

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ СТУДентОК С РАЗЛИЧНЫМ СОСТОЯНИЕМ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

В статье описываются особенности общей (факторной) структуры личности девушек с различным состоянием репродуктивной системы. Показаны особенности личностного профиля студенток с функциональными и органическими расстройствами, однако, вне зависимости от формы нарушений, у девушек с патологией репродуктивной системы отмечается высокий уровень невротизации по сравнению со здоровыми студентками.

Состояние репродуктивного здоровья подростков в настоящее время является одной из немногих тем, наиболее обсуждаемых не только среди специалистов, но и широкой общественностью. Причина – в сохраняющейся неблагоприятной демографической ситуации в России. При этом снижение рождаемости в медицинских исследованиях обосновывают не только социальными причинами, но и низкими репродуктивными возможностями современных юношей и девушек. В России каждая восьмая-девятая девочка страдает тем или иным гинекологическим заболеванием или нарушением полового развития. Согласно данным статистических отчетов детских гинекологов хронические заболевания органов репродуктивной системы выявляются у каждой третьей-четвертой девочки, начинающей обучение в школе, и у 75% девушек, достигших совершеннолетия. Доля абсолютно здоровых девочек снизилась за 10 лет с 28,6 до 6,3%.

Основным резервом воспроизводства трудового и интеллектуального потенциала российского населения является студенчество, поэтому вопросы репродуктивного поведения лиц данной категории, а также непосредственное состояние репродуктивного здоровья девушек-студенток являются предметом многочисленных исследований.

Известно, что здоровье человека находится во взаимосвязи с психическими процессами, однако функция репродуктивной системы имеет более тесные и специфические взаимоотношения с психоэмоциональным состоянием. Это подтверждается рядом исследований, посвященных психосоциальным подходам в коррекции проблем репродуктивного здоровья [4, 5, 6, 7, 11].

У девушек с различными формами нарушений овариально-менструального цикла, по

данным Б.Е. Микиртумова [7], отмечаются акцентированные черты характера, преимущественно лабильного, астенического, невротического, сенситивного и психоастенического типов по А.Е. Личко. При всем различии характерологических черт у этих лиц отмечались общие особенности эмоционального фона – повышенная возбудимость, раздражительность, лабильность, тревожность и сенситивность. Эти результаты коррелировали с данными исследования по методикам Спилбергера – Ханина, Люшера и Айзенка, выявившими у девушек повышенный уровень тревожности, эмоциональной и вегетативной лабильности. В большинстве исследований было отмечено, что уровень тревожности и эмоциональный фон являются интегративными показателями адаптации студентов к новым условиям.

В течение последних двух десятилетий была изучена взаимосвязь стресса и расстройств репродуктивной системы. Многочисленные работы показывают, что в большинстве случаев стресс, острый или хронический, является причиной гинекологических заболеваний [2, 10].

Одним из существенных факторов, усугубляющих реализацию детородной функции в 17-20-летнем возрасте, является психо-эмоциональный стресс. В условиях изменения социальной среды (первые годы обучения в вузе) стресс может быть в большей мере не приспособительным, а избирательным, разрушительным, приводящим к повышению эмоционального напряжения. При отсутствии навыков продуктивного поведенческого выхода такое состояние часто приводит к невротизации личности, не к увеличению адаптационных возможностей, а к их снижению, провоцирующим функциональные нарушения менструального цикла и подтверждающим их психосоматическую природу [3, 9].

В связи с вышесказанным особую важность приобретают вопросы психогигиены периода окончательного становления репродуктивной системы девушек в условиях адаптации к вузу, а также своевременной психопрофилактики возможных нарушений.

С целью изучения возможного влияния психологических факторов на работу репродуктивной системы в период адаптации к новым условиям обучения нами проводилось изучение общей (факторной) структуры личности девушек-студенток первого курса с нарушениями в репродуктивной системе и без таковых.

Обследование проводилось с помощью 12-факторного личностного опросника FPI (модификация широко известных в прикладной психологии методик 16 PF, MMPI, EPU). Шкалы опросника сформированы на основе результатов факторного анализа и отражают совокупность взаимосвязанных свойств личности, а именно: 1 – невротичность, 2 – спонтанная агрессивность, 3 – депрессивность, 4 – раздражительность, 5 – общительность, 6 – уравновешенность, 7 – реактивная агрессивность, 8 – застенчивость, 9 – открытость, 10 – экстраверсия-интроверсия, 11 – эмоциональная лабильность, 12 – маскулинизм-феминизм. Первые девять шкал являются основными, 10-12 – производными, интегрирующими. Эта методика предназначена для диагностики состояний и свойств личности, которые имеют первостепенное зна-

чение для процесса социальной адаптации и регуляции поведения. Оценка полученных результатов проводилась на основании стандартизированных средних (4-6) баллов, а также выделения высоких (7-9) и низких (1-3) значений показателей с последующим построением графика профиля личности обследуемых. Число респондентов составляло 115. Все испытуемые были студентами первого курса ГОУ ОГУ гуманитарных, экономических и технических специальностей, средний возраст составил 18,3 лет. На основании осмотра гинеколога девушки были распределены на три группы: здоровые (n=42), студентки с признаками функциональных нарушений в репродуктивной системе без морфологических изменений в гениталиях (n=38) и девушки с признаками функциональных и морфологических изменений в репродуктивной системе – органическая патология (n=35). В каждой группе респонденток проводился суммарный подсчет средних, высоких и низких значений по двенадцати шкалам опросника FPI, с последующим переводом в относительные показатели для проведения сравнительного анализа.

