

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОК, СТРАДАЮЩИХ БЕСПЛОДИЕМ

Э.В. Макаричева, В.Д. Менделевич, Ф.М. Сабирова

Кафедра психиатрии (зав. — проф. К.К. Яхин) Казанского государственного медицинского университета, отделение планирования семьи и репродукции Республиканской клинической больницы МЗ РТ

В современной литературе приводятся многочисленные данные о наличии психической симптоматики у бесплодных пациенток [8, 9], но взгляды на ее происхождение и особенности формирования остаются достаточно противоречивыми. С целью изучения особенностей невротической симптоматики нами были обследованы 46 пациенток, страдающих бесплодием, у которых были выявлены невротические расстройства.

В основу диагностики были положены общеизвестные критерии невротических состояний, разработанные рядом отечественных авторов [1, 4, 5, 7]: преобладающий характер психопатологических проявлений, их склонность к самопроизвольной редукции, отсутствие глубоких личностных изменений, психогенный механизм возникновения, хотя еще П.Б. Ганнушкин [3] указывал на отсутствие резкой границы между психо- и соматогенными реакциями, наличие качественной зависимости клинической феноменологии от личностного преморбида, на критическое отношение пациенток к собственному состоянию.

Оказалось, что для подавляющего большинства обследованных женщин рождение ребенка было высокозначимым событием, отражавшим основную социальную и биологическую их потребность в материнстве. Для многих пациенток будущий ребенок становился “смыслом жизни”, “главной жизненной целью”. Поэтому именно бесплодие являлось для пациенток психогенией и причиной появления невротических расстройств.

В результате исследования нами были выделены 26 (56,5%) случаев невротических состояний, в развитии которых бесплодие играло роль основного этиологического фактора в отличие

от других пограничных психических расстройств, при которых оно являлось фоном, ослабляющим механизмы психической адаптации.

Формирование невротической симптоматики у больных с бесплодием происходило в четыре этапа. Как правило, они совпадали с течением гинекологического заболевания и с этапами гинекологического и эндокринологического обследования и лечения больных. Вследствие этого они были названы нами додиагностическим, диагностическим, терапевтическим и посттерапевтическим этапами, что отражало взаимовлияния гинекологической и психопатологической симптоматики. Выбор подобной терминологии при обозначении наблюдавшихся у пациенток этапов динамики пограничных психических расстройств основан на традиции, заложенной в работах отечественных психиатров, изучавших психосоматические и соматопсихические взаимоотношения [2, 6].

Первый этап (додиагностический) начинался обычно через 3 — 12 месяцев после замужества и длился до первичного обращения к врачу. Данный этап характеризовался появлением психологических феноменов. Типичной первоначальной реакцией пациенток было недоумение в связи с отсутствием беременности, так как большинство из них считали, что при регулярной половой жизни через несколько месяцев должна наступить беременность. Лишь 6 пациенток сообщили, что еще до замужества задумывались о возможности бесплодия. Реакция недоумения переходила в постоянные сомнения по поводу своей “полноценности”. Имено по этой причине большинство пациенток обращались за помощью к врачу.

Второй (диагностический) этап длился весь период обследования и ха-

рактизовался наряду с психологическими феноменами появлением начальных проявлений психопатологической симптоматики. Для большинства пациенток этой группы диагноз бесплодия оказался неожиданностью, так как они считали себя здоровыми и до замужества никогда не задумывались о возможности бесплодия. Возникшая реакция удивления перерастала у них в чувство обиды “на судьбу”, “божью несправедливость”, которое усугублялось такими вопросами, как “Почему я?”, “За что мне такое наказание?” и т.д. Данные психологические реакции часто служили базой для возникновения психопатологических феноменов (чаще депрессивного синдрома) на последующих этапах.

Становление третьего этапа происходило после окончательного установления диагноза бесплодия и назначения соответствующего лечения. Особенностью данного этапа было ундулирование психопатологической симптоматики, связанное с надеждами на наступление беременности и разочарованиями после очередной неудавшейся попытки изменения вида лечения: гормонального, антибактериального, попыток инсеминации и др. Перед началом лечения подавляющее большинство пациенток были полностью уверены в благоприятном исходе, но в связи с фактом невозникновения беременности после терапии их психическое состояние постепенно изменялось, достигая выраженных психопатологических сдвигов. Психический статус пациенток в рамках данного этапа можно было характеризовать как депрессивный (у 19,6%), тревожно-депрессивный (41,3%), астенодепрессивный (21,7%), обсессивно-фобический (10,9%), истероформный (6,5%).

Основным проявлением депрессивного, астенодепрессивного и тревожно-депрессивного синдромов было подавленное настроение. У пациенток с астенодепрессивным синдромом обнаруживались эмоциональная лабильность, раздражительность, выраженная плаксивость, непереносимость громких звуков, шума, диссомнические расстройства. Как и пациентки с депрессивным синдромом, они отмечали “отсутствие смысла жизни”, “ощущение пустоты” в

связи с невозможностью иметь ребенка, считали, что без ребенка они не смогут иметь “по-настоящему счастливую семью”. У пациенток с тревожно-депрессивным синдромом подавленное настроение усугублялось чувством собственной неполноценности, ощущением вины перед мужем, тревогой за свое будущее.

Обсессивно-фобический синдром проявлялся различными нозофобиями, связанными с гинекологическими заболеваниями. Пациентки жаловались на навязчивые страхи по поводу наличия себя какого-либо серьезного заболевания, которое, по их мнению, могло привести к бесплодию. Подобные страхи сопровождались критикой своего состояния.

