

## РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ

<sup>1</sup>Таболіна А. А., <sup>1</sup>Байкова І. А., <sup>2</sup>Елінская Н. А.

<sup>1</sup>ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», Минск, Беларусь

<sup>2</sup>УЗ «Городская гинекологическая больница», Минск, Беларусь

*Актуальность исследования. Эстрогендефицитные состояния и различные стрессовые факторы у женщин в перименопаузе лежат в основе развития психических расстройств, для лечения которых важным является применение методов психотерапии.*

*Цель исследования. Разработка и внедрение в практику метода психотерапевтической коррекции психоэмоциональных нарушений у женщин в перименопаузе.*

*Результаты. Проведено обследование и лечение 48 женщин, включенных в 2 группы: в первой (основной) группе (n=24) было проведено комплексное лечение, включавшее менопаузальную гормональную терапию (МГТ) и психотерапию; пациенты второй группы (контрольная группа) (n=24) получали только МГТ. Предложенный метод психотерапии является достаточно эффективным, что статистически доказано на достоверном снижении уровней депрессии (шкала Бека), тревоги (опросник Спилбергера-Ханина) и нейровегетативных проявлений (модифицированный менопаузальный индекс Куппермана-Уваровой) при его применении. Положительная динамика вышеуказанных показателей была более выраженной у пациентов основной группы, чем у женщин, в лечении которых использовалась только лекарственная терапия. Терапевтический эффект комплексного лечения характеризовался стойкостью: сохранялся в течение года после начала лечения.*

**Ключевые слова:** перименопауза, психотерапевтическая коррекция, тревожно-депрессивные расстройства.

Актуальность своевременной помощи женщинам с психоэмоциональными нарушениями в перименопаузе обусловлена не только высокой распространенностью, но и большими экономическими затратами, направленными на лечение данной патологии и оплату утраты трудоспособности представленной категории лиц. По данным эпидемиологических исследований патология климактерического периода встречается в 70-80% случаев [10]. Значительную долю нарушений представляют психоэмоциональные расстройства [5], которые зачастую протекают атипично с многочисленными соматическими проявлениями и не всегда бывают распознаны. В случае выявления тревоги и/или депрессии многие пациенты не получают соответствующего заболеванию лечения. По данным материалов республиканской научно-практической конференции «Современные проблемы климактерия», проводимой в Минске 15.10.2013г., 800 тысяч женщин в Республике Беларусь имеют проявления климакса. До 50% не обращаются за медицинской помощью, до 30% лечатся у врачей-терапевтов, 10% консультируются у провизоров, 10% - у врачей-акушеров-гинекологов. Самостоятельное обращение к врачам-психотерапевтам, без направления других врачей-специалистов, составляют единичные случаи. Следует отметить, что климактерический период в жизни женщины связан не только с симптомами эстроген-дефицитного состояния, но и со многими стрессовыми факторами, такими как болезни и смерть близких, «синдром опустевшего гнезда», выход на пенсию, ощущение потери собственной привлекательности и сексуальности, чувство одиночества. Многие из этих психологических и социальных проблем в перименопаузе могут привести к состоянию дистресса и вызвать развитие аффективных расстройств, для лечения которых важным является применение методов психотерапии. В связи с вышеизложенным, представляется актуальным разработать и внедрить в практику метод психотерапевтической коррекции психоэмоциональных нарушений у жен-

щин в перименопаузе и оценить его эффективность.

**Цель исследования:** повышение эффективности оказания медицинской помощи женщинам в перименопаузе путем разработки и внедрения в практику метода психотерапевтической коррекции психоэмоциональных нарушений у пациентов данной категории.

### Материалы и методы исследования

Нами были исследованы давшие информированное согласие 48 пациентов в возрасте от 39 до 54 лет. Изначально женщины обратились за помощью в консультативный кабинет патологии климакса УЗ «ГГБ» и в дальнейшем были направлены врачом-акушером-гинекологом на прием к врачу-психотерапевту.

Критерии исключения: женщины с хирургической менопаузой, пациенты, принимающие фитотерапию.

Исследование проводилось в период с 2012 г. по 2014 г. У всех пациентов анализировались результаты обследований, подтверждающие отсутствие декомпенсированной соматической патологии.

