

ПСИХОДИАГНОСТИКА И ПСИХОКОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ

И. В. БАБЕНКО-СОРОКОПУД, проф. А. Е. ТАБАЧНИКОВ, доц. В. Н. ЧЕРЕПКОВ

PSYCHODIAGNOSIS AND PSYCHOCORRECTION OF MENSTRUAL FUNCTION DISORDERS IN JUVENILE GIRLS WITH ANOREXIA NERVOSA

I. V. BABENKO-SOROKOPUD, A. E. TABACHNIKOV, V. N. CHEREPKOV

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Показана связь аменореи у девочек-подростков с нервной анорексией. Обоснована необходимость психодиагностического обследования пациенток с такой патологией и ее психотерапевтической коррекции.

Ключевые слова: девочки-подростки, нервная анорексия, нарушение менструальной функции, психодиагностика, психокоррекция.

Association of amenorrhea in juvenile girls with anorexia nervosa is shown. The necessity of psychodiagnostic investigation of the patients with this pathology and its psychotherapeutic correction is substantiated.

Key words: juvenile girls, anorexia nervosa, menstrual function disorders, psychodiagnosis, psychocorrection.

Резкое угнетение пищевого инстинкта — нервная анорексия (НА) — отражает расстройство мотивационной сферы человека. Она часто сочетается с нарушениями инстинкта самосохранения, продолжения рода (нежелание иметь менструальную функцию, иметь детей), снижением полового влечения [1]. Психопатологической основой НА являются дисморфоманические нарушения в виде болезненной убежденности или опасения развития чрезмерной «уродливой» полноты [2]. Постоянный признак НА — аменорея. Длительная аменорея у девочек-подростков, сопровождающаяся глубокими дистрофическими изменениями в половой системе, может приводить к утрате репродуктивной функции (РФ) [3]. Адекватная комплексная специфическая психотерапевтическая и гинекологическая коррекция нарушений менструальной функции (НМФ) у таких пациенток необходима для профилактики тяжелых, прогностически неблагоприятных этапов заболевания [4].

Актуальность данной проблемы обусловлена как ростом частоты распространенности НА среди девочек-подростков за последние десятилетия, так и трудностью лечения этого типичного для пубертатного возраста заболевания, сопровождающегося развитием тяжелых вторичных соматоэндокринных нарушений.

Целью исследования явилось изучение личностных особенностей и внутрисемейного микроклимата у девочек-подростков с НМФ, страдающих НА, и разработка психологической коррекции этой патологии.

Были обследованы 89 пациенток 13–18 лет с НМФ на фоне НА. Выборку основной группы составили девочки, у которых НА была проявлением патологически протекающего пубертатного периода, соответствующего поведенческим синдромам, связанным с физиологическими нарушениями и физическими факторами (по МКБ-10: F50.0–F50.2). Основная группа включала две подгруппы девочек-подростков: 1-я — 43 пациентки, которые получали традиционную терапию по восстановлению МФ, и 2-я — 46 человек, пролеченных по предлагаемой методике, включающей психологическую коррекцию. Контрольную группу составили 30 девочек-подростков с физиологическим течением пубертатного периода, с массой тела, соответствующей их росту и возрасту, с регулярным менструальным циклом.

Личностные особенности обследуемых изучали с помощью патохарактерологического диагностического опросника (ПДО) А. Е. Личко, а особенности внутрисемейного микроклимата — с использованием теста «Анализ семейных взаимоотношений» (АСВ) [5].

При изучении преморбидной структуры характера у подавляющего большинства (99,5%) обследованных основной группы были выявлены различные типы акцентуаций характера. Они выявлялись у этих пациенток в 5,7 раза чаще ($p < 0,0001$), чем в контрольной группе (16,7%). Распределение обследованных по результатам теста ПДО в основной группе было неоднородным: достоверно чаще ($p < 0,05$) встречались истероидный (40%), шизоидный (18,9%), эпилептоидный

(17,6%), психастенический (8,3%) типы акцентуаций характера. При сравнении частоты различных типов акцентуаций в контрольной группе достоверных различий не выявлено. Эти результаты не позволяли выделить специфический тип личности девочек-подростков с НМФ на фоне НА. Ведущие черты пациенток с НА как проявление патологически протекающего возрастного криза, свойственные истероидному, эпилептоидному, шизоидному и психастеническому типам акцентуаций характера, являлись предрасполагающим фактором к возникновению НА и НМФ.

По методике АСВ были выявлены и представлены в таблице следующие типы воспитания, статистически достоверно связанные с развитием определенных типов акцентуации характера у девочек-подростков с НМФ и НА: «потворствующая гиперпротекция» в 31 семье (34,8%), «доминирующая гиперпротекция» в 14 семьях (15,7%), «повышенная моральная ответственность» — в 14 (45,7%), «эмоциональное отвержение» — в 8 (9,0%), «жестокое обращение» — в 6 (6,7%), и «гипопротекция» — в 3 семьях (3,4%).

