

*Л.Ф. Можейко*

## **КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С РЕПРОДУКТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ**

В работе представлены данные исследований клинико-психологических особенностей личности девочек-подростков с репродуктивными нарушениями. Показано, что у девочек-подростков с репродуктивными нарушениями в сравнении со здоровыми сверстницами в 2,5 раза чаще отмечена склонность к девиантному поведению. В формировании психологической системы адаптации ведущая роль принадлежит семейному фактору.

**Ключевые слова:** репродуктивные нарушения, девочки-подростки, акцентуации характера, дисадаптация личности, семейный фактор.

The work presents data of the studies of the clinical and psychological specific features of personality in female-adolescents with reproductive disturbances. It is shown that in female-adolescents with reproductive disturbances, in comparison with healthy controls, the tendency towards the deviant behavior is noted 2,5 times more frequently. In the formation of the psychological system of adaptation the leading role belongs to a family factor. Key words:reproductive disturbances, female-adolescents, the emphasis of nature, the disadaptation of personality, family factor

Подростковый период – сложный этап в жизни ребенка, сочетающий в себе не только становление репродуктивной системы, но и формирование личности в целом. Факт влияния гормонального и психологического аспектов друг на друга неоспорим. С учетом вышесказанного изучение клинико-психологических особенностей у девочек-подростков с репродуктивными нарушениями актуально, так как позволит усовершенствовать оказание им медицинской помощи. Подростковый возраст – переломный, критический [2, 5]. Л.С. Выготский указывал на существование трех видов созревания: органического, полового и социального. В настоящее время наблюдается расхождение этих видов во времени. Сначала отмечается половое созревание, затем органическое и только спустя некоторое время – социальное. Подростковый период – переходный между детством с его полной зависимостью от старших и взрослым возрастом со способностью к самостоятельной жизни, включая воспроизведение и воспитание потомства. Крайне сложный, интегральный характер пубертатного периода определяется не только бурными морфофизиологическими изменениями, но и коренной перестройкой психической сферы, уровня сознания. Именно психика в пубертатный период наиболее ранима. Это определяется переходным характером ее развития, подросток внутренне уже не удовлетворяется пассивной ролью опекаемого

ребенка, но взрослое окружение постоянно напоминает о его социальной незрелости и экономической зависимости. Ст. Холл, которого называют отцом психологии переходного возраста, недаром назвал этот период временем «бури и натиска». Если не знать психологических особенностей юношества, трудно понять мотивацию некоторых их поступков, в частности раннего начала половой жизни.

Личностные особенности подростков включают в себя понятие акцентуация характера. Акцентуация характера, по мнению Н.В. Васильевой (1997), настолько выраженная черта характера, что в нестандартных ситуациях при воздействии на «места наименьшего сопротивления», характерные для данной акцентуации, могут возникать транзиторные аффективные реакции и обратимая дезадаптация в виде «расстройства адаптации».

Основоположник понятия акцентуация К. Леонгард полагал, что около 50% населения обладает акцентуацией. По данным отечественных авторов, различные типы акцентуаций характера наблюдаются у подавляющего большинства граждан (более 90%) [4]. Акцентуации характера отличаются от расстройств личности отсутствием признаков социальной дезадаптации, а также тем, что проявляются при предъявлении повышенных требований к «месту наименьшего сопротивления» в характере данной личности [3]. Применительно к подростковому возрасту выделяют 11 типов акцентуаций характера, большинство из которых имеют свои аналоги в группе личностных расстройств: гипертимный, циклоидный, лабильный, сенситивный, астенический, шизоидный, эпилептоидный, истероидный, неустойчивый, психастенический, конформный. Одни авторы в генезе девиантного поведения определяют ведущими типами акцентуаций характера гипертимный и эпилептоидный, другие указывают на большую значимость степени психопатизации личности, а не типа акцентуации характера [3, 5].

#### Материал и методы

С целью выяснения клинико-психологических особенностей личности обследовано 48 девочек-подростков с репродуктивными нарушениями. Группу сравнения составили 17 здоровых школьниц.

В основную группу и группу сравнения не вошли подростки, у которых нарушения поведения сопровождались психотическими расстройствами, умственной отсталостью, эпилепсией, а также больные девочки с органическими психическими расстройствами. Оценка типов акцентуации характера и сопряженных с ними личностных особенностей проводилась с помощью патохарактерологического диагностического опросника для подростков [4].

#### Результаты и обсуждение

Сравнительный анализ типов акцентуаций характера у девочек подросткового возраста представлен на рис. 1.