Оценка уровня депрессии основывалась на данных клинического метода (высказываемых пациентами жалобах, данных анамнеза и опроса, результатах объективного обследования женщин и наблюдения за ними), которые подтверждались результатами шкалы депрессии Бека (Beck's Depression Inventory - BDI) [7, 8].

Исследование личностной и ситуативной тревожности осуществлялось при помощи опросника Спилбергера, адаптированного Ю.Л. Ханиным [6].

Степень тяжести течения климактерического синдрома оценивали с помощью метода расчета менопаузального индекса, известного в Республике Беларусь в модификации Уваровой Е.В, который в настоящее время носит название модифицированный менопаузальный индекс (ММИ) [2, 4, 9]. Статистическую обработку данных выполняли с использованием встроенных математических функций ПЭВМ. Количественные данные представлены в виде медианы (Me) и квартильного размаха (LQ - нижняя квартиль, UQ - верхняя квартиль). Для подтверждения гипотезы о наличии различий между данными нескольких

(>2) связанных выборок использовали критерий Фридмана, являющийся непараметрической альтернативой однофакторному дисперсионному анализу с повторными измерениями. Парно связанные данные сравнивали при помощи парного критерия Уилкоксона (Wilcoxon matched pairs test). Значимость различий двух независимых выборок определяли с помощью критерия Манна – Уитни (Mann – Whitney U – test). Для всех критериев и тестов величина критического уровня значимости принималась равной 0,05, т.е. различия признавались статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

### Результаты и обсуждение

С целью оценки результатов коррекции психоэмоциональных нарушений у женщин в перименопаузе все исследуемые случайным образом были распределены на две группы, которые значимо не различались между собой по возрасту и сроку отсутствия менструации (таблица №1).

1-я группа (n=24) – основная. Пациенты проходили комплексное лечение: медикаментозную терапию (менопаузальную гормональную терапию – МГТ – фемостон 1/10 ) и психотерапию.

2-я группа (n=24) – контрольная. Пациенты получали только медикаментозное лечение: МГТ – фемостон 1/10.

**Таблица 1.** – Характеристика исследуемой и контрольной групп по возрасту, сроку отсутствия менструации (Me (LQ-UQ))

Параметр	Основная группа n = 24	Контрольная группа n = 24
Возраст, г.	45,0 (43,0-51,0)	50,0 (39,8-52,8)
Последняя менструация, мес.	4,5 (1,3-20)	2,0 (1,0-5,8)

**Таблица 2.** – Сравнительная оценка динамики уровня депрессии по результатам шкалы Бека (Me (LQ-UQ))

Показатель	Исходно	Через 3 месяца	Через 12 месяцев	Фридман (p)	$P_{1-2}$	$P_{1-3}$	$P_{2-3}$
	1	2	3				
МГТ+ПТ (основная группа)	16,5 (15,0-23,5)	7,0 (5,0-8,8)	8,0 (4,2-11,5)	15,87 ( <b>&lt;0,001</b> )	<b>0,003</b>	<b>0,003</b>	0,131
МГТ (контрольная группа)	14,5 (10,8-18,5)	13,0 (9,0-19,0)	16,0 (10,2-22,5)	4,90 (0,087)	0,167	0,766	<b>0,026</b>
$P_{1-2}$	<b>0,174</b>	<b>0,007</b>	<b>0,010</b>				

**Таблица 3** — Сравнительная оценка динамики уровня реактивной тревожности по результатам шкалы Спилбергера-Ханина в группах исследования (Me (LQ-UQ))

Показатель	Исходно	Через 3 месяца	Через 12 месяцев	Фридман (p)	$P_{1-2}$	$P_{1-3}$	$P_{2-3}$
	1	2	3				
МГТ+ПТ (основная группа)	43,5 (38,5-49,8)	35,0 (29,5-36,0)	35,0 (30,0-39,5)	10,50 ( <b>0,005</b> )	<b>0,007</b>	<b>0,003</b>	0,222
МГТ (контрольная группа)	41,0 (36,2-48,2)	40,0 (37,0-49,0)	44,0 (39,8-52,2)	5,68 (0,058)	0,824	<b>0,021</b>	<b>0,036</b>
$P_{1-2}$	<b>0,524</b>	<b>0,011</b>	<b>0,002</b>				

Метод психотерапевтической коррекции психоэмоциональных нарушений у женщин в перименопаузе содержал в себе мультидисциплинарные последовательные этапы, включающие информационно-мотивирующий и психотерапевтический этапы работы. Терапевтическая эффективность различных способов лечения оценивалась сразу после проведения психотерапии (через 3 месяца) и через 9-12 месяцев по изменению структуры жалоб и симптомов проявления психоэмоциональных, нейровегетативных нарушений. По исходным показателям терапевтические группы были сопоставимы.