Как следует из таблицы, гармоничный тип воспитания отмечался в основной группе намного реже, чем в контрольной, причем он имел место у всех девочек без явных акцентуаций характера.

Важно отметить, что микроклимат в этих семьях был весьма благополучным. Сложившаяся обстановка в связи с заболеванием ребенка не мешала членам семьи оставаться терпимыми и друг к другу, и к больной дочери, они правильно понимали задачи, которые ставились перед ними в лечении НА и восстановлении МФ. Психокоррекционная работа в этих условиях заключалась в разъяснительных беседах с каждым членом семьи и семьей в целом и давала возможность успешно проводить лечебные и реабилитационные мероприятия даже в амбулаторных условиях.

Потворствующая гиперпротекция, когда ребенок находился в центре внимания семьи, которая стремилась к максимальному удовлетворению его потребностей, способствовала развитию истероидных (демонстративных) черт у девочек-подростков. Этот тип воспитания отмечался в 34,8% семей основной и лишь в одной семье контрольной группы. Эти семьи, как правило, были неполными (12,4%), критика к поведению больной и тяжести НМФ у нее была снижена. Родители отбрасывали мысли о болезни дочери, о последствиях НА, приписывали их случайным обстоятельствам даже при наличии выраженной кахексии и длительной аменореи. Родители охотно контактировали с психотерапевтом и гинекологом,

Таблица 1

Распределение девочек-подростков с НМФ и НА в зависимости от прерорбидных черт характера и типов воспитания (%)

Тип акцентуации	Типы воспитания									
	гармоничный		гиперпротекция				повышенная моральная ответственность	эмоциональное отвержение	жестокое обращение	гипопротекция
			потворствующая		доминирующая					
	основная группа	контроль	основная группа	контроль	основная группа	контроль	основная группа	основная группа	основная группа	основная группа
Гипертимный	—	—	—	—	7,8	—	—	—	—	—
Циклоидный	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Лабильный	—	—	—	—	1,1	3,3	—	—	—	—
Астеноневротический	—	—	—	—	—	3,3	—	—	—	—
Сенситивный	—	—	—	—	2,2	—	—	—	—	—
Психастенический	—	—	—	—	2,2	—	4,5	—	—	—
Шизоидный	4,5	4,5	—	—	—	—	11,2	2,2	—	—
Эпилептоидный	3,4	3,4	—	—	—	—	—	6,7	6,7	—
Истероидный	2,4	2,2	34,8	3,3	—	—	—	—	—	—
Неустойчивый	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3,4
Конформный	—	—	—	—	2,2	—	—	—	—	—
Явная акцентуация не выявлена	4,5	27,0	—	—	—	—	—	—	—	—
Всего	14,6	90,0	34,8	3,3	15,7	6,7	15,7	9,0	6,7	3,4

но могли, выполняя желание больной, прервать неоконченный курс лечения, недооценивая важности регулярности психотерапии и фармакотерапии. Психокоррекционная работа в таких семьях (семейная психотерапия) была осложнена эмоционально напряженными отношениями между родителями и их дочерью.

Доминирующая гиперпротекция, наблюдавшаяся в 14 семьях (15,7%) основной и в двух семьях (6,7%) контрольной групп, способствовала развитию реакции эмансипации у всех 7 девочек-подростков с гипертимным и у обеих девочек с конформным типом акцентуации характера. Этот тип воспитания обуславливал такие острые аффективные реакции, как конфликты в семье, с врачом по поводу необходимости восстановления массы тела — важного условия восстановления МФ. Родители, несмотря на НМФ у девочки, требовали от нее продолжения занятий спортом или балетом (в 5 случаях), участия в модельном бизнесе (в 7 случаях), так как сами культивировали в семье идеал хрупкой, «воздушной» женщины. При этом пациентки утрачивали психологический контакт в семье, что отражалось на течении НА и результативности проводимой адекватной лечебно-реабилитационной работы по коррекции МФ. Требование лидерства, отличной учебы, не считаясь с реальными возможностями девочек, было выявлено в основной группе у одной девочки с лабильным, у 1/3 обследованных — с психастеническим (тревожно-мнительным) и у стольких же — с сенситивной акцентуацией характера. В контрольной группе у одной пациентки с астеноневротическим и у одной с лабильным типом акцентуации характера гиперпротекция усиливала астенические черты. Они проявляли безразличие к результату восстановления МФ, выполняли рекомендации психотерапевта и гинеколога лишь при настойчивом побуждении со стороны. Одна из целей психокоррекционной работы в таких семьях заключалась в нейтрализации напряженной обстановки, нередко сопровождающейся агрессивными действиями с обеих сторон при длительном восстановлении МФ и пищевого поведения. Продуктивное сотрудничество врача-психотерапевта с родителями оказывало благоприятное влияние на результат лечения.

