

УДК 159.922.616.692

РОЛЬ РАННЕГО ПСИХОТРАВМАТИЧНОГО ОПЫТА В ФОРМИРОВАНИИ НАРУШЕНИЙ В РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЕ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

Гришко А.А., старший преподаватель
кафедры психологии

*Национальный аэрокосмический университет имени Н.Е. Жуковского
«Харьковский авиационный институт»*

В статье рассматриваются вопросы влияния психологических факторов на возникновение и протекание ювенильных маточных кровотечений как наиболее распространенного заболевания, связанного с нарушениями в репродуктивной системе у девочек-подростков. По результатам исследования были сделаны выводы о патогенном воздействии раннего психотравмирующего опыта на личность девочек, что в свою очередь определяет его предрасполагающую роль в формировании заболеваний гинекологической сферы.

Ключевые слова: *репродуктивная система, ювенильные маточные кровотечения, пубертатный период, патогенез, ранний психотравматичный опыт, психосоматические нарушения.*

У статті розглядаються питання впливу психологічних факторів на виникнення й перебіг ювенільних маткових кровотеч як найбільш поширеного захворювання, що пов'язане з порушеннями репродуктивної системи дівчат-підлітків. За результатами дослідження були зроблені висновки щодо патогенного впливу раннього психотравмуючого досвіду у формуванні захворювань гінекологічної сфери.

Ключові слова: *репродуктивна функція, ювенільні маткові кровотечі, пубертатний період, патогенез, ранній психотравмуючий досвід, психосоматичні розлади.*

Grishko A.A. THE ROLE OF EARLY PSYCHOTRAUMATIC EXPERIENCE IN FORMATION OF VIOLATIONS IN THE REPRODUCTIVE SYSTEM OF ADOLESCENT GIRLS

The article deals with the influence of psychological factors on the occurrence and course of juvenile uterine bleeding as the most common disease associated with disorders of the reproductive system of adolescent girls. The study findings were made on the pathogenic effects of early traumatic experiences on the individual girls, which in turn determines its predisposing role in the formation of gynecological diseases.

Key words: *reproductive system, juvenile uterine bleeding, puberty, pathogenesis, early psychotraumatic experience, psychosomatic disorders.*

Постановка проблемы. Одними из основных форм нарушений репродуктивной системы в пубертатном возрасте являются функциональные расстройства менструального цикла, в частности ювенильные маточные кровотечения (далее – ЮМК), составляющие в структуре гинекологической заболеваемости детей и подростков более 25% [2, с. 191; 6, с. 4; 9, с. 97]. Указанные нарушения представляют собой эндокриннозависимые гинекологические заболевания, которые относятся, по мнению ряда авторов, к психосоматической патологии [4, с. 204; 7, с. 840; 9, с. 189]. Это свидетельствует о том, что в формировании указанных заболеваний задействовано психологическое звено, которое наряду с инфекционными и вирусными заболеваниями, патологией антенатального периода предрасполагает к заболеванию. Работы многих исследователей [2; 4–9] подтверждают данную гипотезу, подчеркивая нарастающую чувствительность репродуктивной системы в процессе полового созревания к психологическим факторам.

Анализ последних исследований и публикаций. В отечественных и зарубежных исследованиях, начиная с 90-х годов, интенсивно изучаются психосоматические и соматопсихические аспекты нарушений репродуктивного здоровья (Г. Брехман, 1990, 2000; В. Здравомислов, З. Анисимова, Е. Либих, 1994; В. Абрамченко, 2001; В. Брурман, 2002; И. Добряков, 2003; Г. Филиппова, 2002, 2011 и др.), связи личностных и эмоциональных особенностей, социально-психологических характеристик, внутрличностных конфликтов с нарушениями в репродуктивной системе (Р. Пепперел, 1986; Д. Пайнз, 1997; Д. Исаев, 2000; С. Левенец, Л. Куликова и др., 2000; В. Менделевич, 2001; Н. Малыш, 2004; Н. Аганезова, 2010; Н. Дементьева, 2011; М. Блох, 2012; В. Дынник, Т. Сулима, 2013 и др.).

