

VLOGA PSIHOLOŠKIH DEJAVNIKOV PRI MENSTRUALNIH BOLEČINAH

Maša Karpljuk

KLJUČNE BESEDE: menstrualne bolečine, psihosomatika, študentke

KEYWORDS: menstrual pain, psychosomatics, female students

POVZETEK

Pričujoči prispevek predstavlja del raziskave, ki obravnava psihološke vidike menstruacije ter menstrualnih bolečin.

Avtorica ugotavlja nekatere psihološke značilnosti študentk z bolečinami pri menstruaciji. Preverjala je razlike med tremi skupinami študentk, ki jih je razvrstila glede na pogostost pojavljanja bolečin ter intenzivnost menstrualnih bolečin.

Rezultati kažejo, da imajo študentke z bolečinami slabši odnos do menstruacije. Tudi njihove matere imajo v povprečju slabši odnos do menstruacije ter v večjem številu bolečine med menstruacijo.

Študentke z bolečinami pri menstruaciji imajo slabšo telesno samopodobo, njihovi notranji emocionalni odzivi so intenzivnejši ter v večji meri uporabljajo razcep kot obrambni mehanizem.

Iz rezultatov sledi, da obstajajo razlike v psiholoških značilnostih med študentkami z bolečinami pri menstruaciji ter študentkami brez bolečin. Na podlagi tega avtorica meni, da imajo tudi psihološki dejavniki pomembno vlogo pri pojavljanju bolečin med menstruacijo.

ABSTRACT

The paper represents findings of one part of the research, which investigates the psychological aspects of menstruation and menstrual pain.

The author explores some psychological characteristics of female students who experience pain during menstruation. Three groups of students were examined, which vary in frequency and intensity of menstrual pain.

The results show that the students who experience menstrual pain have more negative attitude towards menstruation. Also their mothers have more negative attitude towards menstruation and more of them experience pain during menstruation. Students who suffer menstrual pain have more negative attitude towards their bodies, are more emotional responsive and more often use splitting as a defensive mechanism.

The obtained findings prove that differences in psychological characteristics between students with and without menstrual pain do exist. The suggestion is that psychological factors play important role in the appearance of menstrual pain.

UVOD

Menstruacija z bolečinami se s strokovnim izrazom imenuje dismenoreja. Ločimo dve vrsti dismenoreje: primarno in sekundarno. *Primarno* dismenorejo opredeljujemo kot boleče krče pri menstruaciji brez ugotovljenega organskega vzroka in se navadno pojavi v času enega do treh let po prvi menstruaciji. Za sekundarno dismenorejo, ki se pojavi po določenem obdobju nebolečih menstruacijskih krvavitev, so značilne klinično ugotovljene organske spremembe v medenici (Meden-Vrtovec, 1989).

V pričujočem prispevku obravnavam primarno dismenorejo oziroma menstrualne bolečine brez organskega vzroka.

Primarno dismenorejo ima več kot tri četrtine ameriških študentk (Dickstein, 1984) ter 80%-90% deklet med 14. in 19. letom (Wood, Larsen in Williams, 1979, Wilson, Carol in Keye, 1980; po Lewis, Wasserman, Denney in Gerrard, 1983). Naše ugotovitve so podobne: bolečine pri menstruaciji se pojavljajo pri 86% študentk; pri polovici pogosto, pri 36% redko, le 14% pa nima bolečin pri menstruaciji (Karpljuk, 1997).

Incidenca primarne dismenoreje se s starostjo manjša (Meden-Vrtovec, 1989, Karpljuk, 1997).

Natančen *mehanizem nastanka* primarne dismenoreje ni povsem znan. Skušajo ga razložiti različne teorije in iz vsake izhajajo različni načini odpravljanja bolečin oziroma njenih vzrokov.

Glede na anatomske teorije je dismenoreja rezultat *anatomskih nepravilnosti* (npr. ovirajoče vratne lezije, nepravilna pozicija maternice, ozek vrat), ki naj bi ovirale svoboden tok menstrualne krvi (Lewis in dr., 1983). Zagovorniki tega pristopa uporabljajo (tvegane) kirurške posege kot način zdravljenja primarne dismenoreje (Lewis in dr., 1983). Danes je omenjen pristop le še redko uporabljen.

Veliko raziskovalcev poudarja vlogo *endokrinih faktorjev* oziroma hormonskega neravnotežja v etiologiji dismenoreje. Večina raziskav je omejena na odnos med progesteronom in prostaglandini ter dismenorejo. Ženske s primarno dismenorejo imajo pomembno zvišano koncentracijo prostoglandinov v endometriju in menstrualni krvi (Meden-Vrtovec, 1989). Prostaglandini stimulirajo kontrakcije maternice in drugih gladkih mišic (Friel, po Lewis in dr., 1983). Kot fiziološki način odpravljanja bolečin se uporabljajo antiprostaglandinski preparati, oralna kontracepcija, analgetiki ter antispazmodiki (Lewis in dr., 1983). Jemanje naštetih snovi nima dolgoročnega »zdravilnega« učinka, poleg tega povzroča tudi negativne stranske učinke.

Iz usmerjenosti, da je človek psihofizična celota, pri kateri telo vpliva na psiho in psiha na telo, je nastalo mnogo teorij, ki predpostavljajo, da igrajo *psihološki faktorji* pomembno vlogo pri nastanku bolečih menstruacij. Pregled literature kaže, da avtorji najpogosteje obravnavajo naslednje psihološke dejavnike, ki jih povezujejo z nastankom bolečin: negativna stališča in

prepričanja do menstruacije, neustrezno pripravo na menstruacijo ter pomanjkljivo informiranost, določene osebnostne lastnosti oziroma strukturo (konflikti v zvezi s spolnostjo) ter stresne vplive.

Med *negativnimi stališči do menstruacije* ter menstrualnimi bolečinami obstaja pozitivna povezava (Calhoun in Burnette, 1984, Stoltzman, 1986).

Tudi neustrezna *pripravljenost* na prihod menstruacije vodi k negativnejšim izkušnjam tako prve kot naslednjih menstruacij ter k slabšemu odnosu do menstruacije. (Deutsch, 1944; Rierdan, 1983; po Golub, 1983; Golub, 1983; Golub in Catalano, 1983; Skandhan, Pandya, Skandhan in Mehta, 1988). Mnogi avtorji poročajo, da lahko *pomanjkanje informacij vpliva na razvoj dismenoreje* (Brooks-Gunn, in Ruble, 1983; po Golub in dr., 1983; However, Snow in Johnson, 1977; po Lewis in dr., 1983; Calhoun in dr., 1984; Dickstein, 1984; Skandhan in dr., 1988).

