Психологические аспекты акушерско-гинекологических патологий

**Введение**

В сфере акушерских и гинекологических состояний и патологии психические факторы имеют особое значение при беременности, бесплодии, предменструальном синдроме и климактерии. Именно при перечисленных состояниях и процессах отмечается тесное переплетение психологических и акушерско-гинекологических факторов. Психическое состояние женщин имеет специфические особенности, отличающиеся от типичных реакций мужчин на заболевания иных сфер.

Психосоматические аспекты в гинекологии касаются в первую очередь психической стороны нормального развития женщины в пубертатном периоде, сексуального созревания, беременности, родов, климактерического периода и т. д. Психосоматика занимается, прежде всего, нарушениями этих нормальных процессов развития и действующими при этом психическими факторами. Среди гинекологов в последние годы наблюдается интерес к вопросам психосоматики и психотерапии.

##### Нарушения менструального цикла

Менструации имеют ряд биологических параметров, которые находятся на разных уровнях и взаимодействуют с миром переживаний и многообразными внешними влияниями. Это обнаруживается уже при менархе — первой менструации, которая появляется в последние годы все раньше. Такое раннее половое созревание опережает психическое, личностное и социальное взросление. Профессиональное образование, социальная независимость и окончание юности сдвигаются на третье и даже четвертое десятилетие жизни. Вместе с тем молодые люди в наши дни сексуально информированы, а их сексуальная активность начинает проявляться все раньше, нередко становясь причиной конфликтов. В то же время известно, что под влиянием тяжелых соматических условий, как, например, в военное время, менструации появляются в среднем позже.

**Виды нарушений менструального цикла**

*Аменорея*

Ряд нарушений менструальных функций, возникавших у женщин во время войны, описывались различными авторами. Далеко не всегда нарушения могли быть объяснены недостаточностью питания. Так, C. Whitacker и B. Barrera (1944 г.), исследовав во время войны 60 санитарок, которые питались удовлетворительно, но подвергались информационному воздействию, сигнализировавшему об опасности для жизни, выявили у 30 (то есть в 50% случаев) нарушение менструального цикла, из них у 14 (23%) — аменорею. T. Marwill описал аменорею у женщин в первый период прохождения обучения для службы во флоте США во время Второй мировой войны, хотя женщины все время получали достаточное питание. Аменорея объясняется автором состоянием тревоги, в котором они находились.

Аналогичный механизм аменореи встречался у некоторых женщин, боявшихся наступления беременности.

Следующим фактором является «лишение корней». Разлука с близкими людьми, изъятие из привычной среды, как это было с беженцами во время войны и после нее, очень часто вызывают расстройства менструаций. Одна только разлука с близкими людьми может обусловливать нерегулярность менструаций или аменорею у 20% женщин. Периодические кровотечения регулируются не исключительно посредством гормонов, но и благодаря контактам с противоположным полом, которые имеют общесоматическое значение, являясь функцией, воздействующей на все жизненные процессы. Формы вторичной аменореи возникают чаще всего вследствие конфликтного развития личности, прежде всего вследствие амбивалентности в отношении к своей женской роли. Комплексная охваченность собственной женственностью может приобретать у женщины разные особенности; наиболее всеобъемлющим является отвергание собственной женственности при нервной анорексии. При этом обнаруживается стойкая, сохраняющаяся дольше, чем анорексия, вторичная аменорея, которая часто появляется раньше, чем анорексия.

*Ювенильные маточные кровотечения*

Ювенильные маточные кровотечения чаще проявляются в эпизодах эмоциональной напряженности и при расстройствах невротического уровня — астенических, депрессивных, фобических, депрессивно-ипохондрических, истерических. У девочек-подростков в связи с появлением менструаций может возникнуть страх, а иногда и невротизация.

Негативные переживания в связи с менструацией иногда приводят даже к дисменорее. Возникновение дисфункциональных маточных кровотечений возможно у девочек с истерической акцентуацией на высоте аффекта (синдром де Фержаль—Ластени). Следовательно, необходима психотерапевтическая подготовка девочек к самому факту менструаций как матерью, так и врачом-психотерапевтом.

*Предменструальный синдром*

Клинические симптомокомплексы предменструального синдрома появляются, как правило, за 2-14 дней до менструации и исчезают сразу после того, как она наступит или в первые ее дни.