Однако психопатологические аспекты нарушений в репродуктивной системе (в частности ЮМК) в подростковом возрасте практически не изучены. Только некоторые авторы попытались заполнить пробел в этой области. Так, по результатам исследований Ю. Крупко-Большовой,



С. Левенец, Л. Куликовой, В. Дынник [6, с. 3; 9, с. 190] в возникновении и рецидивировании ЮМК, как и ряда других нарушений в репродуктивной системе, значительную роль играют такие психологические факторы, как отсутствие гармонии в семейных отношениях, условия воспитания, трудности общения со сверстниками, напряжения при учебных перегрузках, что провоцирует появление гинекологического симптома у девочек-подростков. Результаты исследования Б. Микиртумова и С. Пукшанской [8, с. 87] указывают на то, что в структуре характера более чем 2/3 обследованных девочек-подростков с нарушениями в репродуктивной системе преобладают определенные типы акцентуаций (по классификации А. Личко) – лабильный, астено-невротический, сенситивный, психастенический и истероидный [8, с. 93]. При этом в исследовании А. Кочаряна и О. Московцевой [5, с. 69–70] были получены данные, которые не соотносятся с результатами этих исследований. Рассматривая феномен ЮМК, авторы в качестве преобладающих типов акцентуации у больных девочек-подростков выделяют эпилептоидный и истероидный. Кроме того, они отмечают несоответствие популяционным нормам показателей маскулинности и феминности в группах исследуемых девочек (Me=2,3; Fe=2,7) [3, с. 44–46; 5, с. 70]. А. Кочарян выдвинул гипотезу о том, что данные типы акцентуации и их роль в генезисе ЮМК могут быть объяснены полоролевой трансформацией. Н. Малыш [7, с. 842], выполнив исследование клинко-психологических характеристик и специфики семейного воспитания девочек-подростков с нарушениями в репродуктивной системе, пришла к выводам о том, что: а) девочки отличаются своеобразием факторной структуры личности, являясь более доминантными, с более развитым самоконтролем, но в то же время консервативнее и доверчивее, по сравнению со здоровыми девочками-подростками; б) для них характерно более интенсивное использование таких механизмов психологической защиты, как компенсация, регрессия и замещение, что увеличивает вероятность наличия внутриличностного конфликта и сложностей в психической адаптации; в) ими используются неконструктивные механизмы совладания со стрессом, в частности конфронтационный копинг и бегство-избегание; г) часто девочки воспринимают воспитательную практику матери как враждебную и непоследовательную, в то время как сами матери описывают свой стиль воспитания как опекаемый. Данное расхождение в оценке субъективного видения

процесса воспитания на наш взгляд может свидетельствовать о скрытом (неосознаваемом) конфликте в диаде мать-дочь.

Из вышесказанного очевидно, что изучению психопатогенных факторов, влияющих на формирование и сопровождение расстройств репродуктивной системы, в частности ЮМК, посвящены лишь отдельные исследования. Они являются фрагментарными и раскрывают специфику личности больной девочки, в меньшей степени касаясь ее прошлого опыта, который, возможно, позволил бы выделить патогенные механизмы влияния на функционирование репродуктивной системы. В этой связи становится актуальным исследование раннего психотравматического опыта девочек-подростков.

Постановка задания. Таким образом, целью нашего исследования стало изучение особенностей влияния раннего психотравматического опыта на личность девочек-подростков, страдающих ЮМК.

Изложение основного материала исследования. В работе использовался метод ранних воспоминаний W. Rule [10, с. 213–217]. При обработке данных использовался критерий углового преобразования Фишера.

Описание выборки. Исследование проводилось на базе гинекологического отделения Украинского научно-исследовательского института охраны здоровья детей и подростков, а также общеобразовательных школ г. Харькова. Выборку составили девочки-подростки 13–17 лет, страдающие ЮМК, а также контрольная группа здоровых девочек (далее – КГ). Вся выборка была разделена на две возрастные подгруппы – девочки 13–14,5 лет и 15–17 лет. Общее количество девочек, принявших участие в исследовании, – 199 человек.

Результаты исследования. При изучении раннего психотравматического опыта девочек-подростков мы опирались на концепцию Л. Бурбо [1, с. 5], утверждающая, что дети в своем развитии переживают четыре этапа: 1) познание радости существования, бытия самим собой; 2) страдание от того, что быть самим собой нельзя; 3) период кризиса, бунт; 4) чтобы избежать страданий, ребенок уступает и в конце концов строит из себя новую личность, соответствующую тому, чего хотят от него взрослые. Итак, на протяжении третьего и четвертого этапов люди создают в себе новые личности, маски – несколько масок, которые служат нам для защиты от боли, испытанной во втором этапе. Этим маскам всего пять, и соответствуют они пяти основным ранним травмам, которые приходится переживать человеку:

отвержения (маска беглеца), покинутости (маска зависимого), унижения (маска мазохиста), предательства (маска контролирующего), несправедливости (маска ригидного) [1, с. 8].