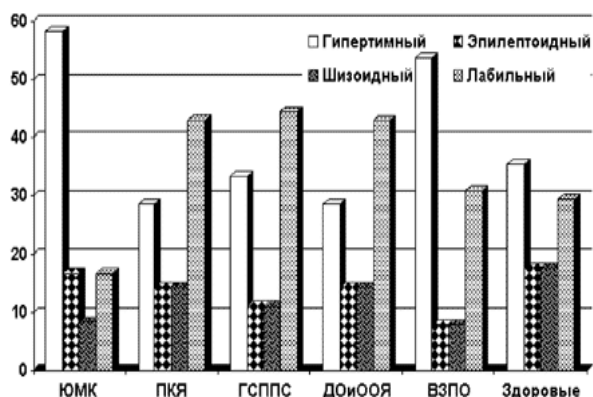


Рис. 1. Типы акцентуаций характера у девочек-подростков с репродуктивными нарушениями (%)

Исследования показали, что личностные особенности у девочек-подростков с репродуктивными нарушениями не имеют однонаправленной тенденции. У каждой нозологической формы есть свои внутригрупповые особенности.

Так, у девочек с ЮМК и ВЗПО преобладает гипертимный тип акцентуаций (58,3% и 53,9% соответственно,  $P < 0,001$ ) по сравнению с контрольной группой (35,4%). В чертах характера этих девочек преобладает активная жизненная позиция: они жизнерадостны, энергичны, непостоянны и непоседливы. Однако установлено, что в общении с ними неприемлема авторитарность при обсуждении вопросов, касающихся их личного здоровья и сексуального поведения, что, естественно, затрудняет контакт на уровне «врач-пациент» и неблагоприятно сказывается как на решении личных проблем, так и на эффективности лечения.

У больных с ПКЯ, ГСППС, а также с ДО и ООЯ частота встречаемости этого типа акцентуации находилась в пределах, характерных для здоровых девушек (28,6%; 33,3%; 28,6% соответственно, в контроле 35,4%). В то же время именно среди этих групп больных подростков преобладал лабильный тип акцентуаций характера ( $P < 0,05$ ), для которого характерны резкие колебания в поведенческих реакциях: от высокого жизненного тонуса до субдепрессии. Исследования показали, что в период сниженного настроения, когда преобладали тревожный и депрессивный синдромы, большинство подростков (82,4%) нуждались в моральной поддержке. Оказалось, что девочки с этим типом личности были доступны к психологическому контакту и в трудные периоды жизни, и во время болезни. Следовательно, такие девушки могут быть подвержены психологическому воздействию, способному вывести их из субдепрессивного состояния. С ними следует проводить беседы с ориентацией на активную жизненную позицию. Это тем более важно, так как все больные этих 3-х групп находятся в тесном контакте с врачом в течение продолжительного времени, нередко подвергаясь инвазивным методам в процессе диагностики и лечения, что часто усугубляет их депрессию. Поэтому в процессе лечения такие девочки нуждаются в постоянной психологической поддержке как со стороны врача, так и родителей с целью формирования у них оптимистического отношения к

жизни, болезни, своему состоянию и будущему.

Что касается других типов акцентуаций характера (шизоидный эпилептоидный), то их частота была одинаковой во всех 3-х группах и достоверно не отличалась от контрольной ( $14\pm 3,4\%$  при ГСППС;  $11\pm 3,7\%$  при ПКЯ;  $14\pm 4,1\%$  при ДО и ООЯ против  $17\pm 3,8\%$  в группе контроля). Нами также была проведена сравнительная оценка сопряженных с акцентуациями личностных особенностей у обследованных девочек-подростков, страдающих репродуктивными расстройствами, по сравнению со здоровыми. Результаты сравнительного анализа представлены на рис. 2.

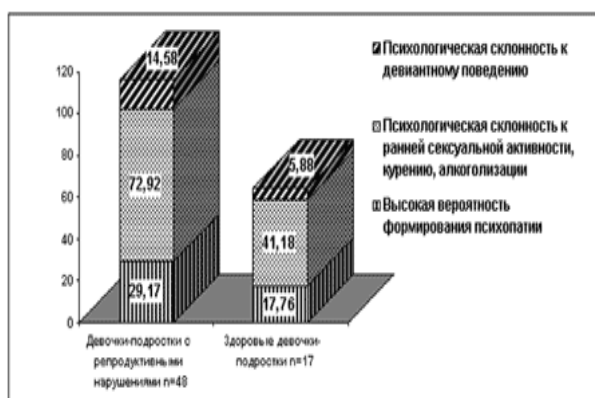


Рис. 2. Оценка сопряженных с акцентуациями личностных особенностей у девочек-подростков (%)