В зависимости от количества симптомов, длительности и интенсивности их проявлений предменструальный синдром разделяется на легкую и тяжелую формы. К легкой форме относятся астенические и астенодепрессивные симптомокомплексы при наличии полной критичности пациенток к проявлениям болезни. При легкой форме предменструального синдрома женщина самостоятельно обращается к врачу, ищет помощи, понимает болезненный характер симптомов заболевания. При тяжелой форме наблюдается некоторое снижение критичности к болезни и своему поведению (в рамках непсихотического уровня психических расстройств). По мере течения болезни появляются симптомы, затрагивающие личностный уровень реагирования. При этом на передний план начинают выступать эгоизм, придирчивость, демонстративность, желание получить выгоду от своего положения, больные требуют к себе повышенного внимания со стороны родственников, заставляя последних выполнять любые их прихоти.

Синдром предменструального напряжения наряду с симптомокомплексами депрессивного спектра и соматическими нарушениями (вегетососудистые, обменно-эндокринные) включает и патохарактерологические проявления.

Несмотря на то, что расстройство существенно отражается на работоспособности, учебе и социальном функционировании, оно не всегда квалифицируется как проявление аффективной патологии, требующей соответствующего лечения, а чаще расценивается как неправильное поведение, связанное с супружескими ссорами или проблемами на работе.

В рамках синдрома предменструального напряжения описываются повышенная утомляемость, чувство усталости, раздражительность, головные боли, слезливость, эмоциональная неустойчивость, напряженность, демонстративность, усиление аппетита (повышенная потребность в сладкой пище), сужение поля зрения, нарушение зрения, головокружения.

Возможны также спонтанные периоды плача и тревоги и/или депрессии с чувством безнадежности (а иногда и суицидальными мыслями); аффективная лабильность со слезливостью и конфликтностью; повышенная потребность во сне; прихоти и изменения аппетита (переедание или потребность в несъедобной или необычной пище). Из числа собственно соматических симптомов наблюдаются отечность вследствие задержки жидкости в организме, набухание и/или болезненность грудных желез, прибавка в весе, запоры, папулезная кожная сыпь, головные боли, боли в суставах и мышцах, экзацербация (искусственное обострение) хронических соматических расстройств.

*Диагностика предменструального синдрома*

Распознаванию синдрома предменструального напряжения способствует цикличность, тесно связанная с поздней лютеальной фазой (цикл желтого тела) менструального цикла. Психопатологические проявления, как правило, нарастают в последнюю неделю перед менструацией и полностью редуцируются в ее первые дни.

**Клинические критерии синдрома предменструального напряжения**

I. В течение последнего года в большинстве менструальных циклов наблюдается пять или более из перечисленных ниже симптомов. Симптоматика сохраняется в течение последней недели фазы желтого тела, ремиттирует через несколько дней после начала фолликулярной фазы и отсутствует в течение недели после менструации. По крайней мере один из симптомов соответствует первым 4-м из перечисленных ниже:

— печаль, безнадежность, самоосуждение;

— напряжение, тревога;

— выраженная лабильность настроения с перемежающимися приступами слезливости;

— постоянная раздражительность, гневливость, конфликтность;

— снижение интереса к привычным видам деятельности;

— трудности концентрации внимания;

— усталость, недостаток энергии, сонливость;

— изменения аппетита с перееданием или потребностью в специфической (иногда несъедобной пище);

— гиперсомния или инсомния;

— соматические жалобы (напряженность или боль в молочных железах, чувство «разбухания» или прибавка массы тела, головные, суставные или мышечные боли).

II. Симптомы препятствуют профессиональной деятельности, обучению, привычной социальной активности, нарушают межличностные отношения.

III. Симптомы не являются экзацербацией других расстройств, например большого депрессивного, панического, дистимического или личностного расстройства (хотя и могут перекрываться с любыми другими расстройствами).

Экзацербация дисфории и повышенная утомляемость в предменструальный период могут быть связаны с обострением соматического заболевания (эндокринные расстройства, онкологическая патология, системная красная волчанка, анемии, эндометриоз, различные инфекции). Дифференциальной диагностике в этих случаях помогают данные анамнеза, лабораторных тестов и физикального обследования. Помимо собственно гинекологических заболеваний, синдром предменструального напряжения довольно часто сопровождает психические заболевания. В частности, его проявления у женщин, ранее не имевших этого страдания, могут свидетельствовать о возникновении какого-то, быть может маскированного, психического заболевания — например, малопрогредиентной шизофрении. Психологическая помощь и поддержка нередко оказываются не менее действенными, чем лекарственная терапия.

**Бесплодие**

Бесплодным считается брак, в котором, несмотря на регулярную половую жизнь без применения противозачаточных средств, у жены не возникает беременность в течение года при условии, что супруги находятся в детородном возрасте. По мнению многих авторов, психическое состояние бесплодных пациенток может иметь решающее значение в происхождении некоторых форм бесплодия и наоборот.