V literaturi se o etiologiji dismenoreje velikokrat omenja *mati* kot glavni »krivec« hčerine dismenoreje. Na materino vlogo pri nastanku dismenoreje sklepajo avtorji na podlagi ugotovitev, da imajo matere in njihove hčere podoben vzorec menstrualnih težav; matere z dismenorejo imajo pomembno pogostejše hčere z dismenorejo v primerjavi z materami, ki nimajo teh težav (Kantero in Wildholm; 1971, Brooks-Gunn in Matthews, 1979, vsi po Golub, 1983; Jeffcoate, 1975, po Laws, 1983; Dalton, 1964, Cain, 1980, oba po Stoltzman, 1986).

Večina avtorjev poudarja, da igrajo pomembno vlogo pri razvoju bolečin materina negativna stališča do menstruacije ter pomanjkljiva priprava hčere na menstruacijo (Llewlyn-Jones, 1982, Styles, 1982, oba po Laws, 1983). Zelo pomembne so izkušnje iz otroštva. Dekle, ki vidi mater z bolečinami, jih bo pri svoji menstruaciji tudi sama pričakovala (Brooks-Gunn in Matthews, po Golub, 1983). Psihoanalitiki Chadwickova (1982, po Delaney, Lupton in Toth, 1976), Deutsceva (1944) in Marković (1983) navajajo, da materino obnašanje med menstruacijo, njeno razpoloženje, njene pripombe zelo vplivajo tako na emocionalni odnos dekleta do menstruacije kot tudi na izkušnjo svoje menstruacije.

Nekateri avtorji poudarjajo, da je *materin odnos* do hčere tisti, ki kreira ali pa poveča bolečine. McClure Browne (1950, po Laws; 1983) iz kliničnih izkušenj navaja, da so ženske z dismenorejo pogosto edinke, katerih mati je bila zelo zaščitniška, zaskrbljena in je razvajala svojega otroka. Jeffcoate (1975; po

Laws, 1983) pa navaja, da nekatere matere, ki ne želijo izgubiti svojih hčera (npr. s poroko), spodbujajo doživljanje menstruacije kot bolezen.

Veliko avtorjev trdi, do so ženske z dismenorejo bolj *nevrotične* (Rees, 1953, Gregory, 1957, Levitt & Lubin, 1967, Sainsbury, 1969; po Bloom in Shelton, 1978; Marini, 1978, Jones & Jones, 1981; po Lewis in dr., 1983; Senarclens, 1966, Condrau, 1968, po Luban-Plozza, Poldinger in Kroger, 1993). Bancroft je s sodelavci ugotovil, da se je pomembno večji delež žensk z dismenorejo (v primerjavi s kontrolno skupino) v svoji preteklosti zdravilo zaradi depresije (Bancroft, Rennie in Warner, 1994).

Nekateri avtorji niso našli nič več nevroticizma pri dismenoroičnih ženskah kot pri ženskah brez bolečin (Schuck, 1951; Coppen & Kessel, 1963; vse po Bloom in dr. 1978; Hirt, Krutz, Ross, 1976, po Lewis in dr., 1983). Nekoliko novejše raziskave pa kažejo, da se ženske z dismenorejo in ženske brez nje razlikujejo v osebnostnih značilnostih, vendar razlike niso velike. Ženske z dismenorejo naj bi bile bližje nevrotični populaciji, vendar pa njihovi rezultati ne dokazujejo nevrotičnosti, saj niso tako ekstremni, ampak so še v mejah normalnega osebnostnega funkcioniranja ter dobre prilagojenosti. (Bloom in dr. 1978; Fontana in Rees, 1982). Tako sta Fontana in Rees (1982) pri dekletih z dismenorejo s pomočjo vprašalnikov osebnosti ugotovila nekoliko večjo izraženost histerije ter višjo anksioznost, Bloom in Shelton (1978) pa sta pri dismenoroičnih ženskah našla bolj izraženo depresijo, anksioznost, zaskrbljenost ter socialno introverzijo, manjšo avtonomnost ter manjšo pripravljenost igrati se, zabavati ter se razvedriti, s težnjo povečati osebno varnost. Avtorja sta ugotovila tudi manjše zadovoljstvo s seboj ter slabšo telesno ter socialno samopodobo.

Nekateri avtorji prav posebej poudarjajo *manjšo avtonomnost* (ki sta jo ugotovila tudi Bloom in Shelton, 1978). Luban-Plozza in sodelavci (1992) navajajo, da so ženske z dismenorejo bolj infantilne; iščejo materinsko varnost ter se odmikajo dolžnostim. Podobno navaja tudi Marković (1983), in sicer da so odvisne od staršev, v veliki meri potrebujejo zaščito ter zadovoljevanje njihovih želja. Marković tudi navaja, da se pogosto pritožujejo in da so kronično plašne.

Marini (1978, po Lewis in dr., 1983) je ugotovil, da ženske z dismenorejo v večji meri izkazujejo tip-A obnašanje (večjo agresivnost, večjo težnjo po dosežkih, po kontroli, tekmovalnost). Tudi Marković (1983) je kot klinik pri nekaterih ženskah z dismenorejo opazil močne agresivne težnje, ki pa niso usmerjene navzven, ampak nase in svojo žensko vlogo.

Zgodnji psihoanalitični avtorji trdijo, da se v ozadju bolečin pri menstruaciji nahajajo konflikti glede *spolnosti in ženske spolne vloge*.

Deutscheva navaja naslednji motiv za pojav bolečine: dekle z bolečimi menstruacijami lahko označi menstruacijo kot »bolezen«. Tako lahko pobegne občutkom sramu, ki spremljajo menstruacijo, še pomembneje pa je, da se s tem izogne seksualnemu pomenu, ki ga ima menstrualni proces (spolno dozorevanje, spolno vznemirjenje ob menstruaciji) in s tem negira tudi vznemirjajočo se vsebino, ki se nanaša na prihodnost (spolna zrelost, približevanje spolnim odnosom, odraslosti). Pojav bolečine je po mnenju Deutscheve izraz nekega konflikta, ki pa smo se mu zavestno izognili in ga izrazili na telesni ravni. Tako je tudi bolečina pri menstruaciji izraz negiranja konfliktov, večinoma povezanih s spolnostjo.

Menninger (1939, po Lewis in dr., 1983) je podobnega mnenja in pravi, da se zopet prebujeni Ojdipov konflikt na »regresiven« način kaže v bolečinah in da so bolečine posledica nesprejemanja ženske spolne vloge. Tudi veliko tekstov iz 50. in 60. let poroča, da je dismenoreja povezana s konfliktnim odnosom do spolnosti in rojevanja (po Lewis in dr., 1983).

Menninger tudi navaja, da je bolečina izraz razočaranja oziroma žalosti, da ni prišlo do zanositve. Dobesedno govori o frustrirani jokajoči maternici. Idejo, da se izguba menstrualne krvi poveže z *izgubljenim otrokom*, najdemo tudi pri Deutschevi, Eriksonu ter Kleinovi (po Delaney in dr., 1976).

Tudi mnogi drugi avtorji na podlagi raziskav ali kliničnih izkušenj trdijo, da so v ozadju bolečih menstruacij težave pri sprejemanju ženske vloge (Marković, 1983; Notman, Nadelson; po Dickstein, 1984; Shaines, 1961; Berry in McGuire, 1972, po Woods, 1986; Drobnjak, Berić in Šulović, 1990) ter v konfliktnih občutjih do spolnosti (Llewellyn-Jones, 1982; po Laws, 1983).

