лечение может быть с пользой подкреплено психотерапией в тех случаях, когда психический момент, вызвавший заболевание, установлен с несомненностью. А такой именно момент и имеется при психо-травматической дисменоррее.

Как явствует из самого названия, психо-травматическая дисменоррея есть та форма дисменорреи, при которой менструальные боли непосредственно связаны с душевной травмой. Поэтому психо-травматическую дисменоррею следует отнести к той группе хорошо известных невропатологам и психиатрам заболеваний, которые известны под названием травматических неврозов. Необходимо только подчеркнуть, что явления ее связаны главным образом с перводическими менструальными кровотечениями. Кроме того, картина психо-травматической дисменорреи не вполне совпадает с обычной картиной травматического невроза еще в том отношении, что у больных вне менструального периода совершенно отсутствуют типические симптомы травматического невроза¹⁾, и даже во время месячных они не всегда проявляются. Привожу несколько примеров такой дисменорреи, чтобы на них выяснить наглядно характер заболевания.

Случай I. А. Н., девушка 19 лет, дочь офицера. Начала менструировать с 14 лет, сразу, через 4 недели, по 3—4 дня, необильно, без болей. Ни в детстве, ни позже ничем не болела. Последняя менструация пришла вовремя и, по обыкновению, без болей. 20/V 1916 г. в семье пациентки была получена телеграмма, известившая о смерти отца, бывшего на фронте. Это известие сильно потрясло больную; в тот же день, за неделю до обычного срока, у ней появились месячные, сопровождавшиеся сильнейшими болями. На этот раз мenses продолжались целую неделю, были очень обильны, а боли в пояснице и нижней части живота были настолько сильны, что больная принуждена была лечь в постель на все 7 дней. Следующая менструация наступила через 4 недели. Ей предшествовали сильные боли, главным образом в крестце и в нижней части живо-

¹⁾ Эти симптомы: подавленность, плохое настроение, различные неприятные ощущения, головная боль, головокружение, общая слабость, дрожание, подергивания, парезы, различные боли, быстрая утомляемость и связанная с этим неспособность к труду, слабость и отсутствие воли.

та, продолжавшиеся и во время кровей. В течении следующих 8 месяцев больная во время каждой менструации принуждена была, вследствие сильных болей, 8 дней проводить в постели. Последнее время к болям присоединились рвота, запоры, чувство сильной усталости и полное отсутствие сил.

Объективное исследование не обнаружило у больной никаких отклонений от нормы. Это была молодая девушка крепкого телосложения; слизистые были слегка бледны; сердце, легкие и мочевые органы нормальны; *hymen intactus*, почему внутреннее исследование пришлось произвести *per rectum*; при исследовании этом половые органы оказались нормальными, хорошо подвижными, безболезненными. Назначено лечение атропином. Под влиянием этого лечения боли при менструации стали ослабевать. В последний раз больная показывалась мне в 1920 г., боли у ней совершенно исчезли, она собиралась выйти замуж.

Из этой истории болезни ясно видно, что причина дисменорреи здесь была непосредственно связана с психической травмой: больная заболела после известия о неожиданной смерти отца, причем непосредственно за этим известием у нее появились чрезвычайно болезненные месячные, и эта болезненность продолжалась многие месяцы. К сожалению, я сам не наблюдал непосредственного влияния психической травмы на эту больную и не могу сказать, протекала ли она в виде травматического психоневроза, но вероятнее всего, что это было именно так,—дальнейшее течение дисменорреи говорит за это, и нет оснований сомневаться, что первый травматический шок был настолько силен, что состояние больной граничило с тяжелыми психоневрозом. Так как со стороны половых органов не было никаких изменений, то течение самой дисменорреи следовало бы рассматривать, как психо-невротическое. В картину этого заболевания не укладывается, однако, то обстоятельство, что в промежутках между месячным и даже во время месячных мы не могли установить ни типичного психо-невротического состояния, ни типичных психо-невротических симптомов. Впрочем наконец у больной явился ряд неврастенических симптомов, как-то: чувство переутомления, пресыщения жизнью, потеря жизнерадостности, что надо приписать невыносимым менструальным болям, совершенно измучившим больную.

Во многих других случаях психо-травматической дисменорреи эти неврастенические симптомы могут отсутствовать как в начале, так и в дальнейшем течении болезни, что видно из следующего случая:

Случай П. И. К., 28 лет, 6 лет замужем, 2 раза родила в срок и 2 раза искусственно абортироваала. Последними были срочные роды, 2¹/₂ года тому назад. Аборты и роды протекали без осложне-

ний. Менструирует с 14 лет, регулярно через 4 недели, по 3—4 дня, несильно и без болей. В детстве перенесла корь и скарлатину, 16-ти лет болела крупозной пневмонией. В 1918 году больную выселили из квартиры. Как это обстоятельство, так и целый ряд других (потеря состояния и т. п.) глубоко потрясли ее. Следующая менструация наступила в срок, но была очень болезненна; сильнейшие боли в крестце, пояснице и пахах заставили больную лечь на 4 дня в постель. Такие боли во время менструации продолжались с тех пор больше года.

При исследовании не удалось установить никаких отклонений от нормы. Матка лежала в *anteflexio-versio*, была не увеличена, подвижна, безболезненна, также связки и придатки. Лечение долгое время оставалось безрезультатным, но после того, как пациентка лето 1920 г. провела в деревне, где отдохнула и поправилась, менструации стали значительно менее болезненными, а еще через 2 месяца менструальные боли исчезли совсем.