Mс. Ewan выделяет ряд ситуаций, при которых следует ожидать у пациенток развитие психических нарушений при бесплодии. В группу риска входят: молодые женщины которые исповедуют религию, трактующую бесплодие как грех; женщины не имеют нормальных отношений с супругом; женщины подвергались в течение своей жизни различным стрессам; женщины, для которых диагноз инфертильности - неожиданность.

В каждом из таких случаев бесплодие может сопровождаться изменением самооценки, образа «Я», социального положения и т. д. Чаще оно влечет за собой нарушение «чувства самостоимости», изменение «телесного образа», вызывает чувство «личной дефектности», «социальной незаконченности», приводит к потере сексуальной привлекательности.

Одним из важных вопросов при диагностике состояния бесплодных пациенток считают оценку их мотивов иметь ребенка. У бесплодных супружеских пар могут существовать мотивы, несколько отличающиеся от традиционных мотивов деторождения. Помимо потребности в заботе о ребенке и ответственности за его воспитание, могут быть и такие мотивы как «удержать мужа», «заполнить пустоту», поддержать семейные традиции и др. Многие зарубежные исследователи склонны объяснять происхождение бесплодия с точки зрения психоанализа. Некоторые из них пытаются найти причину бесплодия еще в раннем детстве. По их мнению, жесткое ограничение стыдливой системой табу или, напротив, необузданное сексуальное поведение родителей может оказать на ребенка тормозное или деформирующее воздействие. В ходе психосексуального развития эти прямые или косвенные влияния могут выстроить в структуре личности нежелательные схемы, которые позже и становятся причиной «торможения женской роли». Р. Дж. Пепперел разделяет женщин, страдающих психогенным бесплодием, на 3 основные группы. В 1-ую группу включены женщины, у которых бесплодие может прекратиться самопроизвольно, а интенсивное обследование легко «может сломать барьер, препятствующий зачатию». Во 2-ю группу входят женщины с более устойчивой «блокадой» зачатия, возможно происходящей в результате некоторой внешней стрессовой ситуации. 3-ю группу составляют женщины, бесплодие у которых возникло «в результате глубокого и длительного психосоматического напряжения, связанного с наличием психогенных страхов». Причинами тому могут быть установки, сформированные в процессе воспитания, и приводящие к тому, что эти женщины испытывают сильный страх перед беременностью, а бесплодие возникает у них как психологическая защита. У таких женщин возможно наличие конфликта между сознательным желанием забеременеть и неосознанным отказом от беременности и материнства.

##### Психосоматические расстройства при беременности

Истерические расстройства чаще наблюдаются в 1-м и 3-м триместрах беременности, чем во 2-м. При нежелательной беременности тревога и депрессия развиваются в 1-м триместре. В 3-м триместре возникают страх перед предстоящими родами и беспокойство, связанное с неуверенностью в нормальном развитии плода.

Беременность является фактором, который может оказывать как положительное, так и отрицательное влияние на состояние женской психики. В первом случае имеется в виду улучшение состояния больных неврозами (в частности, истерией и алкоголизмом), смягчение протекания эндогенной депрессии.

Виды психосоматических нарушений, возможные во время беременности и после родов

Однако беременность может оказываться фактором, способствующим манифестации уже имеющихся психических расстройств. Может иметь место декомпенсация психопатии вследствие выявления неполноценности эндокринно-диэнцефальной системы, наступающей на 6—8-м месяце беременности без каких-либо видимых причин; при этом состояние больных может улучшиться лишь через несколько месяцев после родов.

Возможно и первичное появление психических нарушений в период беременности, являющихся предвестниками эндогенных психозов, когда у больных возникают необоснованная тревога, беспокойство, боязнь нарушений сна.

Возможны депрессивные состояния с суицидальными тенденциями. Развивающиеся на начальном этапе беременности реактивные депрессии в большинстве наблюдений прекращаются к 4—5-му месяцу беременности, даже в тех случаях, когда ситуация остается неразрешенной.

Однако в том случае, когда имеют место выраженные психопатические черты характера, депрессия принимает затяжной характер, продолжаясь до конца беременности. Аффективные расстройства, манифестирующие до родов, чаще всего протекают с преобладанием анксиозной симптоматики (тревожные опасения по поводу исхода беременности, возможности выкидыша, собственной смерти и т. д.).