Воспитание в условиях повышенной моральной ответственности характеризовалось недостатком эмоционального тепла и завышенными требованиями к ребенку — слишком большой учебной и дополнительной интеллектуальной нагрузкой (в 14 случаях); в контрольной группе этот тип воспитания не встречался. В основной группе он способствовал формированию психастенического и шизоидного типов акцентуаций характера. Заболевание, прежде всего НМФ, у дочери тяжело воспринималось родителями, которые не видели связи этого нарушения с психическим состоянием ребенка, навязывали свои методы лечения, высказывали собственные объяснения причин

НМФ. В ходе семейной психокоррекционной работы можно добиться дисциплинированного, хотя и формального выполнения ими своих обязанностей в восстановлении МФ и пищевого поведения дочери. Но при этом у родителей появляется негативное отношение к ребенку, перерастающее в конфликт, так как родители становятся его «врагами». Они сами инициируют необоснованно частые посещения врача и госпитализации как в общесоматический, так и психиатрический стационар. Разрядить обстановку и выработать совместный план коррекции МФ помогает семейная психотерапия с участием всех членов семьи.

Эмоциональное отвержение способствовало усилению epileптоидной акцентуации характера. У родителей этих пациенток, как и у них самих, желание лечения НМФ сочеталось с неверием в его успех. Они требовали тщательных дополнительных обследований, особенно если назначалась заместительная гормональная терапия с целью восстановления МФ, но тут же высказывали опасения о вреде и небезопасности процедур. В коррекционной работе в такой семье особое внимание уделялось разъяснению родителям отрицательного влияния на ребенка их стремления «реализовать себя», «продолжить себя» в дочери, при условии своевременного восстановления у нее МФ и сохранения репродуктивной функции.

Отдельную подгруппу составили 9 семей (10,6%) основной группы, у которых были выявлены сочетанные типы семейного воспитания: в 6 семьях — преобладание жестокого обращения родителей с подростками, epileптоидной акцентуации характера с потворствующей гипопротекцией. В 3 семьях гипопротекция, сочетаясь с жестоким типом воспитания, встречалась у подростков с неустойчивой акцентуацией характера. При смешанных типах воспитания учитывались доминирующие черты. Эти семьи характеризовались конфликтами между родителями, злоупотреблением алкоголем одного из родителей (в 7 случаях — отца) либо обоих (в 2 случаях). Противоречивость воспитания чаще проявлялась со стороны матери и характеризовалась бесконтрольностью (потворствующая гипопротекция), а со стороны отца — жестокостью с применением физических наказаний. Это способствовало формированию epileптоидного и неустойчивого типов акцентуации характера у дочерей. Инициаторами обращения к врачу чаще были или сами девочки-подростки, или другие родственники (бабушки), отцы расценивали нарушенное пищевое поведение дочерей как дань моде, каприз, а в восстановление МФ не считали целесообразным вмешиваться. Матери также обычно неадекватно оценивали тяжесть НМФ и необходимость ее восстановления. Психокоррекционная работа в таких семьях проводилась с учетом акцентуации характера самих родителей и была направлена на осознание ими взаимосвязи между типом воспитания, нарушенным пищевым

поведением у дочери-подростка и НМФ. Иногда проблема у ребенка способствовала временному объединению родителей и смягчению обстановки в семье, что, несомненно, шло на пользу девочке в восстановлении пищевого поведения и МФ.

При гармоничном типе семейного воспитания совместными усилиями психотерапевта, гинеколога и родителей МФ и нарушенное пищевое поведение были восстановлены у девочек-подростков в 100% случаев. У остальных пациенток восстановление МФ и нарушенного пищевого поведения было достигнуто в 75% случаев.

Л и т е р а т у р а

1. Брюхин А. Е., Онегина Е. Ю., Марилов В. В. Коморбидность нарушений пищевого поведения и других видов патологии влечений при нервной анорексии // Журн. неврол. и психиатр.— 2005.— № 12.— С. 46–48.
2. Сулейманов Р. А., Артемьева М. С. Коморбидность депрессии и нервной анорексии // Журн. неврол. и психиатр.— 2007.— № 4.— С. 73–77.
3. Чайка В. К., Матющина Л. А., Бабенко-Сорокопуд И. В.

Анализ семейных взаимоотношений имел особое значение для выявления причин усугубления у девочек-подростков акцентуаций характера и нарушений поведения, невротических расстройств и невротоподобных состояний, способствующих формированию НМФ. Изучение личностных особенностей таких больных и особенностей их семейного воспитания определяет степень успеха лечебно-реабилитационной тактики, в том числе семейной психотерапии, в продуктивном восстановлении МФ и пищевого поведения.

- Нервная анорексия у девочек и девочек-подростков: Уч.-метод. пособие.— Донецк, 2004.— 30 с.
4. Гогтадзе Я. Н., Самохвалов В. Е. Нервная анорексия: Уч.-метод. пособие.— СПб.: ГПМА, 2002.— 32 с.
5. Иванов Н. Я., Личко А. Е. Диагностика характера подростков. Патохарактерологический диагностический опросник для подростков (ПДО): Краткое руков.— СПб.: ФАРМиндекс, 2001.— 68 с.

Поступила 08.10.2008