Bolečino pri menstruaciji razlagajo tudi kot podzavestno reakcijo odpora do fizičnih stikov (Roemer, 1969; ter Lickter, 1985; oboje po Meden-Vrtovec, 1989). Ženske z dismenorejo naj bi bile spolno hladne (Condrau, 1956, Senarclens 1966/68; oba po Luban-Plozza in dr, 1993), nekaterim se zdi spolni odnos sramoten, bojijo se zanositve, pogosto nimajo zadovoljujočega spolnega življenja. Spolni odnosi so redki, redko doživijo orgazem, pogosto se pojavlja frigidnost ter seksualna neaktivnost (Luban-Plozza in dr., 1993).

Pri nekaterih ženskah se razvije dismenoreja v času, ko začnejo s spolno aktivnostjo (Friedrich, 1983, Karpljuk, 1997).

Menstrualni ciklus je zelo občutljiv na *stresne dogodke*. Že manjše napetosti ali spremembe lahko povzročijo spremembo v menstrualnem ciklusu (npr. zaostanek menstruacije). Menstrualni ciklus je uravnavan s hormoni. Stres vpliva na spremembe v endokrinem sistemu in s tem povzroči spremembe v značilnostih menstruacije.

Friedrich (1983) poroča, da ima veliko žensk v stresnem obdobju dismenorejo, v »mirnih« obdobjih pa ne. O povezanosti med menstrualnimi bolečinami ter stresnimi dogodki poročajo tudi drugi avtorji (Dickstein, 1984; Wilcoxon, Schrader in Sherif, 1966; Siegel, Johnson in Sarason, 1979, Woods, Dery in Most, 1982; vsi po Woods, 1986).

Boleče menstruacije in tudi druge menstrualne težave so pri študentkah pogosto posledica naslednjih stresorjev: pomanjkanja spanja, ekstremnih športnih naporov, osamljenosti, emocionalne deprivacije, zaključevanja šolanja, anticipacije službe, konfliktnosti vloge, polovičnega delovnega časa (Dickstein, 1984), prekinitve jemanja oralne kontracepcije, separacije, kot sta prvi odhod od doma (npr. zaradi šolanja) in prekinitve partnerske zveze, začetek partnerskega odnosa, prvi spolni odnos, študijski izpiti (Dickstein, 1984, Karpljuk, 1997).

Ti dogodki ne povzročijo pri vseh dekletih in ženskah težav pri menstruaciji. Od njihove osebnosti je odvisno, kako bodo doživele situacijo, kako jo bodo interpretirale, se nanjo odzvale oziroma spoprijele z njo.

Tudi psihološki pristopi se lotevajo odpravljanja menstruacijskih bolečin. S suportivnimi tehnikami, ki jih lahko izvaja že zdravnik- ginekolog, žensko informiramo, poučimo o menstruaciji in spremljajočih simptomih, jo pomirimo ter nudimo razumevanje. Pregled literature kaže, da so zelo pogosto uporabljene behavioristične psihoterapevtske tehnike, in sicer progresivna desenzitizacija ter biofidbek. Prav tako največ raziskovalnih člankov ugotavlja učinkovitost omenjenih tehnik. Tudi kognitivno-behavioristična terapija se uveljavlja pri zdravljenju dismenoreje. O rekonstruktivnih tehnikah v povezavi z dismenorejo sem zasledila le malo literature.

Namen pričujoče študije je ugotoviti: (1.) ali se študentke z bolečinami pri menstruaciji razlikujejo od študentk, ki nimajo bolečin pri menstruaciji, v *odnosu do menstruacije, odnosu do telesa, emocionalnih slogih in obrambnem reagiranju* ter (2.) ali se *matere* študentk, ki imajo boleče menstruacije in matere študentk, ki jih nimajo, med seboj razlikujejo v *prisotnosti bolečin pri menstruaciji ter v odnosu do nje*.

Poleg vrednosti samih rezultatov, ki bi omogočali boljši vpogled v ozadje bolečin, raziskava odpira vrata na področju obravnavane problematika pri nas.

METODA

V raziskavo je bilo vključenih 169 študentk Univerze v Ljubljani. Njihova starost se giblje v razponu od 18 do 28 let, povprečna starost je 22,4 let. Med njimi so bile tudi študentke, ki jemljejo kontracepcijske tablete (34,9%), in poročene študentke (3,6 %).

Poskusne osebe so bile glede na kriterij pogostost pojavljanja bolečin in intenzivnost bolečin pri menstruaciji razdeljene v tri skupine. (Ker je delež študentk z bolečinami mnogo višji kot delež študentk brez bolečin, sem razdelila študentke z bolečinami še na dva dela, tiste z večjimi, pogostejšimi bolečinami ter tiste z redkejšimi in manj intenzivnimi bolečinami. Razdelitev na tri skupine natančneje pokaže, kakšen je odnos med velikostjo težav ter obravnavanimi lastnostmi).

Kontrolno skupino (»Brez bolečin«) sestavljajo študentke, ki nimajo bolečin pri menstruaciji oziroma imajo redko blage bolečine pri menstruaciji (N=50). Eksperimentalno skupino 1 (»Srednje močne bolečine«) sestavljajo študentke, ki imajo redko bolečine, ki so srednje močne ali močne, in študentke, ki imajo pogosto blage bolečine pri menstruaciji (N=53).

Eksperimentalno skupino 2 (»Močne bolečine«) sestavljajo študentke, ki imajo pogosto bolečine pri menstruaciji; le-te so srednje močne oziroma močne (N=66).

Preizkušanke so bile razvrščene v skupine glede na njihove odgovore na vprašanja, ki se nanašajo na pogostost in intenzivnost bolečin pri menstruaciji. Operacionalizacija kriterijev je natančneje razložena pri Karpljukovi (1997).

Preizkušanke so večinoma individualno izpolnile naslednji instrumentarij: lestvico Razcep (Gerson, 1984), Test emocionalnih slogov (Allen & Hamsher, 1974, Lamovec, 1988), lestvico Odnos do telesa (Karpljuk, 1997) ter lestvici Odnos do menstruacije ter Odnos matere do menstruacije (Karpljuk, 1997).

S pomočjo lestvice Razcep ocenimo uporabo razcepa kot obrambni mehanizem. Lestvica temelji na teoretičnih postavkah o razcepu, ki so jih razvijali M. Klein, Kohut in Kernberg.

Razdeljena je v štiri skupine: Cepitev dobrih in slabih predstav selfa ter drugih, Odnos med razcepom in idealizacijo, Odnos med razcepom in grandioznostjo ter Identitetna difuzija.