В течение всей беременности и в период кормления грудью следует избегать применения бензодиазепинов из-за опасности угнетения функции дыхания у новорожденного и возможности возникновения у него симптомов абстиненции. Прием лития прекращают на три месяца беременности, но позднее при необходимости он может быть возобновлен; с началом родов препарат вновь отменяют. Матери, принимающие литий, не должны кормить младенца грудью. На протяжении всей беременности надлежит воздерживаться от использования ТЦА или нейролептиков, если нет чрезвычайных показаний к их назначению.

**Варианты психосоматических нарушений**

Ложная беременность, описывавшаяся в прошлом психиатрами как «нервная беременность», представляет собой яркий пример психогенной драматизации. Это очень редкое в наши дни явление показывает, в какой степени и в каких границах может измениться женское тело под влиянием аутосуггестивных представлений. Мнимая беременность встречается чаще всего у одиноких, овдовевших или живущих изолированно женщин. Обычно она обусловлена только сильным желанием беременности, но в отдельных случаях наблюдается при половых контактах, переживаемых с чувством вины. В этих случаях возникает представление о беременности, которое может потом закрепляться с бредоподобной убежденностью на многие месяцы и даже годы вопреки отрицательным результатам акушерского обследования.

Как и больные с истинным бредом, эти женщины не поддаются коррекции рациональными доводами. Для них характерны не только субъективные ощущения, свойственные нормальной беременности, такие, как плохое самочувствие, рвота, особые пристрастия в еде, ощущение тяжести в животе. Многие из них испытывают даже ощущения движения ребенка в теле, наступление схваток. Наблюдаются типичное нагрубание молочных желез, пигментация вокруг сосков, иногда даже выделение молозива, в ряде случаев обнаруживаются изменения шейки матки и наружных половых органов, как это наблюдается при истинной беременности.

Женщина быстро полнеет, отмечаются все внешние признаки беременности. Химические и биологические пробы на беременность остаются отрицательными.

В случаях ложной беременности терапевтически вряд ли удастся найти опору для вербальной психотерапии, так как эти женщины обычно непоколебимо твердо придерживаются своих представлений.

Синдром кувады (фр. couvades — высиживание яиц) возникает у мужа в первые месяцы беременности жены: тошнота, слабость по утрам и часто — зубная боль. Такое состояние продолжается несколько недель.

При выкидыше, особенно повторном, у половины женщин развивается депрессивное расстройство.

**Психические нарушения после аборта**

Известно, что 14—20% всех клинически диагностированных беременностей кончаются спонтанными абортами. Однако психической переработке выкидышей в клинической практике и научных исследованиях долго не придавали особого значения, поскольку большинство спонтанных абортов происходит на ранних сроках беременности. Исходя из представления, что связь с растущим плодом возникает позже, хотя бы при появлении движений ребенка, врачи обычно ограничиваются советом поскорее забеременеть снова и забыть о выкидыше. Однако последние исследовательские данные показывают наличие выраженных и стойких реакций скорби, сравнимых с теми, которые описываются при потере близких людей.

*Симптоматика психических нарушений*

При этом появляются симптомы скорби (печаль, потеря аппетита, расстройства сна, возбудимость, снижение общей активности, мысли об умершем ребенке, повторяющиеся сновидения), а также интенсивные проявления злости и враждебности по отношению к медицинскому персоналу, чувство зависти к матерям и беременным женщинам, самоупреки и чувство вины, суицидальные мысли и страх смерти. Особенно явственны напряжение в партнерских отношениях и изменение отношений с уже имеющимися детьми — от пренебрежения ими до сверхзаботливости и тревожности. При выявлении причинных факторов обнаруживается, что значительная часть выкидышей (25—50%) не обусловлена органическими причинами (например, хромосомными отклонениями, инфекциями на ранних сроках беременности, изменениями шейки матки или самой матки при продолжающейся беременности).

Кроме того, оказалось, что при привычных выкидышах (более трех) благодаря усиленному вниманию врачей и во многом независимо от характера применяющегося лечения советы, даваемые врачами, приводят к донашиванию следующей беременности. Здесь следует обращать внимание как на психическое состояние беременной, так и на психосоциальные факторы, включая врачебную заботу. Следует также полагать, что повторные выкидыши создают порочный круг страха, депрессии и психосоматических ощущений, которые способствуют новому выкидышу вследствие нейроэндокринных изменений и усиленного сокращения матки. Наряду с выяснением этого вопроса после спонтанного аборта важно обращать внимание на печаль и психическую реакцию женщины, которая очень нуждается в информации и советах. Необходимо дать ей эти советы в беседах и информировать ее о психических последствиях спонтанного аборта.