Как уже указывалось выше, истероформный синдром встречался редко (в 6,5% случаев) и проявлялся плаксивостью, раздражительностью, капризностью. Особенностью данного этапа формирования психических расстройств у больных с бесплодием можно было считать появление доминирующих идей, самыми частыми из которых были идеи отношения к собственной неполноценности, возникавшие раньше другой психопатологической симптоматики. Пациентки считали себя “ущербными”, отличающимися от других женщин, и очень тяготились своим статусом “бесплодной женщины”. Они были убеждены в том, что каждая женщина может и должна иметь ребенка и поэтому чувствовали себя “не такими, как все”. Появлявшееся чувство вины и стыда часто влекло за собой желание изолироваться от общества, чтобы “не обращать на себя внимание своей неполноценностью”. Пациентки считали, что в связи с бесплодием являются “объектами” осуждения или непонимания со стороны окружающих. Они отмечали у себя чувства “несоответствия”, “незавершенности” своей личности и характеризовали ситуацию как “тупиковую”. Достаточно специфичным феноменом, как показали клинические наблюдения, являются эмоционально окрашенные и определявшие поведение женщин катимные идеи зависти, появлявшиеся у некоторых пациенток при сравнении

себя с другими женщинами, имевшими детей. Эти непсихотические расстройства являются крайне трудными для классификации. Они могут трактоваться как навязчивые опасения, что окружающие испытывают в связи с их бесплодием чувство превосходства, постоянно демонстрируя его. Однако идеи зависти в некоторых случаях допустимо обозначать как сверхценные идеи, когда они становятся доминирующими, овладевают всеми помыслами и поступками больных. Тягостное ощущение «возможности иметь то, что имеют все» особенно усиливалось при вопросах окружающих о причинах отсутствия ребенка, в компаниях друзей, знакомых и родственников, у которых были дети. Пациентки считали оскорбительными для себя многие вопросы окружающих о ребенке, так как были убеждены в том, что люди задают их «нарочно», чтобы вызвать зависть.

19 пациенток были обследованы нами на четвертом этапе, который формировался либо после многократных безуспешных попыток лечения, либо после принятия женщиной самостоятельного решения об отказе от лечения. У некоторых из них нами было диагностировано невротическое развитие личности с преобладанием астенодепрессивной симптоматики, проявлявшейся в стойком снижении настроения с компонентами тоски, адинамии, вялости. Присоединение астенических проявлений было связано, по-видимому, с истощением организма в связи с многочисленными исследованиями и процедурами, многие из которых являлись болезненными. По этим причинам некоторые пациентки «теряли надежду», преставали выполнять предписания врачей и в итоге окончательно отказывались от лечения. У части пациенток отмечались редукция невротической симптоматики и адаптация к бесплодию. Некоторые из них принимали решение о том, чтобы взять ребенка из детского дома. 5 пациенток вместе с мужьями решили остаться бездетными и окончательно отказались от лечения. После принятого решения симптоматика постепенно редуцировалась в течение нескольких месяцев. Пациентки начина-

ли вести более активный образ жизни, становились общительнее, часто на этом фоне улучшались семейные отношения. В некоторых случаях процесс принятия случившегося занимал достаточно длительное время — до 2—3 лет. Постепенно пациентки начинали осознавать, что в мире «есть и другие ценности», «следует смириться с судьбой» и «наслаждаться жизнью такой, какая она есть». Во многом принятию подобного решения способствовали существующие в обществе религиозные и бытовые воззрения, выражающиеся в высказываниях: «не судьба», «Бог этого не хочет», «на все воля божья» и т.д.

Таким образом, выявление описанных выше этапов формирования невротических расстройств позволяет проводить уже на ранних сроках обращения пациенток по поводу бесплодия соответствующие психокоррекционные и психотерапевтические мероприятия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александровский Ю.А. // Клин. мед. — 1988. — № 9. — С. 58 — 64.
2. Бажин Е.Ф., Гнездилов А.В. // Журн. невропатол. и психиатр. — 1980. — № 8. — С. 1198 — 1204.
3. Ганнушкин П.Б. Избранные труды. — М., 1964.
4. Лакосина Н.Д. Клинические варианты невротического развития. — М., 1970.
5. Лунгарт Н.К. Современные методы лечения больных неврозами. — Харьков, 1974.
6. Ромасенко В.А., Скворцов К.А. Нервно-психические нарушения при раке. — М., 1961.
7. Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства. — М., 1978.
8. Федорова Т.А., Пиеничникова Т.Я., Лисина О.Н. // Андрол., репрод. и секс. расстройства. — 1993. — № 4. — С. 40 — 43.
9. Knorre P. // Zbl. Gynak. — 1981. — Bd. 103. — S. 641 — 649.

Поступила 19.03.97.

PECULIARITIES OF THE FORMATION OF NEUROTIC DISORDERS IN PATIENTS SUFFERED FROM STERILITY

E.V. Makaricheva, V.D. Mendelevich, F.M. Sabirova

Summary

The peculiarities of neurotic symptomatology in sterile patients are studied. In the development of neurotic disorders sterility is the basic etiologic factor. Revealing the described four stages of the formation of neurotic disorders allows to perform corresponding psychocorrectional and psychotherapeutic measures early in the seeking of patients as to sterility.