Test emocionalnih slogov meri tri dimenzije emocionalnosti: odzivnost, izraznost in usmerjenost. Odzivnost se nanaša na intenzivnost in pogostost notranjih emocionalnih reakcij in označuje nagnjenost k notranjemu čustvenemu doživljanju. Izraznost (ekspresivnost) se nanaša na intenzivnost in pogostost izražanja emocij v medosebnih situacijah. Usmerjenost se nanaša na posameznikov odnos do emocionalnega doživljanja in izražanja.

Lestvica Odnos do telesa ugotavlja, ali preizkušanka meni, da je privlačna, ali ima rada svoj izgled, kakšen odnos ima do svojega golega telesa in genitalij in kakšen odnos je imela preizkušanka do pojavljajočih se sekundarnih spolnih znakov v adolescenci.

Lestvica Odnos do menstruacije je stališčna lestvica, pri kateri preizkušanke ocenjujejo petnajst trditev na petstopenjski lestvici. Višja vsota lestvice pomeni negativnejši odnos do menstruacije. Poleg končnega rezultata so pomembni odgovori na vsaki posamezni postavki, saj so le-te izbrane z določenim namenom (npr. odnos do menstrualne krvi, doživljanje telesa med menstruacijo, samovrednotenje med menstruacijo, določena čustva, povezana z menstruacijo, itd.).

V lestvici Odnos matere do menstruacije preizkušanka oceni, v kolikšni meri ima (oziroma je imela) njena mati bolečo menstruacijo in kakšen odnos ima (je imela) mati do menstruacije (prikrivanje, pritoževanje ipd.).

Podatki so računalniško obdelani s statističnim paketom SPSS.

Uporabljeni so naslednji statistični testi:

- enosmerna analiza variance pri ugotavljanju razlik med aritmetičnimi sredinami;
- Kruskal-Wallis neparametrični test pri ugotavljanju razlik med skupinami (v rangih) pri spremenljivkah, kjer ni bila dosežena homogenost varianc;
- Hi^2 preizkus pri ugotavljanju razlik med skupinami pri atributivnih spremenljivkah.

REZULTATI

Tabela 1: Razlike med skupinami na lestvici Odnos do menstruacije ter lestvici Odnos mater do menstruacije, izračunane s Kruskal-Wallis preizkusom

Lestvica	Skupina	Število PO	Srednji rang	Hi ²	df	p
Odnos do menstruacije	KS	50	55,87	28,05	2	0,000*
	ES1	53	82,79			
	ES2	66	104,56			
Odnos mater do menstruacije	KS	48	69,10	5,94	2	0,052
	ES1	51	80,25			
	ES2	62	90,82			

Legenda (velja za obe tabeli):

df - stopnje svobode

p - nivo pomembnosti

* - $p < 0,05$ (kriterij statistične pomembnosti)

KS- kontrolna skupina

ES1- eksperimentalna skupina 1

ES2- eksperimentalna skupina 2

Tabela 2: Razlike med skupinami na lestvici Razcep, Testu emocionalnih slogov, lestvici Odnos do telesa in v prisotnosti bolečih menstruacij pri materah preizkušank

	Skupina	Število oseb	Aritmetična sredina	Standardna deviacija	F	df	p
Lestvica razcepa							
Celotna lestvica Razcep	KS	49	56,84	9,97	8,75	2,160,162	0,002 *
	ES1	51	59,84	9,66			
	ES2	63	64,62	10,19			
Podlestvica Cepitev	KS	49	35,73	6,55	6,62	2,160,162	0,002 *
	ES1	51	36,82	5,88			
	ES2	63	40,11	7,39			
Podlestvica Idealizacija	KS	50	7,82	2,47	8,75	2,166,168	0,000 *
	ES1	53	9,21	2,81			
	ES2	66	9,76	2,25			
Podlestvica Grandioznost	KS	50	9,98	2,02	1,49	2,166,168	0,232
	ES1	53	10,23	2,21			
	ES2	66	10,62	1,86			
Podlestvica Identitetna difuzija	KS	50	3,22	1,83	3,77	2,166,168	0,025 *
	ES1	53	3,32	2,12			
	ES2	66	4,13	2,03			
Postavki, nanašajoči se na agresijo	KS	50	6,78	2,22	4,33	2,166,168	0,015 *
	ES1	53	7,23	2,18			
	ES2	66	8,04	2,58			
Test emocional. slogov							
Emocional. usmerjenost	KS	48	21,54	5,21	0,53	2,160,162	0,587
	ES1	53	21,55	4,64			
	ES2	62	20,68	5,72			
Emocional. odzivnost	KS	48	13,27	3,83	5,92	2,160,162	0,003 *
	ES1	53	14,77	3,70			
	ES2	62	15,63	3,25			
Emocional. izraznost	KS	48	17,35	5,64	0,07	2,160,162	0,934
	ES1	53	17,70	5,74			
	ES2	62	17,71	5,112			
Lestvica Odnos do telesa							
	KS	50	16,68	4,65	4,22	2,166,168	0,016 *
	ES1	53	15,28	2,49			
	ES2	66	15,00	2,27			
Boleče menstruac. mater							
	KS	50	2,437	1,33	5,39	2,162,164	0,005 *
	ES1	52	2,789	1,24			
	ES2	63	3,277	1,47			

Kot vidimo, so pri vseh statistično pomembnih razlikah med skupinami vrednosti posameznih skupin (srednji rangi ali aritmetične sredine) razporejene tako, da si sledijo v naraščajočem ali padajočem zaporedju glede na naslednje zaporedje skupin: KS, ES1, ES2. Torej sta vedno ekstremni skupini KS in ES2, ES1 pa je v sredini. Zato nameravam v opisu rezultatov in v diskusiji govoriti predvsem o razlikah med preizkušankami z bolečinami in preizkušankami brez bolečin pri menstruaciji, ne pa posebej razlikovati skupini ES1 in ES2. Vedimo pa, da imajo preizkušanke s pogostimi in hudimi bolečinami na spremenljivkah, kjer so razlike statistično pomembne, ekstremnejše rezultate kot preizkušanke s srednje močnimi bolečinami.

Iz tabele 1 je razvidno, da imajo preizkušanke z bolečinami pomembno negativnejši odnos do menstruacije kot preizkušanke brez bolečin. Analiza razlik posameznih postavk pa pokaže, da se preizkušanke z bolečinami pri menstruaciji v pomembno večji meri strinjajo z naslednjimi postavkami na lestvici Odnos do menstruacije :

- »Ne maram menstruacije.«
- »Veliko lepše bi bilo, če ženske ne bi imele menstruacije.«
- »Menstruacija je kazen žensk za prvi greh.«
- »Uboga sem, kadar imam menstruacijo.«
- »Bojim se menstruacijskih dni.«
- »Med menstruacijo se počutim umazano.«
- »Med menstruacijo se zdim sama sebi neprivlačna.«

Statistični pomembnosti se približujeta še postavki: »Bojim se menstrualne krvi« ($p=0,052$) ter »Menstruacija in menstrualni ciklus imata veliko dobrih lastnosti« ($0,064$). Z zadnjo trditvijo se študentke z bolečinami strinjajo v manjši meri.