Имевшие место раньше нелегальные, равно как и легальные, медицинские аборты, следствием которых может стать стерильность, часто приводят к тяжелому внутреннему конфликту. Психически не переработанный аборт, особенно если супруг не причастен к нему и не несет за него ответственности, а женщина была вынуждена сделать все сама, приводит к осознанному или бессознательному конфликту и чувству вины со многими сопутствующими функциональными и психосоматическими нарушениями, при этом возможны чувство вины перед супругом, ухудшение межличностных и сексуальных отношений. После вакуумного аборта в первой триаде беременности негативные психические и социальные последствия отмечаются очень редко.

*Возникновение хронической психической травмы при спонтанном аборте*

Спонтанный аборт у 12% женщин приводит к острой или хронической психической травме. У некоторых женщин искусственное прерывание беременности очень часто вызывает чувство сожаления, вины, страха перед последствиями, иногда развивается невроз.

Появление невротических синдромов после аборта связано также с центральными нервными механизмами регуляций эндокринной системы, которая, как известно, включает оварио-гипофизарно-надпочечниковую группу желез внутренней секреции.

Нейроэндокринные и метаболические сдвиги появляются уже при нормальной беременности; появляются они и после аборта.

Если же беременность прерывается, происходит перестройка регуляции на прежний лад; это может привести к декомпенсации, часто в сочетании с психогенией. После аборта может уменьшаться реактивность организма, адаптация нервной системы и пр.

Без сомнения, непредусмотренная бездетность для женщины — чрезвычайная психическая нагрузка, которая, в свою очередь, может стать основой для многих патологических психических и психосоматических реакций. При этом часто наблюдаются длительные депрессии, месяцами длящиеся резкие колебания настроения, сверхценные идеи с аменорейными фазами, которые могут привести к ложной беременности.

Больные нуждаются в успокоении, разубеждении; чтобы снять гиперстеничность, а иногда и ложные установки, применяются современные антидепрессанты. Врачебные советы и поддержка могут быть очень полезны, но прежде всего необходимо попытаться отвлечь женщину от овладевшего ею желания иметь ребенка, указав ей на другие задачи и иной смысл жизни.

**Особенности терапии психических нарушений у беременных и рожениц**

В этих случаях психологические и социальные меры обычно играют такую же важную роль, как и антидепрессанты.

От врача при депрессиях, манифестирующих либо обостряющихся в период беременности, требуется выбор между необходимостью фармакотерапии, с одной стороны, и предотвращением риска для здоровья плода и новорожденного (опасность формирования врожденных пороков развития, пре- и неонатальных осложнений и т. д.) — с другой.

При решении такой альтернативы (польза для матери и потенциальный риск для ребенка) учитывается ряд обстоятельств, в том числе и возможность негативного влияния на развитие плода тяжелого психического состояния матери в период беременности.

Психотропные средства беременным назначают при крайней необходимости по строгим клиническим показаниям: при выраженных аффективных проявлениях с тревогой, ажитацией, расстройствами сна и аппетита, усугубляющих соматическое состояние беременных и рожениц, при суицидальных мыслях и тенденциях.

Большое значение для успешной терапии имеет раннее выявление депрессий, манифестирующих в период беременности.

Благодаря этому удается провести щадящую психофармакотерапию — купирование аффективных расстройств на еще неразвернутой стадии с помощью невысоких доз медикаментов непродолжительными курсами. Использование психотропных средств в таких случаях является и профилактикой послеродовых депрессий.

**Послеродовые психозы**

Частота послеродовых психозов составляет один на пятьсот родов. Чаще встречаются у первородящих, страдавших в прошлом серьезными истерическими расстройствами, при наличии истерических расстройств в семейном анамнезе; у рожавших вне брака послеродовые психозы наблюдались в течение первой и второй недель после родов, редко — в первые 2 дня.

Клиническая картина бывает трех типов: острый органический, аффективный или шизофренический синдромы. Преобладают (80%) аффективные, особенно маниакальные расстройства. Любой из этих вариантов включает дезориентационные и другие органические симптомы.

Очень важно выяснить отношение матери к ребенку. При тяжелой депрессии мысли о том, что ребенок неполноценен, приводят к попытке убить младенца, «чтобы избавить его от будущих страданий». При шизофрении мать может быть уверена в том, что ребенок ненормален или несет в себе зло, — здесь высок риск покушения на убийство ребенка, а также попытки самоубийства (как при депрессиях).

#####

##### Психосоматические расстройства, не связанные с беременностью

*Психические расстройства в менопаузе*

При менопаузе как психопатологические симптомы, так и личностные проявления невротизма коррелируют с вазомоторными симптомами (приливы и потливость), но не с прекращением менструаций. Результаты клинических испытаний лечения эстрогенами разочаровывают. Представляется наиболее целесообразным такое лечение, которое оказывается эффективным независимо от того или иного периода жизни.