По относительным величинам нами был выстроен усредненный личностный профиль девушек трех обследованных групп (рис. 1)

Сравнение трех полученных профилей показало, что максимальное количество средних значений (условная психологическая норма) по 12 шкалам представлено у здоровых девушек, минимальное – у студенток с функциональными нарушениями репродуктивной системы. Особого внимания заслуживает профиль девушек третьей группы, где количество средних значений по шкалам спонтанная агрессивность, раздражительность, уравновешенность, экстра-интровертированность превышает показатели здоровых студенток и девушек с функциональными отклонениями репродуктивной сферы. Высокое количество относительных значений по вышеуказан-

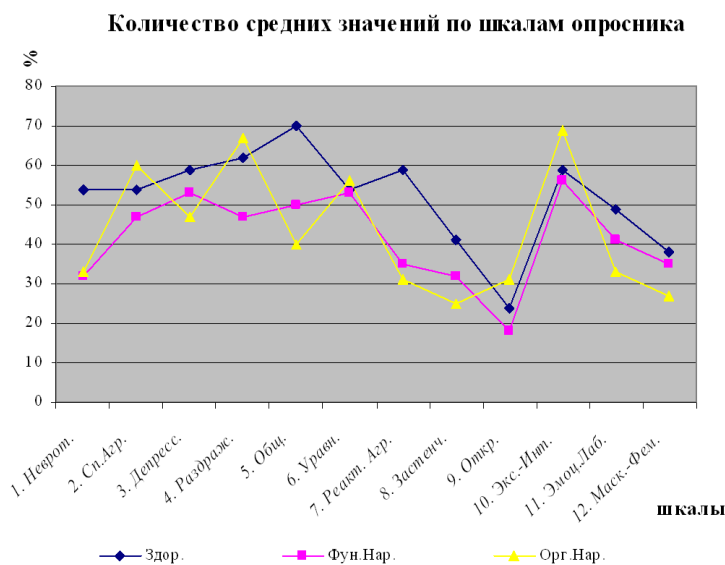


Рисунок 1. Факторная структура личности девушек с различным состоянием репродуктивного здоровья

ным шкалам может говорить о том, что девушки данной группы гораздо более адаптированы к стресс-факторам социальной среды, однако у этих же студенток отмечаются самые низкие значения средних баллов по шкалам депрессивности, общительности, реактивной агрессивности, застенчивости, эмоциональной лабильности и маскулинности-фемининности (см. рис. 1).

Анализ высоких и низких значений факторов позволил выявить типичные особенности студенток трех испытуемых групп и сформулировать психологический «портрет» девушек с различным состоянием репродуктивной системы (см. рис. 2 и рис. 3).

Полученные данные свидетельствуют о том, что девушки, уже имеющие к данному возрасту сформировавшиеся нарушения репродуктивной системы, достаточно адаптированы к воздействию стресс-факторов социума, а также отличаются высокой общительностью, что говорит о выраженной потребности в общении и постоянной готовности к удовлетворению этой потребности. В то же время девушек данной группы отличает от других студенток более высокий уровень невротизации (см. рис. 2), депрессивности и эмоциональной лабильности. Эти данные могут говорить о том, что у девушек данной группы превалирует астенизация и уже сформировавшиеся психосоматические нарушения. Высокие оценки по шкале эмоциональная лабильность свидетельствуют о возможной неустойчивости эмоционального состояния, частых колебаниях настроения, недостаточной саморегуляции.

Наши результаты подтверждают мнение ученых – основоположников психосоматической медицины о личностных особенностях психосоматических больных. Работами Ф. Александера [1], Л.И. Вассерман [4], Э. Эйдемиллера [10] было показано, что психосоматические больные часто недостаточно включены в реальную ситуацию, не способны выразить свои чувства и управлять ими, а подавленные тенденции приводят к хронической дисфункции внутренних органов, в нашем случае – репродуктивной системы.

Высокое количество низких оценок по шкалам реактивная агрессивность, экстра-интровертированность, маскулинность-феминизм говорит о полном отсутствии агрессивного отношения девушек данной группы по отношению к

социальному окружению и лидерских мотиваций, а также большей в сравнении с другими студентками интровертированности и превалировании женского типа мышления в характере.