Preizkušanke z bolečinami pri menstruaciji se v povprečju bolj strinjajo s trditvijo, da imajo njihove matere boleče menstruacije (tabela 2).

Odgovori preizkušank z bolečinami tudi kažejo, da imajo njihove matere nekoliko bolj negativen odnos do menstruacije (tabela 1), ki se kaže v tem, da prikrivajo svojo menstruacijo in da se med njo pogosto pritožujejo. Razlika med skupinami se skoraj povsem približa statistični pomembnosti ($p=0,052$).

Kot je razvidno iz tabele 2 se skupine med seboj statistično pomembno razlikujejo na celotni lestvici Razcep ter na naslednjih podlestvicah: Cepitev, Idealizacija ter Identitetna difuzija. Torej je za študentke z bolečinami pri menstruaciji značilna višja stopnja izraženosti obrambnega mehanizma

razcepa. Študentke z bolečinami dosegajo tudi pomembno višje rezultate na postavkah, ki vključujeta agresijo.

Na Testu emocionalnih slogov se skupine med seboj statistično pomembno razlikujejo le na faktorju Emocionalne odzivnosti (tabela 2), in sicer je za eksperimentalni skupini značilna višja emocionalna odzivnost. Analiza razlik med skupinami pri posameznih postavkah kaže, da imajo študentke z bolečinami pri menstruaciji intenzivnejše oziroma pogostejše emocionalne odzive tesnobe, krivde in depresije. Na faktorju emocionalne izraznosti pomembno diferencira postavka »Ne maram se jeziti, ker me jeza vznemirja.«

Tudi na lestvici Odnos do telesa se skupine statistično pomembno razlikujejo med seboj (tabela 2). Eksperimentalni skupini, torej študentke z bolečinami pri menstruaciji, imajo v povprečju bolj negativen odnos do lastnega telesa (se imajo za manj privlačne, niso toliko zadovoljne s svojim izgledom, vključno s celotnim golim telesom s spolnimi organi in sekundarnimi spolnimi znaki, ki so bili že v času nastajanja, v puberteti, slabše sprejeti).

DISKUSIJA

Rezultati študije kažejo, da se študentke z različno pogostostjo in intenzivnostjo menstrualnih bolečin razlikujejo med seboj v nekaterih psiholoških značilnostih.

Študentke z bolečinami pri menstruaciji imajo pomembno *negativnejši odnos do menstruacije* kot študentke brez bolečin. V večji meri kot študentke brez bolečin menstruacije ne marajo in bi raje videle, da je ženske ne bi imele. Menstruacijskih dni se v večji meri bojijo in se med njo v večji meri počutijo uboge. Med menstruacijo se zdijo same sebi v večji meri umazane in neprivlačne.

Povezavo med negativnimi stališči do menstruacije ter težavami pri menstruaciji (med njimi tudi bolečinami pri menstruaciji) so ugotovili tudi drugi avtorji (Calhoun in dr., 1983, Stoltzman, 1986).

Med izkušnjami menstruacije in odnosom do nje poteka interaktivni krožni proces.

Še preden deklica dobi menstruacijo, izoblikuje svoj odnos do nje (Clark in dr., 1978, po Lewis in dr., 1983; Williams, 1983, po Golub, 1983), tudi njene

reakcije (emocionalne in telesne) na prvo menstruacijo so v veliki meri že determinirane (Deutsch, 1944). Tako je lahko že prva menstruacija doživeta negativno. Dejanska izkušnja menstruacije pa vpliva naprej na prepričanja oziroma odnos do nje (Menke, 1979, po Stoltzman, 1986), s čimer se lahko sklene začarani krog.

Pričakovanja o menstruaciji, emocionalni odnos dekleta do nje in vzorec doživljanja menstruacije se po trditvah mnogih psihoanalitičnih avtorjev razvije že v otroštvu (Deutsch, 1944, Marković, 1983). Marković (1983) navaja, da otrok že med tretjim in petim letom zazna, da ima mati menstruacijo. Materina menstruacija naredi močan vtis na otroka, tako deklico kot dečka. Če otrok na svoja radovedna vprašanja ne dobi odgovorov in če se mati v tem času čudno obnaša (zaradi težav godrnja, je uboga, ostane v postelji ipd.), si otrok menstruacijo razloži na svoj način; pogosto na zastrašujoč način. Lahko fantazira, da se je mati ranila, da je bolna, da je materino krvavenje kazen za njegove misli o incestu, žensko telo se mu lahko zazdi zelo ranljivo ali pa kruto, zastrašujoče.

Kot vemo, so to tudi leta, ko je otrok v falični fazi, v kateri so zelo pomembni procesi identifikacije z istospolnim staršem. Tako se deklica identificira tudi z materino »menstruacijo« oziroma z njenimi simptomi in odnosom do nje.

Ob prvi menstruaciji in tudi naslednjih oživijo fantazije iz otroštva in tudi simptomi, s katerimi se je majhna deklica identificirala.

Rezultati naše raziskave kažejo, da imajo *matere* študentk z bolečinami pri menstruaciji v večjem številu *bolečine* tudi same in da imajo *negativnejši odnos do menstruacije* (nesprejemanje menstruacije, prikrievanje, pritoževanje nad njo ipd.). Dobljeni rezultati se dobro ujemajo s trditvami in ugotovitvami drugih avtorjev (Deutsch, 1944; Chadwick, 1932, po Delaney in dr., 1976; Kantero in Wildholm; 1971, Brooks-Gunn in Matthews, 1979, oba po Golub, 1983; Jeffcoate, 1975, Llewellyn-Jones, 1982, Styles, 1982, vsi po Laws, 1983; Marković, 1983; Dalton, 1964, Cain, 1980, oba po Stoltzman, 1986) in kažejo na pomemben vpliv procesov identifikacije, ki vplivajo na negativno doživljanje menstruacije, tako emocionalno kot v obliki telesne bolečine.

Kot je že rečeno, se študentke z menstrualnimi bolečinami v večji meri bojijo menstruacije. *Strah* je lahko prisoten zaradi pričakovanja bolečine. Strah in pričakovanje bolečine pa lahko bolečino povzročita, in sicer s pomočjo procesov selektivne pozornosti in selektivne percepcije znakov med menstruacijo (Friedrich, 1983). Strah vpliva tudi na to, da se tako mišice

nasplah kot tudi mišice maternice in materničnega vratu skrčijo, kar lahko vodi v večje krče med menstruacijo in s tem močnejše bolečine.