Полученные в процессе исследования данные свидетельствуют о том, что между девочками-подростками с ЮМК и здоровыми девочками первой возрастной группы наблюдаются значимые различия по многим параметрам ранних воспоминаний. По сравнению с КГ, у девочек, страдающих ЮМК, значимо высоки показатели по таким типам событий ранних воспоминаний, как разочарования и обиды, ситуации унижения, потребность в поддержке друга, открытая враждебность, проступки, кражи, переживание чувства вины и стыда. Кроме того, у девочек данной группы доминирует либо положительный, либо отрицательный эмоциональный фон воспоминаний, реже – амбивалентное отношение к ситуации воспоминания, и совершенно отсутствуют в воспоминаниях ситуации, которые были бы эмоционально нейтральны для девочек. Таким образом, имеет место безапелляционная градация на «хорошее» и «плохое» отношение ко мне: «любят-не любят», «принимают-отвергают». При этом отрицательные эмоции у девочек, страдающих ЮМК, при сравнении с КГ, в большей степени связаны с братьями, сестрами и представителями противоположного пола. Характер воспоминаний демонстрирует двойственную позицию девочек по отношению к окружающим: желание быть принятой и страх быть оставленной. Представленная картина ранних воспоминаний может быть охарактеризована как переживание девочками травмы покинутой. Л. Бурбо [1, с. 16] утверждает, что травма покинутой пробуждается в возрасте от 1 до 3 лет с родителем противоположного пола, когда отец мог быть слишком занят или замкнут и по ощущениям ребенка отдавал другому родителю всю власть. Таким образом, тот, кто носит в себе травму «покинутого», постоянно испытывает эмоциональный голод. Пытаясь скрыть от себя травму, человек создает маску «зависимого», который уверен, что ничего не может достичь сам, что ему необходима чья-то поддержка. Отсюда рождается бессознательная склонность становиться «жертвой», которая сама создает себе проблемы, в том числе и со здоровьем, чтобы привлечь к себе внимание. По утверждению Л. Бурбо: «Быть покинутым для него несравнимо больнее, чем переживать созданные им самим проблемы» [1, с. 21]. Человек с травмой «покинутого» часто стремится принять на себя

поддерживающую роль отца по отношению к своим братьям и сестрам или ищет случая спасти кого-то, но делается это с единственной целью – привлечь к себе внимание. При этом он ожидает получить восхищение и признание, а если его ожидания не оправдываются – психологически покидает данного человека, «вычеркивает из своей жизни». Именно такая тенденция по отношению к сиблингам наблюдается у девочек, страдающих ЮМК. Отмечающееся отрицательное отношение к противоположному можно объяснить обидой на отца, «покинувшего» девочку. По замечанию Л. Бурбо: «Пока мы будем злиться на родителя противоположного пола (даже бессознательно), до тех пор наши отношения с людьми того же пола (как и наш родитель) будут складываться трудно» [1, с. 22].

Печаль и одиночество становятся достаточно частыми переживаниями девочек, что заставляет их бессознательно отказываться от тех, кого хотелось бы видеть рядом с собой. Они не раскрываются, чтобы принять людей, – из страха, что будут преданы и покинуты ими. Как только отношения становятся более тесными, девочки ищут способ прекратить их: «Они обвиняют других, что те их оставляют, сами не замечая, как часто оставляют людей» [1, с. 21]. При этом могут использоваться весьма агрессивные формы поведения, что имеет место в группе девочек с ЮМК. Л. Бурбо [1, с. 28] отмечает, что наличие травмы покинутого часто сопровождается формированием *травмы предательства (маска контролирующего)*, что характерно для девочек с ЮМК. Данная травма пробуждается в возрасте от 2 до 4 лет и также связана с родителем противоположного пола. Травма покинутого развивается раньше, чем травма предательства: «Те, кто в детстве принял решение не видеть и не принимать свою зависимую часть (травма покинутого), развивает силу, необходимую для маскировки своей травмы покинутого. В этот период они начинают строить маску контролирующего» [1, с. 39]. Так, можно представить себе девочку, которая, чувствуя себя покинутой или не получая достаточного отцовского внимания, принимает решение всеми доступными ей средствами соблазнить родителя противоположного пола, чтобы привлечь к себе его внимание и, главное, обеспечить себе его поддержку. По замечанию Л. Бурбо [1, с. 40], чем настойчивее ребенок пытается контролировать родителя таким способом, тем сильнее его ожидания. Когда же последние не оправдываются, он переживает это как предательство. Как следствие, ребенок становится все более контролиру-