Согласно представленным данным, после проведенного лечения (через 3 месяца) отмечалась значимая редукция депрессии в основной группе от умеренной депрессии до показателя «отсутствие депрессивной симптоматики» (таблица 2). Практически такой же «уровень» отмечался и через 12 месяцев наблюдения. В контрольной группе, несмотря на незначительное снижение уровня депрессии через 3 месяца – легкая депрессия, наблюдалось увеличение депрессивных симптомов до уровня умеренной депрессии через один год приема МГТ. По литературным данным, применение эстрогенов может сопровождаться различными нарушениями психоэмоциональной сферы и функциональными расстройствами центральной нервной системы: депрессией, потерей инициативы, психической истощаемостью, а также головной болью и головокружением, т.е. теми изменениями, в связи с чем и назначалась МГТ [11].

Полученные данные динамики реактивной и личностной тревожности (РТ и ЛТ) по результатам шкалы Спилбергера-Ханина в исследуемых группах представлены в таблицах 3 и 4. Согласно представленным данным, после проведенного лечения только в основной группе произошло значимое снижение уровня реактивной тревожности, без тенденции к увеличению спустя 12 месяцев. В контрольной группе через 3 месяца приема МГТ статистически значимых различий показателя РТ не установлено. Следует отметить, что через 12 месяцев уровень РТ возрос, превышая даже исходные показатели. На всех этапах наблюдений в исследуемых группах уровень РТ соответствовал умеренной тревожности. Из таблицы 4 видно, что клинически значимое снижение ЛТ (через 3 месяца) отмечалось только в основной группе: от высокой тревожности до умеренной, которая сохранилась и через 12 месяцев наблюдения. В контрольной группе показатель ЛТ незначительно снизился ко 2 сроку наблюдений (от высокой до умеренной тревожности) и статистически значимо вырос до высокой тревожности к 3-му - через 12 месяцев. Полученные результаты подтверждаются литературными данными, в 84% случаев у пациентов с климактерическим синдромом до наступления климакса выявлялись характерологические особенности (чаще тревожная мнительность, сенситивность, ранимость, вспыльчивость, эмоциональная лабильность), которые на протяжении многих лет не мешали женщинам адаптироваться

ся, и только лишь с наступлением перименопаузы стали отчетливо проявляться в структуре болезненных расстройств [3].

**Таблица 4.** – Сравнительная оценка динамики уровня личностной тревожности по результатам шкалы Спилбергера-Ханина в группах исследования (Ме (LQ-UQ))

Показатель	Исходно	Через 3 месяца	Через 12 месяцев	Фридман (p)	P <sub>1-2</sub>	P <sub>1-3</sub>	P <sub>2-3</sub>
	1	2	3				
МГТ+ПГ (основная группа)	55,5 (52,0-56,8)	43,5 (39,0-48,2)	41,0 (36,2-47,0)	18,67 ( <i>&lt;0,001</i> )	0,002	0,002	0,324
МГТ (контрольная группа)	48,0 (43,8-59,2)	43,0 (40,0-48,0)	45,0 (40,8-52,0)	7,19 (0,027)	0,012	0,414	0,011
P <sub>1-2</sub>	0,093	0,951	0,105				

**Таблица 5.** – Сравнительная оценка динамики значений психоэмоционального компонента ММИ Куппермана в модификации Уваровой в группах исследования (Ме (LQ-UQ))

Показатель	Исходно	Через 3 месяца	Через 12 месяцев	Фридман (p)	P <sub>1-2</sub>	P <sub>1-3</sub>	P <sub>2-3</sub>
	1	2	3				
МГТ+ПГ (основная группа)	9,5 (7,2-11,8)	5,5 (3,3-7,0)	6,5 (3,2-7,0)	15,80 ( <i>&lt;0,001</i> )	0,002	0,003	0,059
МГТ (контрольная группа)	9,0 (6,0-11,8)	8,0 (6,0-11,0)	8,0 (7,0-12,5)	1,64 (0,441)	0,176	0,856	0,085
P <sub>1-2</sub>	0,728	0,030	0,003				