Psihoanalitične avtorice razlagajo strah oziroma anksioznost ob menstruaciji na naslednji način. Deutscheva (1944) navaja, da je anksioznost ob menstruaciji posledica določenih konfliktnih vsebin, ki skušajo priti na dan. Menstruacija je kot nekakšna provokativna situacija, ob kateri se obujajo konflikti, predvsem tisti, ki so povezani z odraščanjem in seksualnostjo. Kleinova (po Deutsch, 1944) gre v svojih razlagah reakcij na menstruacijo še naprej in upošteva tudi pomembnost "notranjega prostora«. Anksioznost ob menstruaciji je po njenem lahko tudi posledica fantazij o notranjem trganju in razkosanju. Zanimivo je primerjati njeno razlago strahu zaradi menstruacijskega krvavenja z rezultatom na postavki lestvice Razcep, ki se nanaša na identitetno difuzijo. Študentke z bolečinami pri menstruaciji imajo v večji meri (kot študentke brez bolečin) občutek, da ne morejo spraviti različnih delov svoje osebnosti v celoto. Glede na ta podatek in pojmovanje Kleinove je možno, da menstruacija obudi občutke fragmentiranja identitete, s čimer se strah poviša.

Opaziti je, da študentke z bolečinami pri menstruaciji vidijo predvsem njene negativne strani, manj pa dobre lastnosti, kar pomeni, da niso integrirale obeh vidikov menstrualnega procesa. Zdi se, kot da bi naredile razcep med dobro in slabšo platjo menstrualnega procesa. Ugotovitev se sklada tudi z rezultati, dobljenimi na lestvici Razcep, ki kažejo na to, da študentke z bolečinami pri menstruaciji v večji meri uporabljajo omenjeni obrambni mehanizem. Verjetno je, da projicirajo v menstrualni cikel slabe predstave selfa in/ali (introjiciranega) objekta, kar jim pomaga znebiti se teh nesprejemljivih, nepredelanih vsebin.

Na prisotnost introjektov (nepredelanih introjiciranih slabih objektov) pri študentkah z bolečimi menstruacijami lahko sklepamo tudi iz trditev, da se med menstruacijo počutijo bolj *umazane in neprivilčne*. Tako lahko ponovno domnevamo, da se skušajo introjekti preko menstruacije izločiti, s čimer lahko dobi menstruacija za študentke z bolečinami tudi pomen čiščenja »bolečih«, nepredelanih stvari.

Izvor občutij umazanosti in neprivilčnosti lahko iščemo v analni in tudi falični fazi psihoseksualnega razvoja, ko so zelo pomembni mehanizmi čist-nečist. Če je bil toaletni trening staršev in s tem njihove reakcije, ko je otrok izgubil kontrolo nad izločevalnimi funkcijami, neprimeren, lahko ženska še

danes doživlja občutek mokrote med nogami na negativen način. Izloženo kri lahko na emocionalnem nivoju enači z urinom ali blatom (Deutsch, 1944).

Mehanizmi čist-nečist so pomembni pri izgradnji telesne identitete. Pri študentkah z bolečinami pri menstruaciji je ugotovljeno slabše doživljanje svojega telesa, tako med menstruacijo kot nasploh (rezultati lestvice Odnos do telesa). V manjši meri so zadovoljne z izgledom, v manjši meri sprejemajo svoje nago telo (s spolnimi znaki) tako v sedanjosti kot v času pubertete.

Ugotovitev, da imajo študentke z bolečinami pri menstruaciji *negativnejši odnos do telesa*, se sklada z raziskovalci, ki poročajo o slabši telesni samopodobi pri ženskah z bolečinami pri menstruaciji (Bloom in dr., 1978) in pri psihosomatskih bolnikih nasploh (Selič, 1994).

Po Jacobsonovi (po Matjanovi, 1997) se libido pri ženski usmeri na celotno telo, ne le na spolni organ. Pri študentkah je, kot vidimo, libidne investicije v telo manj, s čimer lahko sklepamo tudi na manjše sprejemanje sebe v vlogi ženske kot reproduktivnega, spolnega bitja. In kot vidimo, je ta dejavnik povezan s težavami pri menstruaciji, ki ima reproduktiven in seksualen pomen.

Za študentke z bolečinami pri menstruaciji je značilno *izrazito notranje čustveno odzivanje*. Njihova visoka odzivnost se nanaša predvsem na negativne emocije, kot so krivda, tesnoba in depresija.

Študentke z bolečinami pri menstruaciji torej pogosteje in intenzivneje negativno emocionalno reagirajo, in, kar je tudi pomembno, ne izrazijo vseh emocij. Zanje je sicer v enaki meri kot pri študentkah brez bolečin značilno izražanje čustev, tako preko verbalne kot motorične poti. Vendar glede na to, da je njihova odzivnost višja, bi morala biti višja tudi izraznost, če bi vsa čustva, ki jih doživljajo, prišla tudi na dan. Torej se delež čustev, predvsem agresivnih, ne izrazi.

Psihosomatski pristop soglaša, da se kronične (predvsem nezavedne) emocije kažejo v obliki psihosomatskih bolezni (Nastovič, 1984). Nemiah (po Adamovc, 1983) v fiziološkem jeziku pravi, da se napeto emocionalno stanje, ki se ne predela v neokorteksu, spremeni v vegetativno-endokrini odgovor. Večina žensk z bolečinami pri menstruaciji ima porušeno ravnotežje spolnih hormonov in z njimi povezanih maščobnih kislin prostaglandinov (Lewis in dr., 1983).

Torej je možno, da ima intenzivno notranje emocionalno doživljanje vpliv tudi na nastanek in pojav menstrualnih bolečin. Nakopičene emocionalne napetosti namreč najdejo pot ven skozi tisti del telesa, ki je najbolj šibek oziroma občutljiv. Adlerjeva teorija o »manjvrednem organu« pravi, da občutljiv organ olajša proces somatizacije, ki se seveda usmeri prav v ta organ (Nastović, 1984). Obraba organa ima lahko genetske zasnove, lahko pa nastane tudi v času človekovega življenja.

Če se ozremo na značilnosti študentk z bolečinami pri menstruaciji, vidimo, da na proces menstruacije in s tem tudi na reproduktivne organe (zaradi identifikacijskih procesov z materjo, ki ima težave pri menstruaciji in negativnejši odnos do nje; zaradi slabega odnosa študentke do menstruacije idr.) vplivajo agresivne investicije, ki ga naredijo bolj »občutljivega«.

Za študentke z bolečinami pri menstruaciji je tudi v večji meri značilna uporaba *razcepa* kot obrambnega mehanizma.

Razcep je obrambni mehanizem, pri katerem se dobre predstave (libidni del) o sebi in objektu ločijo od slabih predstav (agresivni del) z namenom, da slabe ne bi uničile dobrih oziroma da bi se izognili slabim objektom. Tako doživlja človek posebej dobre in posebej slabe podobe samega sebe in drugih; ni zmožen istočasne ambivalence.

Razcep ima v otroštvu, predvsem v prvi polovici prvega leta, vlogo razvojnega mehanizma, saj pomaga pri strukturiranju ega (Klein, 1983, Praper, 1996). Po šestem mesecu pa razvoj ega (in selfa) poteka v smeri integracije dobrih in slabih predstav o sebi in objektu (in hkrati diferenciacije predstav sebe od predstav objekta) ter nevtralizacije agresije in libida. Če je v tem obdobju premalo libidne komponente v odnosu (preveč frustracij ali separacij), so procesi ponotranjanja moteni in prav tako se zatakne pri procesih integracije in nevtralizacije. Tako se uporaba razcepa ohrani še naprej, tokrat v vlogi obrambnega mehanizma. Razcep je primitivni obrambni mehanizem, ki je značilen predvsem za osebe z mejno organizacijo osebnosti. Vendar to ne pomeni, da razcepa ne uporabljajo tudi drugi ljudje. Pomembno je, v kolikšni meri se ga uporablja in kateri so še drugi obrambni mehanizmi, ki jih oseba uporablja.