*Климактерический синдром*

Климактерический синдром (преимущественно возникающий в возрасте 45—55 лет) представляет собой симптомокомплекс вегетативно-сосудистых, обменно-эндокринных и нервно-психических расстройств, возникающих вследствие возрастного снижения функции яичников и функциональной недостаточности высших центров нейроэндокринной системы. Климактерический период в жизни женщины связан с возрастной перестройкой гипоталамической области, приводящей к нарушению цикличности менструаций и прекращению репродуктивной способности. В основе возрастного выключения репродуктивной функции лежит не что иное, как повышение гипоталамического порога чувствительности к регулирующему влиянию половых гормонов. Выраженность психических нарушений зависит от тяжести и динамики соматовегетативных расстройств (приливов, симпатоадреналовых кризов и т. п.) и длительности течения климактерического синдрома. На раннем этапе могут превалировать истерические, депрессивные, астенические, фобические или паранойяльные расстройства. У больных с патологическим течением климактерии чаще всего наблюдаются истероиппохондрические расстройства, возможны сверхценные идеи ревности, идеи отношения. Считается, что на частоту и выраженность симптомов климакса могут существенно влиять биологические, а также культуральные и социально-экономические факторы. К последним относят: а) социальное значение, которое в определенных этнических группах придается менструации, б) социальное значение бездетности; в) социальное положение женщин в период постменопаузы; г) отношение мужа к своей жене в период постменопаузы (например, как к сексуальному партнеру); д) степень социально-экономической депривации, испытываемой в этот период; е) степень изменения роли женщины в этот период и возможность выполнения ею новых или альтернативных функции; ж) доступность медицинской помощи в этот период. Как бы то ни было, но неблагоприятные психологические последствия климакса разной выраженности наблюдаются у всех женщин, а потому для клинического психолога актуальным является вопрос о клинических особенностях физиологического и патологического климакса. Большинство авторов физиологическим считают климакс, протекающий без выраженных патологических симптомов, с постепенным угасанием менструальной функции без симптомов болезни. В понятие же дисгармонично протекающего климакса включаются два наиболее типичных проявления переходного периода: дисфункциональные маточные кровотечения и «климактерический синдром». Климактерический синдром. Картина климактерического синдрома укладывается из психопатологических, вегетативных и эндокринных симптомокомплексов. Климактерический синдром, как правило, бывает представлен четырьмя клиническими вариантами: астеническим, ипохондрическим, тревожно-депрессивным и истерическим. Женщины с благоприятной микросоциальной обстановкой (благополучная семья, заботливые дети, внуки) переживают климактерический период относительно благополучно, «нейтрализуя» значимость климакса с помощью переключения интересов на семью или иную деятельность. Если же в переходном возрасте у женщины остается много нерешенных проблем, это определяет ее отношение к климаксу как к катастрофе. В таком случае климакс представляет собой особо значимое явление, отражая стержневую сторону переживаний, вызывающих в поведении женщин разительные метаморфозы. У женщин, которые стараются «защититься» от старения, часто развиваются гиперкомпенсаторные реакции, вытекающие из «протеста» (например, чрезмерная забота о собственной внешности, повышенный интерес к косметическим средствам и т. п.).

**Клиническая картина климактерического синдрома**

У женщин постепенно затухает менструальный цикл (урежение регул, олигоменорея); у некоторых еще задолго до этого появляются парестезии, сенестопатии, неприятные ощущения в области сердца, желудка, подложечной области, суставах, зуд в области половых органов и промежности, резкие приливы, неприятные ощущения в области лица, во рту, общее недомогание, плохой сон, тревожные сновидения. При этом женщины часто мерзнут, вынуждены тепло одеваться. Лицо приобретает сероватый оттенок, тургор кожи снижается, волосы лишаются естественного блеска. Артериальное давление резко колеблется. Половое чувство утрачивается.

Эти симптомы вряд ли можно объяснить только гормональной дисрегуляцией и перестройкой. Так называемая сексуальная паника перед закрытием ворот — не просто следствие гормональных изменений; она часто становится для женщины точкой отсчета для подведения баланса прожитой жизни. Несомненно, с наступлением менопаузы начинается вторая половина жизни женщины с характерными для нее процессами соматической инволюции, на протяжении которой состояния подавленности, колебания настроения и даже явные депрессивные реакции становятся более частыми, чем в первой половине жизни.