Как видно, у подростков с репродуктивными нарушениями по сравнению со здоровыми девочками достоверно чаще ( $P<0,001$ ) отмечена склонность к дезадаптации личности. Так, вероятность формирования психопатий у девочек с нарушениями становления репродуктивной системы по сравнению с контрольной группой сверстниц увеличивается в 1,6 раза ( $P<0,001$ ), склонность к ранней сексуальной активности, курению и употреблению алкоголя возрастает в 1,8 раза ( $P<0,001$ ) и в 2,5 раза увеличивается вероятность девиантного поведения ( $P<0,001$ ). Таким образом, согласно нашим исследованиям, у подростков в периоде становления репродуктивной системы имеет значение не только тип акцентуации характера, но и выраженность личностной дисфункции, влияющей на степень адаптации девочек-подростков в социальной среде (на школьном, семейном уровне и в группе сверстников). По нашим данным девочки-подростки с репродуктивными нарушениями составляют группу риска по формированию девиантных форм поведения. Они нуждаются в постоянном наблюдении не только гинеколога, но и психотерапевта с целью проведения своевременной психокоррекции, что благоприятно будет сказываться на процессе лечения и реабилитации основного заболевания.

Среди социальных факторов, обуславливающих формирование у подростков нарушений поведения, значительное место отводится семье. По степени значимости для формирования общественно опасных тенденций нами выделено три уровня семейной дезадаптации: неполная семья или передача детей на воспитание; конфликты между родителями и в связи с

этим нарушение воспитательной функции семьи; семья с асоциальной или антисоциальной сферой.

По нашим данным,  $32,3 \pm 2,5\%$  ( $P < 0,001$ ) подростков с репродуктивными нарушениями (против  $6,8 \pm 2,5\%$  здоровых девочек) проживали в неполных семьях. У  $2,3 \pm 1,2\%$  обследованных имела место алкогольная зависимость матери (в контрольной группе этот показатель составил  $0,7 \pm 0,5\%$ ); у  $5,7 \pm 2,4\%$  больных девушек отмечена алкогольная зависимость отца или отчима (против  $2,4 \pm 1,3\%$  в контроле);  $7,9 \pm 0,2\%$  ( $P < 0,05$ ) подростков воспитывались бабушками (в контрольной группе –  $3,2 \pm 0,6\%$ ). Следствие неблагоприятной семейной обстановки – развитие у большинства подростков с репродуктивными расстройствами ( $68,9 \pm 0,4\%$ ,  $P < 0,001$ ) хронической психотравмирующей ситуации. В таких семьях наследуется искаженная система отношений между ее членами, что приводит, по-видимому, к накоплению внутри- и межличностных проблем у девочек, формированию психически незрелой личности, прибегающей к девиантному поведению как суррогату межличностных взаимодействий.

Имеет значение характер взаимоотношений между родителями и детьми и влияние родителей на эмоции детей, их отношение к людям. Значительная часть детей, у которых впоследствии развиваются поведенческие нарушения, обнаруживают дезорганизованные формы привязанности. Такое поведение – реакция на недостаток внимания, воспитание в страхе и противоречивое воспитание.

Учитывая, что ведущая роль в формировании психологической системы адаптации принадлежит семейному фактору, нами оценивались взаимоотношения девочки-подростка со своей матерью. Исследование восприятия девочек-подростков с расстройствами репродуктивной функции воспитательной практики матери проводилось с помощью опросника «Подростки о родителях», адаптированного в институте им. В.М. Бехтерева [1], а исследование особенностей восприятия матерями своего стиля воспитания проводилось с помощью опросника «Анализ семейных взаимоотношений и причин его нарушений» [6].

В результате исследований проявлялись как объективный фактор – действительное отношение и воспитательная практика матери, так и субъективный фактор – впечатление, которое сложилось у девочки об отношении к ней матери и методах ее воспитания. Результаты тестирования имеют весьма существенное значение для родителей, которые часто недостаточно информированы о том, какое влияние на детей оказывает их стиль воспитания.

В результате проведенных исследований установлено, что девочки-подростки с репродуктивными нарушениями приписывают воспитательной практике своей матери такие качества, как непоследовательность ( $62,7 \pm 0,7\%$ ,  $P < 0,001$ ) и враждебность ( $37,1 \pm 0,4\%$ ,  $P < 0,001$ ). Именно эти показатели опросника «Подростки о родителях» достоверно чаще выделялись в качестве ведущих. В контрольной группе на непоследовательность матери указывали

35,9±0,2% девушек, на враждебность – 3,2±0,5%.

