

УДК 159.922.616.692

Ранние психические травмы и их влияние на личность девочек-подростков, страдающих нарушениями полового развития и менструальной функции

Гришко А.А.

Настоящая статья посвящена исследованию раннего психотравмирующего опыта девочек-подростков, страдающих нарушениями полового развития и менструальной функции. На основе экспериментального исследования выявлено его патогенное влияние на личность девочек, что в свою очередь определяет предрасполагающую роль ранних травм в формировании заболеваний гинекологической сферы. Сделанные выводы раскрывают новые аспекты в изучении психопатологических факторов, которые могут приводить к нарушениям репродуктивной функции.

Ключевые слова: репродуктивная функция, патогенез, ранний психотравматический опыт, психосоматические нарушения, ювенильные маточные кровотечения, синдром поликистозных яичников, половое развитие, пубертатный период.

Стаття присвячена вивченню раннього психотравмуючого досвіду дівчат-підлітків, що страждають порушеннями статевого розвитку та менструальної функції. На підставі експериментального дослідження виявлено його патогенний вплив на особистість дівчат, що у свою чергу визначає предраспонуючу роль ранніх травм у формуванні захворювань гінекологічної сфери.

Зроблені висновки розкривають нові аспекти у вивченні психопатологічних факторів, які можуть призводити до порушень репродуктивної функції.

Ключеві слова: репродуктивна функція, патогенез, ранній психотравмуючий досвід, психосоматичні розлади, ювенільні маткові кровотечі, синдром полікістозних яєчників, статевий розвиток, пубертатний період.

The given article concerns girls-teenagers' early traumatic experience who suffer with both sexual development disorder and menstrual function disorder.

On the basis of experimental research it is found out that its negative influence on girls' personality defines the significant role of early traumas in developing formation of gynecology deceases.

The made conclusions reveal new aspects in studying psychopathological factors that can cause reproductive function disorders.

Key words: reproductive function, pathogens, early traumatic experience, psychosomatic disorders, sexual development, puberty period, juvenile uterus haemorrhages.

Нарушение полового развития и менструальной функции у девочек-подростков представляют собой эндокринно-зависимые гинекологические заболевания, которые относятся к психосоматической патологии [4, 6]. Этот факт допускает возможность наличия в патогенезе указанных заболеваний психологического звена, который может выступать в роли фактора, предрасполагающего к заболеванию. Работы ряда исследователей [1, 5, 6, 7, 8] подтверждают данную гипотезу, подчеркивая нарастающую чувствительность репродуктивной системы в процессе полового созревания к психологическим факторам.

В этой связи становится актуальным исследование раннего психотравмирующего опыта девочек-подростков. В качестве одного из патогенных факторов, в период становления репродуктивной функции, он может предрасполагать развитие «специфического» типа личности и, как следствие, быть одной из причин возникновения разного рода заболеваний гинекологической сферы.

При изучении ранней травматизации девочек-подростков мы опирались на концепцию Л. Бурбо [3], которая утверждает, что дети 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. И так, на протяжении третьего и четвертого этапов люди создают в себе новые личности, маски – несколько масок, которые служат нам для защиты от боли, испытанной на 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). «Важность маски определяется глубиной травмы. Маска представляет соответствующий ей тип личности... Мы носим маску только тогда, когда хотим защитить себя...» [3, стр. 8].

Таким образом, целью нашего исследования являлось:

1. Проанализировать ранний психотравмирующий опыт девочек-подростков, страдающих нарушениями полового развития и менструальной функции.

2. Изучить особенности влияния раннего психотравмирующего опыта на личность девочек-подростков, страдающих нарушениями полового развития и менструальной функции.

При изучении раннего психотравмирующего опыта девочек-подростков, страдающих нарушениями полового развития и менструальной функции, и особенностей его влияния на их личность использовался метод ранних воспоминаний W.R. Rule [9]. При обработке данных был применен критерий углового преобразования Фишера.

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 ювенильными маточными кровотечениями (далее ЮМК), синдромом поликистозных яичников (далее СПКЯ) и задержкой полового развития (далее ЗПР), а также контрольная группа здоровых девочек (далее КГ). Общее количество девочек, принявших участие в исследовании - 386 человек.

Полученные данные свидетельствуют о том, что как между группами девочек-подростков страдающих ЮМК, ЗПР и СПКЯ, так и при сравнении их с КГ, наблюдаются значимые различия по многим элементам ранних воспоминаний. Проведем анализ результатов по каждому заболеванию.