ющим, выстраивая себе мощный панцирь силы. Однако это порождает выраженный страх *отречения*. Такая тенденция характерна для девочек, страдающих ЮМК, что свидетельствует о наличии у них травмы предательства. При этом девочки сами не замечают, как отрекаются от других, не давая шанса тому, кто каким-то образом потерял их доверие. Но нельзя говорить о том, что данная позиция совершенно проходит мимо их сознания. На осознанный уровень она проецируется в виде переживания чувства вины и стыда, которое имеет место в воспоминаниях девочек с ЮМК. Л. Бурбо отмечает, что чувство вины и стыда является средством для того, чтобы осознать, что мы предаем себя или других людей [1, с. 43].

С учетом того, что неразрешенная травма покинутой и присоединенная к ней травма предательства с возрастом становится глубже, на поведенческом уровне, в модели взаимодействия с окружающими, в телесных характеристиках они приобретают более яркие проявления, что и наблюдается у девочек второй возрастной группы с ЮМК (15–17 лет). По сравнению с КГ, у них значительно больше воспоминаний, связанных с несчастными случаями, смертью близких, потерями, расставаниями, разочарованиями и обидами, ситуациями унижения, с проступками и кражами, совершаемыми ими. На фоне наличия примерно одинаковой частоты положительных воспоминаний, по сравнению с КГ у девочек с ЮМК преобладают воспоминания с отрицательным фоном. Примерно такую картину мы наблюдали при анализе первой возрастной группы страдающих ЮМК. Однако неприятные воспоминания теперь носят более трагичный характер, присутствует ощущение безысходности, которая нивелируется агрессией и/или антисоциальными поступками. Но при этом мы уже не наблюдаем выраженного чувства вины и стыда, которые были свойственны первой возрастной группе: девочки приняли мир как опасный, угрожающий, отталкивающий и освободили себя от ответственности за свое отношение к окружающим, пытаясь найти для себя наиболее оптимальные варианты «выживания». Приведем одно из воспоминаний, подтверждающее данное предположение: «Помню, как во 2-м классе один из мальчишек все время гонялся за девочками и то задирает платья, то дергал за волосы или мог толкнуть, пробегаю мимо. Меня это достало, и я подговорила девочек со своего двора и мы его здорово отдубасили. Больше он ни одну девочку в классе не трогал» (воспомина-

ние 8 лет). Девочка, написавшая воспоминание, убеждена в правильности и даже благородстве данного поступка. На самом деле обратная сторона такого поведения содержит ожидание быть неприязной, преданной, что и приводит к нивелированию данного страха с помощью агрессии: «Я отталкиваю вас сама».

Что касается отношения девочек второй возрастной группы с ЮМК к представителям противоположного пола, то, как и у КГ, у них довольно часто встречаются воспоминания, связанные с первой влюбленностью, вниманием со стороны противоположного пола, содержащие такие элементы сексуальной активности, как поцелуи, объятия, ласки. Однако у страдающих ЮМК отсутствует активное проявление интереса к противоположному полу. Наблюдается двойственное отношение: необходимость наличия его представителей, проявление интереса, внимания с их стороны, при одновременном дистанцировании и проявлении недоверия. Возникает ощущение, что девушкам проще рассматривать мужчин как некую функцию, дающую возможность удовлетворения их интересов, но ощущение ценности представителей мужского пола, их принятие как значимых личностей в жизни отсутствует. Такое положение вещей возвращает нас к анализу отношений девочек с отцом. При выявлении лиц, связанных с воспоминаниями отрицательного эмоционального фона, достоверно чаще всплывает фигура отца (по сравнению с КГ). Как указывалось выше, возникновение травмы покинутой и травмы предательства связано с родителем противоположного пола. По утверждению Л. Бурбо [1, с. 69], у девочек, страдающих данными травмами, эдипов комплекс не нашел своего нормального разрешения. Стремясь излечить травму покинутой, на эдипальной фазе девочка пытается сильнее привлечь к себе отца. Не получая ожидаемой реакции, у последней формируется травма предательства. В более позднем возрасте травмы покинутой и предательства находят свой отклик в сфере взаимоотношений с противоположным полом, формируя специфические модели взаимодействия с его представителями: во-первых, девушки всегда сравнивают своего партнера с отцом и всегда будут ожидать от него того, чего не получили от этого родителя; во-вторых, выстраивается особый тип отношений с представителями противоположного пола: молодой человек соблазняется, а после насыщения вниманием и заботой девушка (чаще бессознательно) находит средство для того, чтобы идея разрыва отношений первой пришла

в голову партнера, что, в свою очередь, не позволит обвинить ее в предательстве. Однако травмы могут быть настолько глубокими, что у девушек дружеские отношения с противоположным полом могут предпочитаться любовным.