Ugotovitev, da študentke z bolečinami pri menstruaciji v večji meri uporabljajo razcep, kaže, da ima ta obrambni mehanizem tudi vlogo pri nastanku telesnih težav oziroma konkretnije- bolečin pri menstruaciji.

Novejša psihoanalitična teorija razlaga, da nastaja podlaga za nastanek psihosomatskih motenj že v prvem letu življenja, predvsem v prvih šestih mesecih, ko se otrok v simbiozi tako telesno kot psihološko zliva z materjo (objektom) (Blanck in Blanck, 1985, Praper, 1996). V tem času otrok razbremenjuje stiske skozi telo. Kasneje, vzporedno z razvojem ega, so poti razbremenitev čedalje bolj zrele, med njimi je najbolj zrela verbalizacija. Če se je v otroštvu (v prvem letu) utrdil vzorec somatizacije (kar je odvisno od objektnega odnosa oziroma procesov ponotranjanja ter pozunanjanja), bo odrasel človek v določenih stresnih situacijah, ki so povezana s področji, kjer ima razvojne zastoje, odreagirati (namesto z verbalno potjo ali nastankom psihičnih simptomov, npr. nevrotičnih) preko telesa.

Glede na to, da se izvor psihosomatskih težav pripisuje prvemu letu življenja, so tudi obrambni mehanizmi tega človeka zgodnji, med njimi je tudi razcep.

Bolečine pri menstruaciji niso prava psihosomatska bolezen, spadajo namreč med funkcionalne motnje (Hoff & Ringel, po Milčinski, 1986), vendar menim, da delujejo pri njihovem nastanku podobni mehanizmi.

V nadaljevanju bom skušala konkretnije razložiti, kako je vloga obrambnega mehanizma razcepa povezana z bolečinami pri menstruaciji in z ostalimi ugotovljenimi značilnostmi, ki jih imajo študentke z bolečinami pri menstruaciji.

Kernberg (Praper, 1996) vidi razcep kot obrambo pred destruktivno jezo (neneutralizirano agresijo). Ta se lahko kaže v močnih agresivnih impulzih, ki jih oseba doživlja ali izraža. Zaradi bojazni, da ta agresija ne bi uničila objekta, se le-ta pogosto iz odnosa odstrani, torej se ne izraža. To se lahko kaže v nezmožnostih biti jezen na nekoga, ki ga imaš rad. Oziroma če pa se razjeziš, je to zelo intenzivno in destruktivno ter vidiš le slabo stran drugega. Rezultati kažejo, da imajo študentke z bolečinami pri menstruaciji manj neutralizirano agresijo (postavki na lestvici Razcep, ki se nanašata na agresijo, pomembno diferencirata med skupinami; na Testu emocionalnih slogov diferencira postavka »Ne maram se jeziti, ker me jeza vznemirja«). Vendar pa je ne izrazijo toliko navzven. Agresijo usmerijo v svoje telo, v svoje reproduktivne organe oziroma proces menstruacije.

Tudi drugega (objekt) ne morejo doživeti hkrati kot dobrega in slabega. Težko razumejo, da če se nekdo jezi nanje, jih ima lahko še vedno rad. Da bi ohranile odnos oziroma predstavo o dobrem drugem, te slabe strani drugega »požrejo, pogoltnejo«, introjecirajo. S tem ohranjajo idealizacijo (podlestvica Idealizacija

na lestvici Razcep), slabe predstave o drugem pa ostanejo v njih. Te slabe predstave so, če govorimo v jeziku teorije objektivnih odnosov, slabi ponotranjeni objekti oziroma introjekti, ki so nepredelani, zato bodejo in tiščijo od znotraj (Klein, 1983, Praper, 1996). Zadržujejo veliko količino energije (predvsem agresije), ki se pogosto prazni skozi telo, kar povzroča psihosomatke motnje (Sarajlić, 1984)- v našem primeru boleče menstruacije. Posledica introjektov, ki jih lahko opazimo pri študentkah z bolečinami pri menstruaciji, so tudi nižje samovrednotenje (pri študentkah z bolečinami je ugotovljeno slabše vrednotenje svojega telesa, ki se še posebej provocira med menstruacijo, na kar kažejo občutja umazanosti ter neprivlačnosti) ter zahteven, zastrašujoč, krut superego, posledica česar je lahko depresija ali občutje krivde. Tudi iz nesorazmerja med emocionalno odzivnostjo (navznoter) in izraznostjo lahko sklepamo, da omenjene študentke zaradi delovanja bolj arhaičnega superega emocij ne izrazijo v zadostni meri, ampak jih zadržujejo v sebi.

V posamezniku obstaja želja, da bi te tujke odstranil. Lahko jih projicira navzven, na druge ljudi, posledica česar je oblika razcepa, kjer vidimo nekoga le v dobri luči, nekoga pa le v slabi. Lahko pa se vežejo (tudi) na parcialni del telesa oziroma telesni proces- menstruacijo in tako dobi proces menstruacije vlogo pozunanjanja oziroma čiščenja.

ZAKLJUČEK

Vpliv dejavnikov na razvoj bolečine pri menstruaciji je večplasten.

Kot najgloblji se po psihoanalitični teoriji uvršča proces somatizacije, ki se razvije v prvem letu življenja. Glede na ugotovljeno večjo uporabo obrambnega mehanizma razcepa in glede na slabšo telesno samopodobo lahko sklepamo na nekoliko motene procese ponotranjanja, kar lahko vodi v vzorec somatizacije, za katerega je značilno sproščanje stisk preko telesa. Za študentke z bolečinami je značilno močno notranje negativno čustveno odzivanje, ki pa se ne izrazi povsem navzven, v medosebnih odnosih, ampak gre (s procesom somatizacije) skozi telo.

Izbor organa (maternica) oziroma bolje rečeno procesa (menstruacija) pa je poznejše narave. Izhaja iz obdobja, ko je deklica že odkrila spolne razlike. Tako je pomembno obdobje od tretjega leta naprej (do 5., 6. leta). Menim, da je v tem času (v falični fazi psihoseksualnega razvoja) deklica v veliki meri,

predvsem preko identifikacije z materjo, oblikovala svoj odnos do menstruacije hkrati z nezavednim pričakovanjem bolečih simptomov.

Matere študentk z bolečinami imajo namreč pogosteje (kot matere študentk brez bolečin) bolečine pri menstruaciji. Lahko rečemo, da je bolečina pri menstruaciji »tradicionalni, družinski simptom«, ki se preko identifikacije prenaša transgeneracijsko.