Случай III. Н. Р., 27 лет, замужем 4 года, имела один срочный роды и один аборт. Менструирует с 14 лет, регулярно, через 4 недели, по 4—5 дней, несильно и без болей. Кажется на сильные боли во время месячных, которые продолжаются уже около года. Год тому назад был арестован ее муж, и в квартире произведен обыск. Все это сильнейшим образом взволновало больную, и в ту же ночь у ней появилась, на 10 дней раньше срока, менструация, которая на этот раз сопровождалась сильными болями. С тех пор боли при менструации сделались постоянными, а в последнее месяцы настолько усилились, что больная вынуждена была прибегать к морфию.

При исследовании выяснилось, что половые органы вполне нормальные, матка и придатки не увеличены, безболезненны, хорошо подвижны. Сердце, легкие и мочеполовая система—без изменений. Психотерапия и атропии значительно улучшили состояние больной,—менструационные боли постепенно стали у ней слабеть и, наконец, исчезли совсем.

В обоих этих случаях, как и в случае I, психо-травматическая этиология дисменорреи ясно выступает на первый план, но в течении болезни, кроме дисменорройных болей, не отмечается никаких психо-невротических симптомов. Вне всякого сомнения, мы во всех этих случаях имели дело с травматическим психоневрозом, о чем свидетельствовали течение, лечение и исход заболевания, равно как и его единообразная этиология. Однако решающим при толковании симптомов этого заболевания, как психо-травматической дисменорреи, является отсутствие какой-бы то ни было органической подкладки. Приводимый ниже своеобразный случай психо-травматической дисменорреи, приближающийся более к типу неврозов от испуга (*Schreckneurose*), отличается в этом отношении от первых трех и служит для более полного понимания разбираемого страдания.

Случай IV. О. В., 20-летняя девица, менструирует с 13 лет регулярно, через 4 недели, по 3 дня, обильно и без болей. Никогда ничем не болела. Во время октябрьской революции сгорел дом, в котором она жила. В ту же ночь, за 2 недели до срока, у ней появились месячные с сильными болями. С тех пор больная в течение уже более года страдает болями при каждой менструации, иногда появляющимися за 2—3 дня до прихода кровей.

При исследовании ни со стороны мочеполовых органов, ни со стороны общего состояния не удается обнаружить никаких отклонений от нормы, 4-недельное пребывание в деревне подействовало освежающе на больную: с тех пор боли при менструации стали ослабевать и, наконец, совершенно исчезли. Потом больная вышла замуж и в 1923 году благополучно родила в срок.

Своеобразие этого случая заключается в этиологическом моменте, который позволяет, повторяю, говорить о неврозе от испуга. Несчастья, постигающие сразу целую массу людей, как, напр., землетрясения, гибель парохода, взрывы, заносы, пожары, действуют на отдельных людей с малоустойчивой нервной системой так устрашающе, что они совершенно теряются, перетерпевают такое душевное потрясение, которое может дойти до затемнения и спутанности сознания, бессмысленного возбуждения, иногда даже до ступора. Психическое возбуждение, обусловленное угрожающей опасностью, притупляет психическую восприимчивость; теряется способность к взвешиванию и планомерности действий. Последние заменяются часто совершенно безцельными, порывисто-защитительными движениями, стремлением броситься в бегство или в нападение. К этим непосредственным проявлениям испуга присоединяются нередко истерические явления, бред, припадки, параличи. Через несколько часов, дней или недель наступает успокоение, и сознание становится ясным, причем воспоминание о происшедшем во время и непосредственно до несчастного случая исчезает совершенно или частично. Некоторые последствия пережитого, как-то повышенная эмоциональная возбудимость, напряженное состояние, боязливость, чувство разбитости, беспокойный сон, страшные сновидения, сердцебиение, головокружение, дрожь и т. п.—могут, однако, оставаться еще долгое время. Выздоровление наступает обыкновенно после лечения покоем,—больному дается возможность хорошо отдохнуть, он должен вести регулярный образ жизни, и тогда, при заботливом уходе, его состояние постепенно улучшается. Ужасы революции, проникши в дом нашей больной, в частности пожар, от которого погибло все ее хозяйство, вызвали у нее, видимо, явления невроза от испуга, частичным проявлением которого и была, между прочим, психо-травматическая дисменоррея. Что дисменоррея эта продолжалась дольше других симптомов невроза, следует объяснить чрезвычайной ранимо-

стью женской половой сферы. В частности во время менструации последняя представляет собою такой *locus minoris resistentiae*, где расстройства общего характера, — а таковыми и являются неврозы, — предпочтительно и сказываются и только с большим трудом могут быть искоренены. Особенно резко выступает это у женщины с конституциональными нарушениями, так как менструация, в известной степени, является пробным камнем конституции женщины.

Таким образом дисменоррею в нашем IV случае можно рассматривать, как психо-травматическую, которая после исчезновения других симптомов невроза от испуга осталась, как самостоятельное страдание. Случай этот кажется мне особенно демонстративным, благодаря исходу лечения, и иллюстрирует психо-травматическую дисменоррею в такой степени, что позволяет дать определенное заключение относительно формы и значения описанного нами психоневроза:

*Существует форма дисменорреи, которую следует обозначать, как психо-травматическую. Возникновение этой формы связано с психической травмой, вызвавшей более или менее серьезный, но скоро исчезающий, психоневроз. Однако, дисменоррейные боли, являющиеся одним из наиболее ранних симптомов этого невроза, могут оставаться в течение долгого времени и обуславливать картину психо-травматической дисменорреи. Особенно следует подчеркнуть невроз от испуга (*Schreckneurose*), который быстро проходит, оставив после себя надолго менструальные боли в виде психо-травматической дисменорреи. Последняя может быть чрезвычайно упорна, но в общем она доброкачественна и уступает более или менее продолжительному лечению (атропин, лечение покоем, пребывание в деревне и психотерапия).*
