

ОСОБЕННОСТИ ВОСПРИЯТИЯ БОЛЕЗНИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ РЕПРОДУКТИВНОЙ СФЕРЫ

Ш.А. Еганян

Исследованы особенности восприятия болезни у девочек-подростков с расстройствами репродуктивной сферы. Проведён сравнительный анализ эмоциональной сферы девочек-подростков с репродуктивными расстройствами и здоровых девочек-подростков. Установлено, что для больных девочек характерно наличие различных эмоциональных нарушений, выраженные соматические жалобы, дистресс, преувеличение тяжести симптомов заболевания и нарушенная система отношений.

Ключевые слова: девочки-подростки, особенности восприятия болезни, эмоциональная сфера, расстройства репродуктивной сферы, кисты яичников, сальпингоофорит.

В настоящее время вопросы репродуктивного здоровья населения, в целом, и подрастающего поколения, в частности, рассматриваются не только в медицинской сфере, но и в междисциплинарных областях.

Состояние репродуктивного здоровья подростков является одной из наиболее обсуждаемых тем не только специалистами, но и широкой общественностью. Официальная статистика свидетельствует о наличии неблагоприятных тенденций в состоянии репродуктивного здоровья девочек в большинстве регионов страны: распространённость патологии репродуктивной системы у девочек-подростков составляет 120 случаев на 1000 человек, т. е. каждая восьмая – девятая девочка страдает тем или иным гинекологическим заболеванием или нарушением полового развития. За последние 10 лет удельный вес абсолютно здоровых девочек в популяции снизился с 28,6 до 6,3 % (6).

К наиболее частым формам гинекологической патологии в пубертатном периоде относятся: дисрегуляторно-дисгормональные и воспалительные заболевания. Увеличение распространенности гинекологических заболеваний в подростковом возрасте связано с интенсивной перестройкой организма, нача-

лом половой жизни и нарастанием психосоциальной дезадаптации [1, 9].

Исследований, посвящённых клинико-психологическим аспектам оказания гинекологической помощи подросткам чрезвычайно мало не только в нашей стране [1–3], но и за рубежом [7–9].

Изучение клинико-психологических характеристик девочек-подростков с расстройствами репродуктивной сферы позволит усовершенствовать оказание им медицинской и психологической помощи. Для повышения эффективности медико-психологических мероприятий необходимо проведение более тщательных исследований особенностей восприятия болезни у девочек, т. е. субъективной картины заболевания. Как известно, на эффективность процесса лечения оказывает влияние не только качество реабилитационных мероприятий, но и отношение субъекта к своему заболеванию, отношение к себе в условиях болезни, его активная или пассивная жизненная позиция, особенности системы значимых отношений и эмоциональное состояние субъекта заболевания [4, 5]. Выявление данных характеристик даёт возможность осуществить комплексную помощь по охране репродуктивного здоровья молодёжи в рамках терапев-

тического сообщества, включающей участие как врачей-гинекологов, так и психотерапевтов, клинических психологов и педагогов.

Цель исследования

Изучить особенности восприятия болезни и особенности эмоциональной сферы девочек-подростков с расстройствами репродуктивной сферы.

Задачи исследования

1. Исследовать состояние эмоциональной сферы девочек-подростков с расстройствами репродуктивной сферы.

2. Изучить особенности системы отношений у девочек-подростков с данными расстройствами.

3. Исследовать особенности восприятия болезни у девочек-подростков с расстройствами репродуктивной сферы.

4. Выявить взаимосвязи особенностей восприятия болезни с эмоциональными характеристиками и особенностями системы отношений девочек-подростков.

Гипотеза исследования

Субъективное восприятие болезни у девочек-подростков с расстройствами репродуктивной сферы взаимосвязано с негативными характеристиками эмоциональной сферы и с особенностями системы отношений.

Организация исследования

В исследовании приняло участие 220 человек, из которых 150 составили основную группу (девочки-подростки с кистами яичников и с сальпингофоритом, в возрасте от 14 до 16 лет) и 70 человек – контрольную группу (девочки-подростки без гинекологических расстройств, в возрасте от 14 до 16 лет). Все девочки обследовались в условиях гинекологического стационара, в который они были госпитализированы в связи с острым течением заболевания.