V literaturi se navaja primarna dismenoreja kot funkcionalna motnja s psihosomatsko podlago (Hoff & Ringel, po Milčinski, 1986). Menim, da dobljeni rezultati to potrjujejo.

Nekatere ugotovljene psihološke značilnosti oziroma procese ocenjujem torej kot možne dejavnike nastanka bolečin. Vendar teh značilnosti ne moremo gledati po principu linearne vzročnosti, torej da neka značilnost vodi direktno v bolečine. Dejavniki delujejo interaktivno, po principu cirkularne vzročnosti. Le delovanje določenih dejavnikov v določeni interakciji v določenem kontekstu vodi do motenj.

Ugotovljene značilnosti raziskave so lahko smernice za oblikovanje aplikativnih programov v zvezi z odpravljanjem oziroma zmanjševanjem bolečin pri menstruaciji. Menim, da je v Sloveniji najbolj razširjeno odpravljanje bolečin s pomočjo tablet (kontracepcijskih, prostaglandinskih ali analgetikov). Zakaj ne bi utirili še drugih načinov za odpravo bolečin (npr. psiholoških)? Trajnejših in brez stranskih učinkov.

Ugotovitve študije so lahko zanimive in uporabne tudi za ženske neposredno. Z večjim vpogledom v dejavnike, ki so ogrožujoči, in dejavnike, ki so varovalni (glede na pojavljanje bolečin), lahko ženske zavzamejo aktivnejši položaj do svojih težav pri menstruaciji in naredijo tudi kaj same zase.

Študija je narejena na vzorcu študentk, ki so še v specifičnem razvojnem obdobju, zato so lahko splošitve na celotno populacijo žensk neprimerne. Določene značilnosti se lahko pojavljajo tudi pri »odraslih« ženskah z bolečinami, vendar poudarjam, da moramo biti pri posploševanju previdni.

LITERATURA

1. Adamović, V (1983). *Emocije i telesne bolesti*. Beograd: Nolit.
2. Allen, J.G., Hamsher J. H. (1974). The development and validation of a Test of emotional styles. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42 (5), 663-668.
3. Bancroft, J. Rennie, D. in Warner, P. (1994). Vulnerability to perimenstrual mood change: The relevance of a past history of depressive disorder. *Psychosomatic Medicine*, 56, 225-231.
4. Blanck, G. & R. (1985). *Ego-psihologija. Teorija i praksa*. Zagreb: Naprijed.
5. Bloom, L. J., Shelton, J. L. (1978). Dysmenorrhea and personality. *Journal of Personality Assessment*, 42 (3), 272-276.
6. Calhoun, K.S. & Burnette, M. M. (1984). Etiology and treatment of menstrual disorders. *Behavioral Medicine Update*, 5 (4), 21-26.
7. Delaney, J., Lupton, M. J., Toth, E. (1976). *The Curse. A Cultural History of Menstruation*. New York: A Sunrise Book.
8. Deutsch, H. (1944). *Psychology of women/ A psychoanalytic interpretation. Volume one: Girlhood*. New York: Grune & Stratton.
9. Dickstein, L. J. (1984) Menstrual disorders and stress in university students. *Psychiatric Annals*, 14 (6), 436-441.
10. Drobnyak, P., Berić, B. & Šulović, V. (1990). *Ginekologija*. Beograd- Zagreb: Medicinska knjiga.
11. Fontana, D. & Rees, V. (1982). Primary dysmenorrhea, educational performance and cognitive and affective variables in adolescent schoolgirls. *British Journal of Educational Psychology*, 52 (2), 199-204.
12. Friedrich, M. A. (1983). Dysmenorrhea. *Women & Health*, 8 (2/3), 91-106.
13. Gerson, M. J. (1984). Splitting: The development of a measure. *Journal of Clinical Psychology*, 40 (1), 157-162.
14. Golub, S. (1983). Menarche: The beginning of menstrual life. *Women & health*, 8 (2/3), 17-36.
15. Golub, S. & Catalano, J. (1983). Recollections of menarche and women's subsequent experience with menstruation. *Women & Health*, 8 (1), 49-61.
16. Karpļuk, M. (1997). *Psihološke značilnosti študentk z bolečinami pri menstruaciji*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani. Filozofska fakulteta. Diplomsko delo.
17. Klein, M. (1983). *Zavist i zahvalnost*. Zagreb: Naprijed.
18. Lamovec, T. (1988). *Priročnik za psihologijo motivacije in emocij*. Ljubljana: Filozofska fakulteta.
19. Laws, S. (1983). *Issues of Blood. The Politics of Menstruation*. Houndmills, Basingstoke, Hampshire, and London: MacMillian.

20. Lewis, R. J., Wasserman, E., Denney, N.W., Gerrard, M. (1983). The etiology and treatment of primary dysmenorrhea: a review. *Clinical Psychology Review*, 3, 371-389.
21. Luban-Plozza, B., Poldinger, W. & Kroger, F. (1993). *Psihosomatski bolnik v splošni ambulanti in njegovo zdravljenje*. Ljubljana: Državna založba Slovenije.
22. Marković, B. (1983). *Neuroze i psihosomatika*. Titograd: OOUR-Izdavačko-publicistička djelatnost NIO »Pobjeda«.
23. Matjan, P. (1997). Psihologija in psihopatologija ženske. *Psihološka obzorja*, 1,2 (6), 147-157.
24. Meden-Vrtovec, H. (1989). Dismenoreja. *Medicinski razgledi*, 28, 533-545.
25. Milčinski, L. (1986). Psihosomatska obolenja. V Milčinski, L. *Psihiatrija*. Ljubljana: Državna založba Slovenije, 357-365.
26. Nastović, I. (1984). *Neurotski sindromi*. Gornji Milanovac: Dečje novine.
27. Praper, P. (1996). *Razvojna analitična psihoterapija*. Ljubljana: Inštitut za klinično psihologijo.
28. Sarajlić, N. (1984). Sudbina internaliziranih objekata kod psihosomatskog pacijenta. *Psihoterapija. Časopis za psihoterapiju i granična područja*, 1-2, 11-19.
29. Selič, P. (1994). *Psihološki dejavniki pri psihosomatskih težavah*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta. Doktorska disertacija.
30. Skandhan, K.P., Pandya, A.K., Skandhan S. & Mehta Y. B. (1988). Menarche: Prior knowledge and experience. *Adolescence*, 23(89), 149-153.
31. Stoltzman, S. M. (1986). Menstrual attitudes, beliefs, and symptom experiences of adolescent females, their peers, and their mothers. V Olesen, V. L. & Woods, N. F. *Culture, society, and menstruation*. Washington: Hemisphere publishing corporation, 97-114.
32. Woods, N., F. (1986). Socialization and social context: influence on perimenstrual symptoms, disability and menstrual attitudes. V Olesen, V. L. & Woods, N. F. (Eds.). *Culture, society and menstruation*. Washington: Hemisphere publishing corporation, 115-130.