При климактерическом синдроме у мужчин отмечаются депрессия, апатия, меланхолия, изредка психозы, могут появляться полиурия и зуд гениталий. Характерны утомляемость, слабость, боли в конечностях, запоры, рвота. Возможны приливы к лицу и груди, головная боль, потливость, сердцебиение. Нередко развиваются гиперестезия и эмоциональная лабильность.

**Патологический климакс**

Климактерическая депрессия — депрессия, впервые появившаяся в климактерическом периоде и отличающаяся глубиной аффективных расстройств, наличием витальных компонентов и суицидальных тенденций. Если в возникновении депрессии существенную роль играет психогенный фактор, у больного может развиться чувство вины, однако соответствующие идеи самообвинения направлены не в прошлое, а в настоящее и будущее, поэтому к чувствам утраты и скорби присоединяются мысли о мрачной картине одиночества, страдания, материального неблагополучия. По миновании остроты переживаний в клинической картине вновь появляются вегетативно-сосудистые нарушения, потерявшие актуальность в период острого состояния. Если больные переключаются в своих переживаниях с психогенной ситуации на свое здоровье, то происходит формирование ипохондрических расстройств.

Патологический климакс требует комплексного лечения. Психотерапия применима во всех видах и модификациях. Больным разъясняется сущность возрастной нейроэндокринной перестройки, подчеркивается временный, преходящий характер расстройств, укрепляется вера в выздоровление, т. е. проводится «речевая терапия» в форме разъяснения, убеждения, ободрения. Кроме того, показаны общегигиенические мероприятия, регулирование сна, гормональная терапия, в тяжелых случаях используются психотропные средства в малых дозах.

##### Нарушения чувствительности

*Диспарейния, или гениталгия*

Диспарейнией, или гениталгией, называют болезненные ощущения в области половых органов. Они могут быть как соматогенного, так и психогенного происхождения. В первом случае причиной их чаще всего бывают воспалительные процессы или травмы половых органов, во втором — психические факторы.

В зависимости от связи диспарейнии с половым актом выделяют диспарейнию «ожидания», диспарейнию фрикционного периода, фрустрационную диспарейнию и диспарейнию вне полового акта. Болевые ощущения чаще возникают после полового акта, если он не завершился оргазмом, реже в момент интроитуса или во время фрикций.

Психогенные диспарейнии часто встречаются при вагинизме и коитофобии; больные в этих случаях жалуются на резкие боли даже при легком прикосновении к наружным половым органам и тем более при попытке введения пальца во влагалище. Но, если, не обращая внимания на жалобы, все же резко прикоснуться к их гениталиям, больные соглашаются, что им не больно, а страшно. В таких случаях «боль» удается погасить.

Психогенные гениталгии в отдельных случаях носят характер невротической моносимптоматики, но чаще являются одним из проявлений различных клинических форм неврозов. Моносимптомная гениталгия возникает в результате образования патологического условного рефлекса, обусловленного патогенными ситуациями (насилие, болезненная дефлорация, половой акт при наличии гинекологической патологии и т. д.). В основе такой гениталгии лежат механизмы невротической фиксации. Подобные гениталгии чаще всего являются проявлением моносимптомного истерического невроза.

*Клиническая картина*

Для истерических диспарейний характерны различные боли — ноющие, режущие, стреляющие, колющие, «как мечом пронизывающие тело», а также парестезии (ощущения ползанья мурашек, зуда). Локализуется боль чаще всего в области влагалища и нижней части живота, реже в области наружных половых органов. Появляется обычно в связи с половым актом, в его начале или в конце, и может сочетаться с чувством тошноты, «замиранием всего тела», стонами и экспрессивными движениями. Больные начинают всячески избегать половых контактов или даже полностью от них отказываются. В основе истерических диспарейний лежит механизм «бегства в болезнь», условной приятности или желательности болезненного симптома.

Боль в этих случаях носит характер самовнушения и служит средством избавления больной от половой жизни, ставшей несносной либо вследствие того, что она не получает полового удовлетворения, либо вследствие нежелания поддерживать половые отношения с человеком, ставшим неприятным. При этом обычно сосуществуют противоречивые тенденции: с одной стороны, желание избавиться от половой близости, с другой — желание сохранить семью ради детей или общественного мнения. Больные чаще всего полагают, что боль заставляет их отказываться от половой жизни, и не осознают, что в действительности нежелание жить половой жизнью служит причиной появления у них боли.

При различных формах неврозов гениталгии находятся в прямой зависимости от выраженности клинической симптоматики неврозов и являются их составной частью.