Экспериментальными базами исследования являлись детская инфекционная больница им. Н.Ф. Филатова № 5, отделение детской гинекологии; лицей № 299 Фрунзенского района г. Санкт-Петербурга.

Предмет исследования

Эмоциональная сфера, система отношений и особенности восприятия болезни у девочек-подростков с расстройствами репродуктивной сферы.

Психодиагностические методы исследования

– Методика оценки ситуативной и личностной тревожности Ч. Спилбергера, адаптированная Ю.Л. Ханиным.

– Методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний В. Зунга, адаптированная Т.Н. Балашовой.

– Тест-опросник «Агрессивности и враждебности» А. Buss, А. Durkey.

– Метод цветочных выборов М. Люшера (МЦВ), адаптированный В.И. Тимофеевым и Ю.И. Филимоненко.

– Методика «Незаконченные предложения» Д. Сакса и С. Леви.

– Опросник выраженности психопатологической симптоматики R.L. Derogatis (SCL-90-R), стандартизованный Н.В. Тарабриной.

– рисунок «Я и болезнь» (Г.В. Бурковский, Р.Б. Хайкин, М.Е. Бурно).

Математико-статистические методы исследования

Проводились анализы первичных статистических показателей, межгрупповых различий (U-критерий Манна-Уитни), применялись корреляционный анализ по методу Спирмена, множественный регрессионный анализ. Математико-статистическая обработка осуществлялась с помощью пакета статистических программ SPSS for Windows (версия 13.0).

Результаты исследования

Девочки с кистами яичников и девочки с сальпингофоритом имеют сходную структуру эмоциональной сферы, системы отношений и восприятия болезни. Отсутствие существенных отличий позволило объединить данных больных в единую группу для проведения исследования.

Изучение особенностей эмоциональной сферы девочек-подростков с расстройствами репродуктивной сферы показало, что для них характерен комплекс эмоциональных нарушений, они демонстрируют значительно более выраженные в сравнении со здоровыми девочками ($p < 0,05$, здесь и далее – по U-критерию) показатели ситуативной тревожности (методика оценки ситуативной и личностной тревожности Ч. Спилбергера), при исследовании по Опроснику выраженности психопатологической симптоматики R.L. Derogatis обнаруживают фобическую и межличностную тревожность ($p < 0,05$), высокий уровень враждебности ($p < 0,05$), более высокое чувство подавленности ($p < 0,05$) – при исследовании по методике дифференциальной диагностики депрессивных состояний В. Зунга, более выраженное чувство вины ($p < 0,05$) и страхов ($p < 0,05$) – при исследовании по методике «Незаконченные предложения».

Следовательно, девочкам основной груп-

пы свойственно чувство личностной неполноценности, самоосуждения; беспокойство, заметный дискомфорт, возникающий в процессе межличностного взаимодействия, снижение интереса к жизни, недостаток мотивации, чувство безнадежности; проявление раздражительности, гнева и негодования. Комплекс вышеуказанных свойств является предрасполагающим условием для развития эмоционального напряжения, может привести к достаточно серьёзным сложностям в психической адаптации больных и к тяжёлым внутриличностным переживаниям, что, в свою очередь, может негативно отразиться на соматическом состоянии девочек, отяготить течение болезни, обостряя симптомы болезни и замедляя процесс выздоровления.

Исследование системы отношений девочек-подростков с расстройствами репродуктивной сферы с помощью методики «Незаконченные предложения» выявило, что для них характерны некоторые негативные характеристики системы отношений: они демонстрируют отрицательное отношение к отцу ($p < 0,05$ по U-критерию), к семье ($p < 0,05$), к мужчинам ($p < 0,05$), также отмечается негативное отношение к прошлому ($p < 0,05$). Необходимо отметить, что в своих ответах все вышеуказанные отношения девочки напрямую или косвенно связывали с ситуацией заболевания: «Думаю, что мой отец осудит меня за раннее начало сексуальных отношений», «Считаю, что большинство мужчин только пользуются нами», «Моей самой большой ошибкой было попасть сюда». При описании прошлого девочки чаще используют отрицательные дескрипторы, в основном прошлое связано для них с плохими воспоминаниями. При описании будущего они также используют отрицательные характеристики (несмотря на отсутствие статистически достоверных различий с контрольной группой). Будущее представляется «туманным», «мрачным», «бесперспективным». Представления девочек о себе, о своём прошлом и будущем пронизаны мыслями о болезни, что сопровождается самообвинительными реакциями.