У девочек, страдающих ЮМК значимо высоки показатели по следующим типам событий ранних воспоминаний: несчастные случаи; смерть близких; потери и расставания; разочарования и обиды; ситуации унижения; потребность в поддержке; открытая враждебность; проступки и кражи; переживание чувства вины и стыда. По сравнению с КГ у девочек с ЮМК преобладают воспоминания с отрицательным фоном, которые в большей степени связаны с сиблингами, отцом, представителями противоположного пола.

После тщательного анализа данных по ранним воспоминаниям, можно утверждать, что девочкам с ЮМК характерно переживание травмы покинутой (маска¹ - зависимого) и травмы предательства (маска – контролирующего). Л. Бурбо 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: [3, с. 11]. Пытаясь скрыть от себя травму, ребенок 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 и, по утверждению Л. Бурбо, в том числе и со здоровьем, чтобы привлечь к себе внимание [3].

Наличие травмы покинутого часто сопровождается формированием травмы предательства (маска – контролирующего). Данная травма пробуждается в возрасте от 2 до 4 лет и также связана с родителем противоположного пола [3]. 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» [3, с. 22]. Так можно представить себе ребенка, который чувствуя себя покинутым или не получая достаточного внимания, принимает решение всеми доступными ему средствами соблазнить родителя противоположного пола, чтобы привлечь к себе его внимание и, главное, обеспечить себе его поддержку. По замечанию Л. Бурбо [3], чем настойчивее ребенок пытается контролировать родителя таким способом, тем сильнее его ожидания. Когда же последние не оправдываются, он переживает это как предательство.

Интерес представляет отношение девочек с ЮМК к представителям противоположного пола. Как и у КГ девочек, у них довольно часто встречаются воспоминания связанные с первой влюбленностью, вниманием со стороны противоположного пола, содержащих такие элементы сексуальной активности как поцелуи, объятия, ласки. Однако, по сравнению со здоровыми девочками, у страдающих ЮМК отсутствует активное проявление интереса к противоположному полу. Таким образом, мы наблюдаем двойственное отношение к мужскому полу: необходимость его наличия и проявление интереса и внимания с их стороны, и одновременное дистанцирование противоположного пола, недоверие к его представителям. Возникает ощущение, что девушкам проще рассматривать мужчин как некую функцию, дающую возможность удовлетворения собственных интересов, но ощущения их ценности, их принятия как значимых личностей в жизни нет.

Что касается девочек с СПКЯ, то по сравнению с КГ у них наблюдается значимо больше воспоминаний связанных с несчастными случаями, потерями, расставаниями, смертью близких, разочарованиями, обидами, ситуациями унижения, переживанием чувства вины, стыда, заботой родных (которой, судя по содержанию воспоминаний, неоставало). При этом отрицательные события в воспоминаниях у девочек связаны с матерью, отчимом, представителями противоположного пола. Следует отметить, что наряду с этим, общее количество воспоминаний (связанных как с положительными, так и с отрицательными эмоциями), где присутствуют лица противоположного пола достаточно высоко. То есть имеет место факт – противоположный пол значим, ценен, но взаимодействие с ним «всегда завершается плачевно».

Анализ особенностей ранних воспоминаний приводит к выводу о наличии у девочек с СПКЯ трех сочетанных травм – отвергнутой, покинутой и униженной. Согласно Л. Бурбо, указанные травмы возникают одна за другой [3]. Травма отвергнутой является самой глубокой из всех травм и появляется первой на промежутке от момента зачатия до 1 года. Она переживается с родителем своего пола. Ребенок в данном случае чувствует себя ненужным, сомневается в своем праве на существование. Впоследствии это приводит к выработке маски «беглеца» - характер, развивающийся как средство уклонения от страданий отвергнутой - «не присутствовать, чтобы не страдать» [3, с. 6]. Однако следствием такой позиции становится желание быть замеченной, чтобы удостовериться в собственном существовании. С учетом того, что травма отвергнутой переживается с родителем своего пола, вполне естественным становится нелюбовь к матери, вплоть до ненависти и даже желания смерти. По замечанию Л. Бурбо «Для ненависти требуется очень много любви. Ненависть – это сильная, но разочарованная любовь» [3, с. 6]. Получив опыт отвержения во взаимоотношениях с матерью, девочка бессознательно стремится к отцу как субъекту, имеющему возможность защитить, не позволить другому родителю отвергать ее. Однако, вследствие либо редкого общения с отцом, либо его эмоциональной холодности и т.д., девочка делает печальный вывод о том, что отец оставляет ее наедине со своей болью, она ему не интересна. Формируется травма покинутой, рассмотренная нами выше. Боль покинутости заставляет девочку формировать еще одну маску – зависимой, которая защищает ее от повторения страданий. Кроме того, к указанным травмам у девочек, страдающих СПКЯ добавляется еще одна – травма униженной. Согласно Л. Бурбо [3] она возникает в возрасте от 1 до 3 лет, в момент, когда ребенок чувствует, что кто-то из родителей (у девочек чаще мать) стыдится его. От родителей ребенок чувствует себя униженным, недостойным даже на физическом уровне. На возникновение травмы униженной также влияют уже сформированные травмы отверженной и покинутой. Л. Бурбо отмечает: «Роль родителя одного с нами пола заключается в том, чтобы научить нас любить – любить себя и давать любовь. Родитель противоположного пола должен научить позволять любить себя и принимать любовь» [3, с. 18]. С учетом переживаемых травм отвергнутой и покинутой девочки не научаются ни тому, ни другому опыту, что приводит к неадекватным моделям взаимодействия с