Личностный профиль студенток второй группы (имеющих только функциональные расстройства репродуктивной системы) значительно отличается от описанных выше девушек. У них достоверно выше уровень спонтанной

Количество высоких оценок по 12-факторному опроснику

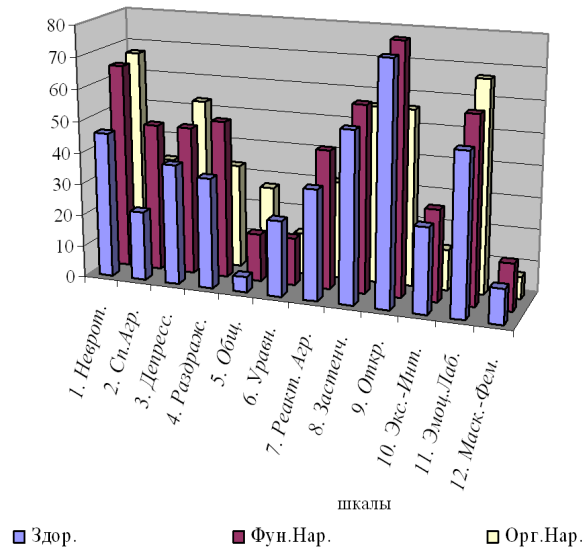


Рисунок 2. Сравнительная характеристика высоких значений по 12-ти шкалам в группах

Количество низких оценок по 12-факторному опроснику

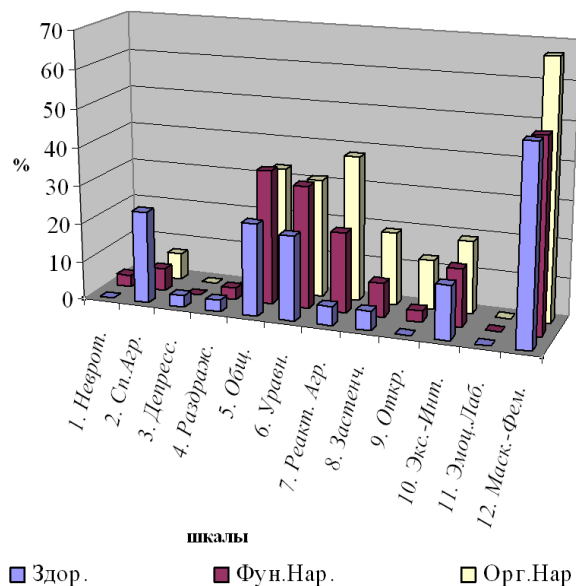


Рисунок 3. Сравнительная характеристика низких значений по 12 шкалам в группах

агрессивности по сравнению с девушками третьей группы (абсолютное среднее значение этого показателя в группе – $5,9 \pm 0,35$ наряду с $4,9 \pm 0,31$, $p < 0,05$). Кроме того, отмечены более высокие относительные значения по шкалам раздражительности, реактивной агрессивности, экстравертированности и маскулинности (см. рис. 2). Анализ этих шкал позволяет сделать предположение о том, что данные студентки чаще склонны к импульсному поведению, аффективному реагированию, высокому уровню психопатизации, характеризующемуся агрессивным отношением к социальному окружению и выраженным стремлением к доминированию, преобладанию мужского типа мышления. Все вышеописанные личностные качества также

приводят к неустойчивому эмоциональному и психическому состоянию, поэтому у девушек данной группы, так же как и у студенток с органической патологией, повышен уровень невротизации (см. рис. 2), что может быть причиной психосоматической патологии.

Таким образом, в нашей работе показаны особенности общей структуры личности девушек с различным состоянием репродуктивной системы. Это требует более дифференцированного подхода к ранней диагностике как функциональных, так и органических нарушений в репродуктивной функции подростков, а также разработки методов индивидуальной психологической коррекции указанных расстройств и активного их включения в комплекс реабилитационных мероприятий.

Список использованной литературы:

1. Александр Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. – М.: Эксмо, 2002.
2. Богданова Е.А. Классификация аменореи у девушек // Акушерство и гинекология. – 1983, №7. – С. 13-16.
3. Бодров В.А. Психологический стресс: развитие учения и современное состояние проблемы. – М.: ИТРАН, 1995.
4. Вассерман Л.И. и др. О психологической диагностике типов отношения к болезни // Психологическая диагностика отношения к болезни. – Л., 1990. – С. 8-16.
5. Гуркин Ю.А. Гинекология подростков: Руководство для врачей. – СПб.: Фолиант, 1998. – 553 с.
6. Кон И.С. Введение в сексологию. – М.: Медицина, 1998. – 320 с.
7. Микиртумов Б.Е. Нервно-психические нарушения при функциональных расстройствах менструального цикла в пубертатном возрасте: Автореф. дисс. ...докт. мед. наук. – Л., 1988. – 39 с.
8. Реан А.А. Психология изучения личности: Учеб. пособие. – СПб., Изд-во Михайлова В.А., 1999. – 288 с.
9. Чайка В.К., Матыцина Л.А. Диагностика и коррекция нарушений репродуктивной системы у детей и подростков. – Донецк, 2000. – С. 9-11, 21-25, 48-53.
10. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В. Семейная психотерапия. Л., 1990.
11. Юрьев В.К. Некоторые методологические проблемы медико-социальной оценки репродуктивного здоровья девочек // Актуальные вопросы детской и подростковой гинекологии: Материалы и тезисы докладов III Всероссийской научно-практической конференции. – СПб., 1998. – С. 22-24.