Как известно, нарушение системы отношений личности может являться источником невроза [4]. По В.Н. Мясищеву невроз – глубокое личностное расстройство, возникающее вследствие нарушений системы отношений личности.

Изучение особенностей восприятия болезни у девочек с расстройствами репродук-

тивной сферы с помощью Опросника выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R) показало, что для таких девочек более характерны выраженные соматические жалобы ($p < 0,05$ по U-критерию), что свидетельствует о наличии у них нарушений вследствие дистресса, возникающего на фоне телесной дисфункции (телесного дискомфорта). Также у них имеются обсессивно-компульсивные симптомы ($p < 0,05$), отражающих наличие мыслей, импульсов и действий, переживаемых как непреодолимые и чуждые «Я»; выделены паранойяльные симптомы ($p < 0,05$) – враждебность, подозрительность, страх потери независимости; отмечаются элементы психотического характера ($p < 0,05$) – замкнутость, избегание, изолированность. Такие девочки проявляют тенденцию к преувеличению тяжести симптомов заболевания ($p < 0,05$), у них отмечается выраженный симптоматический дистресс ($p < 0,05$), ощущение непреодолимости заболевания и чрезмерное эмоциональное напряжение.

Качественный анализ рисунка «Я и болезнь» показал, что девочки основной группы демонстрируют негативное отношение к болезни, к медицинскому персоналу и, в целом, к госпитализации. Ситуация болезни для них связана с болью и страхами, отрицательными переживаниями и страданием. Об этом свидетельствуют такие детали в рисунках, как шприцы, капельницы, изображение врача со спины, негативный образ больницы, слёзы, печальное выражение лица и т. д. Часто девочки изображали себя лежащими в постели в одиомерной палате, что свидетельствует о пассивности и депрессивном настрое, и ставит под сомнение наличие желания преодолеть болезнь. В рисунках присутствует фиксация в области больного органа, отмечается соотношение «Я меньше болезни», что свидетельствует о доминировании депрессивного фона субъективного восприятия болезни.

Полученные данные позволяют сделать вывод о том, что восприятие болезни у девочек-подростков не является гармоничной, болезнь становится центральным звеном в социальной ситуации развития. Подобное отношение к болезни является дезадаптивным и характеризуется как своеобразное проявление невротизированности, что утяжеляет течение болезни и ухудшает качество жизни девочек, страдающих гинекологическим заболеванием. Таким образом, заболевание и госпитализация в целом оказывают мощное стрессовое

воздействие на состояние эмоциональной сферы девочек.

Корреляционный анализ показал, что особенности восприятия болезни имеют тесные взаимосвязи с негативными характеристиками эмоциональной сферы и системы отношений: соматические жалобы ($r_s=0,362$; $p<0,01$), индекс тяжести симптомов заболевания ($r_s=0,313$; $p<0,01$) и паранойяльные симптомы ($r_s=0,404$; $p<0,01$) имеют тесные положительные взаимосвязи с подозрительностью. Следовательно, чрезмерная мнительность и концентрация на симптомах заболевания способствуют усилению симптоматики. Симптоматический дистресс положительно коррелирует с уровнем депрессии ($r_s=0,315$; $p<0,01$), с ситуативной тревожностью ($r_s=0,308$; $p<0,01$), с раздражением ($r_s=0,427$; $p<0,01$) и отрицательно коррелирует с компенсацией ($r_s=-0,317$; $p<0,01$) и отношением к друзьям ($r_s=-0,444$; $p<0,01$). Иными словами, переживанию дистресса способствует наличие высокого уровня ситуативной тревожности, раздражения, депрессии, что сопровождается ухудшением отношений к друзьям и низким уровнем компенсаторных возможностей.