окружающими.

Для девочек, страдающих ЗПР, характерны воспоминания, отражающие амбивалентное отношение к окружающему миру. С одной стороны, он представлен как наполненный ситуациями веселья и радости, получения новых интересных жизненных впечатлений, а с другой стороны – связан с негативными переживаниями, такими как смерть близких, потери и расставания, разочарования и обиды, открытая враждебность по отношению к окружающему. Следует также отметить отсутствие в воспоминаниях ситуаций, эмоционально нейтральных. Все происходящие события они воспринимают либо положительно, либо отрицательно, либо их отношение амбивалентно. Это свидетельствует об инфантилизации девочек с ЗПР, об отсутствии способности реально оценивать события, происходящие с ними и самостоятельно разрешать возникающие проблемные моменты.

Важным представляется тот факт, что, у девочек отсутствуют какие-либо воспоминания, отражающие их интерес к взаимоотношениям с противоположным полом. При этом отец является одной из наиболее важных фигур для девочек с ЗПР, так как он чаще, чем другие представлен в воспоминаниях (как положительных, так и отрицательных). По сути своей это объяснимо, так как еще в работах З. Фрейда [2] отец выступает во множестве ролей: отец как объект любви, восхищения и идентификации; как человек, осуществляющий физическую заботу; как могущественное или даже всемогущее богоподобное существо; как утешитель и защитник и т.д. Однако в воспоминаниях девочек, страдающих ЗПР, отец становится единственным (статистически значимым по сравнению с КГ) из всех персоналий, связанных с отрицательными событиями в воспоминаниях. Данный факт (как и общая картина воспоминаний) указывает на наличие у страдающих ЗПР травмы покинутой, которая уже была рассмотрена при анализе воспоминаний девочек с ЮМК и СПКЯ. Здесь также имеет место неадекватный выход из Эдиповой стадии. Испытывая постоянный эмоциональный голод, девочка остается в неразрешенной тесной связке с отцом, которая, судя по ранним воспоминаниям, может носить двойной характер. В первом случае девочка будет обожествлять отца. Он становится объектом восхищения, защитником. Боль покинутости, ощущение беспомощности в данном случае замещается уверенностью в величии отца, в том, что он единственный кто может защитить от опасности. Кроме того, может возникать желание стать впоследствии такой же как отец – сильной, смелой, решительной – комплекс вторичной маскулинности. Во втором случае отец выступает в роли агрессора. Девочка, идентифицируясь с отцом (с его силой, мужественностью, бесстрашием) одновременно вступает с ним в борьбу.

Выводы.

1. Для девочек, страдающих ЮМК, характерно переживание травмы покинутой и травмы предательства. Вследствие этих глубоких ранних травм базовым для девочек становится чувство одиночества. Вместе с тем, девочки бессознательно отказываются от тех, кого хотелось бы видеть рядом с собой. Это происходит из-за страха, что они будут преданы и покинуты ими. Отказ от окружения может приобретать весьма агрессивные формы вплоть до асоциального поведения - открытая враждебность, проступки, кражи. Такая модель поведения, в свою очередь, провоцирует ситуации, в которых девочки оказываются непринятными окружением. Таким образом, для девочек характерно двойственное отношение к окружающим – с одной стороны ожидание предательства и покинутости, с ответным желанием поступить по отношению к окружающим также; с другой стороны желание нивелировать страх одиночества с помощью зависимости, контроля, манипуляции, получения внимания.