Таким образом, полученные результаты позволяют определить стиль жизнедеятельности девочек как патогенный, предрасполагающий к заболеваниям, связанных с нарушениями менструальной функции в подростковом возрасте.

Выводы из проведенного исследования.

1. Для девочек, страдающих ЮМК, характерно переживание *травмы покинутой и травмы предательства*, формирование которых приходится на период раннего детства и связано с родителем противоположного пола. Попытки совладания с имеющимся психотравматичным опытом приводят к построению масок «зависимой» (нивелирующей чувство одиночества и одновременно обеспечивающей привлечение внимания к себе) и маски «контролирующей» (необходимой для маскировки травмы покинутой).

2. Следствием построения масок «зависимой» и «контролирующей» становится формирование специфического типа личности. Так, для больных девочек базовым становится чувство одиночества, ощущение постоянного эмоционального голода и, как следствие, усиливающееся желание привлечь к себе внимание (в особенности представителей противоположного пола, так как травмы связаны с отцом). Вместе с тем, из-за страха вновь быть покинутыми и преданными, на поведенческом уровне наблюдается отказ от окружения, который может носить асоциальный характер, или использование таких поведенческих форм, как провокации, манипуляция, контроль.

3. Формирование травм покинутой и предательства свидетельствуют о проблемном прохождении девочками эдипальной фазы. Психологически и/или физически покинутые своим отцом, они остаются с ним в неразрешенной тесной связке, что провоцирует формирование полоролевых

трансформаций и, как следствие, непринятие социально-нормативной женской половой роли. Такое положение вещей объясняет построение девочками неадекватных моделей взаимодействия с противоположным полом: «Привлекаю – покидаю» или «Провоцирую ситуацию предательства по отношению к себе».

Следует отметить, что полученные результаты совпадают с выводами А. Кочаряна о влиянии особенностей полоролевого развития на возникновение функциональных расстройств менструального цикла.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бурбо Л. Пять травм, которые мешают быть самим собой / Л. Бурбо. – К.: «София». – М.: «Гелиос», 2001. – 263 с.
2. Здравомыслов В. Функциональная женская сексопатология / В. Здравомыслов, З. Анисимова, С. Либих. – Пермь: ТОО фирма «Репринг», 1994. – 272 с.
3. Иванов И. Популяционные нормы для определяемых с помощью ПДО показателей акцентуаций характера у подростков / И. Иванов // Психологическая диагностика при нервно-психических и психосоматических заболеваниях. – Л.: Изд.-во Института им. В.М. Бехтерева, 1985. – С. 44–46.
4. Исаев Д. Психосоматические расстройства у детей: руководство для врачей / Д. Исаев. – СПб.: Питер, 2000. – 512 с.
5. Кочарян А. Личность и половая роль / А. Кочарян. – Харьков: «Основа», 1996. – 127 с.
6. Лікування дівчат-підлітків із порушеннями статевого розвитку і менструальної функції: Методичні рекомендації / Укл. С. Левенець, Л. Кулікова, В. Диннік та ін.; Український науково-дослідний інститут охорони здоров'я дітей та підлітків. – Х., 2003. – 32 с.
7. Малкина-Пых И. Психосоматика: Справочник практического психолога / И. Малкина-Пых. – М.: Изд-во Эксмо, 2005. – 992 с.
8. Микиртурмов Б. Клиническая психиатрия раннего детского возраста / Б. Микиртурмов, А. Кошавцева, С. Гречаный. – СПб.: Питер, 2003. – 256 с.
9. Патология развития девочек и девушек / Сост.: Ю. Крупко-Большова, А. Корнилова, А. Егоров и др. – Киев: Здоровье, 1990. – 232 с.
10. Сидоренко Е. Терапия и тренинг по Альфреду Адлеру / Е. Сидоренко. – СПб.: ООО Издательство «Речь», 2000. – 352 с.