У здоровых девочек особенности соматических проявлений взаимосвязаны с различными характеристиками агрессивности ($p<0,01$), что сочетается с высокими компенсаторными возможностями организма ($r_s=0,312$; $p<0,01$). Следовательно, у здоровых девочек возможные соматические недомогания обусловлены спецификой данного возраста. У девочек с расстройствами репродуктивной сферы особенности восприятия болезни взаимосвязаны с комплексом эмоциональных переживаний и тревогой, обусловленными значимыми параметрами системы отношений.

Данные регрессионного анализа показывают:

а) на индекс тяжести симптомов (субъективная картина заболевания) оказывают негативное воздействие наличие подозрительности, повышение субъективной значимости будущего, напряжение физических и психических ресурсов;

б) на выраженность симптоматического дистресса оказывают негативное воздействие наличие тревожности, значимость отношений с противоположным полом и значимость будущего.

Полученные значения коэффициента множественной корреляции показали, что 54 % дисперсии переменной определяется сово-

купным воздействием представленных параметров.

Таким образом, субъективное восприятие болезни у девочек взаимосвязано с негативными характеристиками эмоциональной сферы и особенностями системы отношений. При этом состояние эмоциональной сферы и системы значимых отношений девочек определяет специфику субъективного восприятия болезни. В то же время именно данные сферы оказываются под негативным воздействием заболевания и должны являться непосредственным объектом воздействий в комплексном лечении девочек с репродуктивными нарушениями.

Полученные результаты могут являться основой для проведения психокоррекционных и психотерапевтических мероприятий в процессе комплексного лечения данных больных. Необходимость значительного расширения психологических исследований в области подростковой гинекологии имеет непосредственное отношение к выполнению важной задачи по обеспечению полноценного развития подрастающего поколения.

Литература

1. Куликов, А.М. *Здоровье девушек: Соматические и репродуктивные аспекты: учеб. пособие для врачей-слушателей* / А.М. Куликов, П.Н. Кротин. – СПб., 2000 – С. 56.
2. Малыш, Н.Д. *Клинико-психологические характеристики и специфика семейного воспитания девочек-подростков с нарушениями в репродуктивной системе: автореф. дис. ... канд. психол. наук* / Н.Д. Малыш. – СПб., 2004. – 22 с.
3. Микиртумов, Б.Е. *Нервно-психические нарушения при функциональных расстройствах менструального цикла в пубертатном возрасте: автореф. дис. ... д-ра мед. наук* / Б.Е. Микиртумов. – Л., 1988. – 38 с.
4. Мясичев, В.Н. *Психология отношений* / В.Н. Мясичев; под ред. А.А. Бодалева. – Воронеж: Изд-во НПО «МОДЭК», 2003. – 356 с.
5. Тхостов, А.Ш. *Психология телесности* / А.Ш. Тхостов. – М.: Смысл, 2002. – 287 с.
6. Уварова, Е.В. *Репродуктивное здоровье детей и подростков* / Е.В. Уварова // *Научно-практический журнал*. – Изд-во «ГЭОТАР-МЕДИА». 2008. – № 6. – С. 16–18.
7. Abraham, S.F. *The challenges of adolescence* / S.F. Abraham // *Handbook of psychosomatic obstetrics and gynecology*. – Amsterdam: Elsevier, 1983. – P. 23.

8. Muravski, B.J. *Psychosomatic aspects of gynecological disorders: seven psychoanalytic case studies* / B.J. Muravski. – Harvard University Press, 1969. – P. 118.

9. Dungal, G. *Menstrual Disorders In Adolescents* / G. Dungal // *The Internet Journal of Gynecology and Obstetrics*. – 2005. – Vol. 4, № 1.

Поступила в редакцию 14 января 2011 г.

Еганян Шушаник Арамовна. Аспирант кафедры клинической психологии, Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия; shushanna25@mail.ru

Shushanik A. Yeganyan. The post-graduate student of department Clinical Psychology of the St.-Petersburg State Pediatric Medical Academy; shushanna25@mail.ru