Враждебность матерей к их дочерям-подросткам описывается как подозрительное отношение к семейной среде и дистанция по отношению к ее членам, в частности к детям. Подозрительность и отказ от социальных норм приводит их, как правило, к отгороженности и возвышению себя над остальными. Одним девочкам (51,5±2,2%) враждебность матерей представляется агрессивностью, властностью и негативизмом, другим (48,5±2,7%) – высокомерием, отвержением и нежеланием понять ребенка. В любом случае данная воспитательная практика не способствует доверительным, теплым и дружеским отношениям между матерью и дочерью. Отсутствие контакта и взаимопонимания с мамой формирует у дочери недоверчивое, а порой и враждебное отношение к другим, неприятие себя и своего тела, восприятие себя ущербной из-за своего заболевания. В связи со всеми отмеченными факторами у девочек-подростков с репродуктивными нарушениями формируется неуверенность в себе, т.е. искаженное самосознание. Под непоследовательностью воспитательной практики со стороны матери в большинстве случаев девочки как основной (83,4±2,3%), так и контрольной группы (76,4±1,8%) понимают резкую смену стилей и воспитательных приемов, представляющую собой переход от очень строгого к либеральному и, наоборот, переход от психологического принятия дочери к ее эмоциональному отвержению вне зависимости от того, что та сделала или не сделала. Высокая амплитуда колебаний взаимоотношений между матерью и дочерью не способствует налаживанию их взаимопонимания. На этом фоне появляются реакции протеста, поиск авторитетов и самоутверждение в асоциальной сфере.

В изучаемых семьях в качестве психологической причины отклонений семейного воспитания в 62,9±11,3% случаев ( $P < 0,001$ ) нами зафиксирована воспитательная неуверенность матери. В контрольной группе этот показатель составил 11,3±4,2%.

Важно отметить, что в своих исследованиях нами не обнаружено взаимосвязи между характеристиками восприятия воспитательной практики матери, какой она представляется их дочерям, и восприятием этих отношений самой матерью. Если девочки-подростки видят воспитательную практику своих матерей как непоследовательную и враждебную, то сами матери оценивают свой стиль воспитания как неуверенный, но в целом опекающий (78,6±2,3%) и любящий (98,4±1,4%). Эти серьезные семейные противоречия говорят о наличии серьезной опасности развития нарушений социальной и психологической адаптации у детей, воспитывающихся в условиях семьи, где существуют подобные тенденции в воспитательной практике. Мы полагаем, что приведение прежде всего лечащим врачом мнений, оценок и взглядов матери и дочери к общему знаменателю будет являться первостепенной основой психологической помощи семье и окажет позитивное влияние на характер и течение патологического процесса у ребенка. Таким образом, наши исследования свидетельствуют о наличии

серьезных личностных и семейных проблем у девочек-подростков, страдающих репродуктивными нарушениями, которые усугубляют психологическое состояние и болезнь, отрицательно влияют на общение девушки с лечащим врачом, что сказывается на процессе лечения и реабилитации основного заболевания. Это предъявляет особые требования к подростковому гинекологу, который должен хорошо ориентироваться в диагностике и лечении не только гинекологической патологии, но и владеть основами психологического анализа, чтобы своевременно провести профилактику психопрофилактических расстройств адаптации при нарушениях репродуктивной функции, что позитивно скажется на лечении и реабилитации подростков с репродуктивными нарушениями и в целом позволит улучшить качество жизни девушек подросткового возраста.

#### **Выводы**

1. Детским и подростковым гинекологам чрезвычайно важно учитывать особенности личности девочек-подростков. Это возможно при условии постоянного повышения знаний по этой проблеме.
2. Девочки-подростки с репродуктивными нарушениями составляют группу риска по формированию девиантного поведения. Они нуждаются в постоянном наблюдении не только гинеколога, но и психотерапевта с целью проведения своевременной психологической коррекции.
3. Ведущая роль в формировании психологической системы адаптации у девочек-подростков принадлежит доверительным отношениям в семье и, прежде всего, взаимопониманию между матерью и дочерью.

#### **Литература**

1. Вассерман Л.И., Дюк В.А., Иовлев Б.В., Червинская К.Р. Психологическая диагностика и новые информационные технологии. – СПб.: Изд-во ООО “СЛП”, 1997. – 203 с.
2. Гурвич И.Н. Социальная психология здоровья. – СПб.: Изд-во Санкт-Петербургского университета, 1999. – 1023 с.
3. Емельянцева Т.А. Медико-психологический аспект девиантного поведения у подростков // Здоровоохранение. – 2000. – 7. – С. 31–33.
4. Иванов Н.Я., Личко А.Е. Патохарактерологический диагностический опросник для подростков. Методика исследования. – СПб., 1992. – 36 с.
5. Кулаков С.А. Психопрофилактика и психотерапия в средней школе. – СПб., 1996. – 63 с.
6. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В. Психология и психотерапия семьи. – СПб.: Изд-во “Питер”, 1999. – 656 с.