Через 3 месяца после терапии анализ нейровегетативного компонента ММИ показал статистически значимое снижение данного показателя до слабой степени тяжести у пациентов основной и контрольных групп по сравнению с исходными данными, когда этот компонент в обеих группах соответствовал средней степени тяжести. Медианные значения нейровегетативного компонента на втором сроке наблюдений достоверно не различались (p=0,072). Однако статистически значимая динамика установлена через 12 месяцев наблюдений (p=0,023), когда медианное значение нейровегетативного компонента в контрольной

### Литература

1. Зайдиева, Я.З. - Гормонпрофилактика и коррекция системных нарушений у женщин в перименопаузе. : дис. ... докт. мед. наук : 14.00.01/ Я. З. Зайдиева. - Москва, 1997. - 279 л.
2. Климактерический синдром : руководство по эндокринной гинекологии / Под ред. Е.М. Вихляевой - М.: Медицинское информационное агентство, 1997.- 650с.
3. Назарова, Н.А. Состояние психовегетативной и сексуальной сферы у женщин в перименопаузе : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.01 / Н. А. Назарова; РАМННЦАГиП. - М., 2000. – 26 с.
4. Сметник, В.П. Неоперативная гинекология: руководство для врачей / В.П. Сметник, Л.Г. Тумилович.- М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2005. – 632 с.
5. Смулевич, А.Б. Депрессии в общемедицинской практике. / А.Б. Смулевич.- М.: Издательство «Берег», 2000. - 160 с.
6. Ханин, Ю.Л. Краткое руководство к шкале реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера / Ю.Л. Ханин - Л., 1976. – 58 с.

ной группе возросло до средней степени тяжести, в то время как в основной оставалось на уровне слабой степени. Большинство авторов считает, что эффект МГТ

наиболее благоприятен в отношении вазомоторных симптомов [1], в то же время более 50% женщин контрольной группы отмечают усиление приливов на фоне различных стрессовых ситуаций, связанных с семейными, социо-культуральными факторами жизни. Решение этих вопросов с помощью применения МГТ не всегда представляется возможным и требует обязательного применения адекватных психотерапевтических методов лечения.

На всех сроках наблюдений в 2-х исследуемых группах метаболический компонент ММИ соответствовал слабой степени тяжести.

Через 3 месяца значения психоэмоционального компонента ММИ уменьшились у пациентов основной группы до слабой степени тяжести (p=0,003), в группе контроля не отмечено статистически значимой динамики данного показателя. Спустя 12 месяцев ММИ соответствовал слабой степени тяжести в обеих группах. Контрольная и основная группы различались по показателю психоэмоционального компонента ММИ на этапах наблюдения 3 и 12 месяцев: в группе пациентов, получавших комплексное лечение, медианы ММИ были достоверно ниже.

### Выводы

1. Проведение комплексного лечения с применением медикаментозной терапии (МГТ) и психотерапевтической программы положительно влияет на клиническое состояние пациентов, способствует улучшению психоэмоционального состояния, редукции выраженности аффективных расстройств, в том числе соматовегетативных проявлений.
2. Результаты клинического применения метода психотерапевтической коррекции психоэмоциональных нарушений у женщин в перименопаузе говорят о более высокой терапевтической эффективности при ее использовании, что оправдывает ее применение в практическом здравоохранении.

### Literatura

1. Zajdieva, Ja.Z. - Gormonoprofilaktika i korekcija sistemnyh narushenij u zhenshhin v perimenopauze. : dis. ... dokt. med. nauk : 14.00.01/ Ja. Z. Zajdieva. - Moskva, 1997. - 279 l.
2. Klimaktericheskiy sindrom : rukovodstvo po jendokrinnoj ginekologii / Pod red. E.M. Vihljaevoj - M.: Medicinskoje informacionnoe agentstvo, 1997.- 650s.
3. Nazarova, N.A. Sostojanie psihovegetativnoj i seksual'noj sfery u zhenshhin v perimenopauze : avtoref. dis. ... kand. med. nauk : 14.00.01 / N. A. Nazarova; RAMNNCAGiP. - M., 2000. – 26 s.
4. Smetnik, V.P. Neoperativnaja ginekologija: rukovodstvo dlja vrachej /V.P. Smetnik, L.G. Tumilovich.- M.: ООО «Medicinskoje informacionnoe agentstvo», 2005. – 632 s.
5. Smulevich, A.B. Depressii v obshhemedicinskoj praktike. / A.B. Smulevich.- M.: Izdatel'stvo «Bereg», 2000. - 160 s.
6. Hanin, Ju.L. Kratkoe rukovodstvo k shkale reaktivnoj i lichnostnoj trevozhnosti Ch.D. Spilbergera./ Ju.L. Hanin - L., 1976. – 58 s.
7. An inventory for Measuring Depression /A.T. Beck [et