Переживание травмы покинутой и травмы предательства формируют также неадекватные модели взаимоотношений девочек, страдающих ЮМК, с противоположным полом.

2. Для девочек, страдающих СПКЯ, характерно сочетание трех ранних травм - травмы отвергнутой, покинутой и униженной. Отвергнута родителем своего пола, покинута родителем противоположного пола, вследствие чего ребенок чувствует себя ненужным, недостойным, сомневается в своем праве на существование. Это, в свою очередь, провоцирует переживание унижения. Возрастающая на этом фоне враждебность по отношению к окружающим подавляется чувством вины и стыда за себя как «недостойную». В результате, компенсаторно у девочек с СПКЯ выраженным становится желание быть замеченной, оцененной по достоинству, принятой, чтобы удостовериться в собственном существовании. Таким образом, с одной стороны, девочки стремятся к другим в попытке заслужить их внимание и высокую оценку для себя, а с другой – из-за страха повторного переживания травм отталкивают от себя.

Как и в случае девочек с ЮМК у данной группы ранние травмы приводят к построению взаимоотношений с противоположным полом по дистанцированному типу. Но не «Привлекаю – покидаю» (как в случае с ЮМК), а «Ожидаю, что буду покинута и унижена» или изначально выбирается мужчина эмоционально холодный и недоступный.

3. Для девочек, страдающих ЗПР, характерно переживание травмы покинутой. Самый большой страх, который они при этом испытывают – это страх одиночества. Не в состоянии самостоятельно справиться с чувством одиночества девочки буквально цепляются за других и делают все, чтобы завоевать их внимание. Им кажется, что если они сумеют привлечь внимание, то и смогут рассчитывать на поддержку других. Но девочки могут впасть в другую крайность – удаляться, оставлять человека, разрывая отношения. Такая форма поведения диктуется страхом возможности нового переживания травмы покинутой.

Из приведенных данных видно, что все больные переживают травму покинутости, связанную с отцом. Как и страдающие ЮМК и СПКЯ, девочки с ЗПР психологически (и/или физически) покинутые своим отцом остаются с ним в неразрешенной тесной связке. Однако если травма покинутой у девочек с ЮМК и СПКЯ приводит к построению дисгармоничных взаимоотношений с противоположным полом (как проекция травматических отношений с отцом), то у девочек с ЗПР она провоцирует уход из пространства «мужчина-женщина». Отец для них изначально представлен либо в роли всемогущего защитника, либо в роли агрессора.

И в том, и в другом случае неразрешенная тесная связка приводит к идентификации девочки с отцом, и, как следствие, формированию вторичной маскулинности.

Таким образом, в каждой из групп наблюдается «специфический» тип личности (со своими проявлениями, в частности особенностями взаимоотношений с противоположным полом), который с одной стороны защищает от переживания боли, вызванной ранним психотравмирующим опытом, а с другой стороны, в полной мере может становиться одним из факторов, способствующим возникновению и течению указанных выше нарушений репродуктивной функции в подростковом возрасте.

Литература.

1. Абульханова-Славская К.А. Стратегия жизни. - М.: Мысль, 1991. - 299 с.
2. Берлингейм Д. Доздиповы отношения между отцом и ребенком // Журнал практической психологии и психоанализа. - Ежеквартальный научно-практический журнал электронных публикаций: Институт практической психологии, психоанализа, 2006. – Вып. 2.
3. Бурбо Л. Пять травм, которые мешают быть самим собой. – К.: «София». – М.: «Гелиос», 2001. – 263 с.
4. Здравомислов В.И., Анисимова З.Е., Либих Е.С. Функциональная женская сексопатология. – Пермь: ТОО фирма «Репринг», 1994. – 272 с.
5. Исаев Д.Н. Психосоматические расстройства у детей. – СПб: «Питер»,
6. Крупко-Большова Ю.О., Корнилова А.И., Егоров О.С., Большова Е.В., Куликова Л.Ф. и др. Патология полового развития девочек и девушек. – Киев: “Здоровье”, 1990. – 232 с.
7. Некрасов С.Н., Возилкин И.В. Жизненные сценарии женщин. - Свердловск: Изд-во Урал. Ун-та, 1991,- 168 с.
8. Свядощ А.М. Психотерапия: пособие для врачей. – СПб: Питер, 2000. – 288 с.
9. Сидоренко Е. Терапия и тренинг по Альфреду Адлеру. – СПб.: ООО Изд-во «Речь», 2000. – 352 с.