Иногда в климактерическом периоде наблюдается усиление полового влечения, сопровождающееся периодическими приливами крови к половым органам, вызывающими парестезии. Если усилившееся половое влечение не находит разрешения в половой жизни или мастурбации и подавляется, то это может привести к усилению парестезий и переходу их в ощущение зуда в области половых органов. Последнее в дальнейшем начинает возникать и вне отчетливой связи с половым возбуждением («нервный зуд»).

*Дифференциальная диагностика*

Психогенные диспарейнии следует дифференцировать от сенестопатически-ипохондрического синдрома неврозоподобной формы шизофрении.

Для последней характерно появление необычных ощущений в области половых органов (сенестопатий), например чувства «лопающихся пузырьков во влагалище», «слипания и разлипания стенок влагалища», «раздувания матки», дисморфофобии, ощущения особого запаха, которого другие не замечают.

В случае диспарейний очень важно тщательное обследование больной для исключения соматического генеза заболевания. Соматогенно обусловленные гениталгии связаны с различными патологическими процессами в половых органах, а также патологией генитосегментарного аппарата, иннервирующего половую сферу женщины.

*Причины диспарейний*

Одной из причин болевых ощущений в начале половой жизни является неполная дефлорация, сопровождающаяся незначительным кровотечением и легкой болезненностью, а также случаи, когда девственная плева подвергалась лишь растяжению без разрыва. Медицинская дефлорация с полным разрушением девственной плевы дает хороший терапевтический результат.

Болезненность в начале полового акта нередко связана с недостаточной психоэротической подготовленностью женщины, а также с легкими явлениями вагинизма, вызывающими сужение входа во влагалище.

Диспарейния представляет собой повторяющуюся или устойчивую боль в гениталиях до, во время или после полового сношения. Диагноз диспарейнии не ставится, если заболевание имеет органическую основу (эндометриоз, вагинит, цервицит и другие заболевания тазовых органов).

Жалобы на хроническую боль в области таза часто встречаются у женщин, которые подвергались сексуальному насилию, в том числе в детстве.

Боль при совокуплении может быть результатом напряжения или тревоги. Диспарейния редко встречается у мужчин и имеет органическую природу.

У 30—40% женщин, которые обращаются к сексопатологам с жалобами на диспарейнию, имеется патология тазовых органов. После хирургических вмешательств в области таза или на половых органах приблизительно у 30% женщин наступает временная диспарейния. Однако в большинстве случаев наблюдаются функциональные нарушения.

Органические нарушения, которые могут вызвать диспарейнию, включают раздражение и инфицирование остатков девственной плевы, рубцы от эпизиотомии, воспаление бартолиниевых желез, различные формы вагинита и цервицит, эндометриоз и болезнь Пейрони.

*Лечение*

При психогенных гениталгиях необходимо выявить причину заболевания в целях дезактуализации психогенной ситуации, приведшей к возникновению заболевания. Помимо этого, психотерапевтические воздействия должны быть направлены на купирование болевого синдрома и выработку новых здоровых психологических установок.

Основным методом лечения психогенных гениталгий является психотерапия, направленная на осознание генеза заболевания и изменение отношения к половой жизни.

При лечении гениталгии и профилактики ее рецидивов необходима психотерапия супружеской пары, результатом которой должно явиться расширение диапазона приемлемости в интимной жизни супругов и, в частности, оптимизация проведения половых сношений.

Психотерапия больных психогенными гениталгиями должна носить курсовой характер. Весьма эффективны сеансы суггестивной терапии наряду с тренировками, во время которых либо вводятся расширители постепенно увеличивающегося диаметра, либо осуществляется постепенно усиливающееся давление рукой врача на область входа во влагалище, аутогенная тренировка в частности, метод активного самовнушения. Вопрос о выборе методов и способов реализации решается с учетом типологических особенностей пациенток, этапа лечения и клинической выраженности имеющейся патологии.

ЛЕЧЕНИЕ

Особенности развития психосоматических болезней диктуют и своеобразие терапевтического вмешательства. Прежде всего необходимо купировать непосредственную соматовегетативную реакцию организма. Затем необходимо присоединить психотропные средства (транквилизаторы, антидепрессанты, снотворные, ноотропы), опосредованно стабилизирующие физические функции. Кроме того, весь процесс лечения поврежденных органов и систем должен сопровождаться курсом психотерапии, направленной на коррекцию личностных черт больного, его реакции на окружающее, разрешение психотравмирующей ситуации, урегулирование взаимоотношений в семье и т.д. Только весь лечебный комплекс может способствовать выздоровлению. Для претворения этого комплекса в жизнь требуется консультация и помощь психолога, психотерапевта или психиатра.