7. An inventory for Measuring Depression /A.T. Beck [et al.] //Arch. Gen. Psych.- 1961.- Vol.4. - P. 52-58.
8. Beck, A.T. Assessment of depression: the depression inventory I /A.T. Beck, A. Beamesderfer // II Mod Probl. Pharmacopsych.- 1974.-Vol.7.-P.151-169.
9. Contemporary therapy of the menopausal syndrome / H. Kupperman [et al.] // J. Amer. Med. Ass. - 1959.- Vol. 171, №12. - P.1627-1636.
10. Haas, S, Symptoms of oestrogen deficiency./ S. Haas, I. Schiff // In: The Menopause. - Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1988. - P. 15-23.
11. Kessler, R.C. Prevalence, correlates, and course of minor depression and major depression in the National Comorbidity Survey / C. Kessler, S. Zhao, D.Blazer // J. Affect Dis. – 1997. - Vol..45. - P 19-20.
- al.] //Arch. Gen. Psych.- 1961.- Vol.4. - P. 52-58.
8. Beck, A.T. Assessment of depression: the depression inventory I /A.T. Beck, A. Beamesderfer // II Mod Probl. Pharmacopsych.- 1974.-Vol.7.-P.151-169.
9. Contemporary therapy of the menopausal syndrome / N. Kupperman [et al.] // J. Amer. Med. Ass. - 1959.- Vol. 171, №12. - P.1627-1636.
10. Haas, S, Symptoms of oestrogen deficiency./ S. Haas, I. Schiff // In: The Menopause. - Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1988. - P. 15-23.
11. Kessler, R.C. Prevalence, correlates, and course of minor depression and major depression in the National Comorbidity Survey / C. Kessler, S. Zhao, D.Blazer // J. Affect Dis. – 1997. - Vol..45. - P 19-20.

## RESULTS OF APPLICATION OF THE METHOD OF PSYCHOTHERAPEUTIC CORRECTION OF PSYCHOEMOTIONAL DISORDERS IN PERIMENOPAUSAL WOMEN

<sup>1</sup>Tabolina A.A., <sup>1</sup>Baikova I. A., <sup>2</sup>Elinskaya N. A.

<sup>1</sup>State Educational Institution "Belarusian Medical Academy of Post-Graduate Education", Minsk, Belarus

<sup>2</sup>Minsk City Gynecology Hospital, Minsk, Belarus

---

*Actuality of the study. Estrogen deficient states and various stressful factors in perimenopausal women are the cornerstone of development of mental disorders for which treatment application of methods of psychotherapy is important.*

*Aim of the study. Developing and introducing in practice the method of psychotherapeutic correction of psychoemotional disorders in perimenopausal women.*

*Results. Examination and treatment of 48 women included into 2 groups was conducted: in the first (main) group (n=24) the complex treatment including the menopausal hormonal therapy (MHT) and psychotherapy was carried out; the patients of the second group (control group) received (n=24) only MHT. The offered method of psychotherapy is rather effective which is statistically proved by reliable decrease in levels of depression (Beck's Depression Inventory - BDI), anxiety (State-Trait Anxiety Inventory –*

*STAI) and neurovegetative manifestations (modified menopausal Kupperman-Uvarova index) on its application. Positive dynamics of the above indicators was more expressed in patients of the main group, who received only medicinal therapy. The therapeutic effect of complex treatment was characterized by its persistence: it remained within a year after initiation of the treatment.*

**Key words:** perimenopause, psychotherapeutic correction, anxiety and depressive disorders.

---

Адрес для корреспонденции: e-mail: [medical-student@yandex.ru](mailto:medical-student@yandex.ru)

Поступила 13.05.2015