

УДК 159.922.616.692

Асинхронии психосексуального развития у девочек-подростков с ювенильными маточными кровотечениями

Гришко А.А.

В статье рассматриваются актуальные вопросы относительно изучения патогенеза таких нарушений гинекологической сферы в подростковом возрасте как ювенильные маточные кровотечения. Последние имеют значительную распространенность среди гинекологических заболеваний у девушек-подростков. На основании результатов исследования выявлено, что нарушение психосексуального развития может становиться одним из патогенных факторов формирования заболеваний гинекологической сферы, в частности ювенильных маточных кровотечений.

Ключевые слова: подростковый период, ювенильные маточные кровотечения, половое развитие, половое воспитание, самосознание, половая роль, психосексуальные ориентации, асинхронии психосексуального развития, патогенные факторы.

У статті розглядаються актуальні питання щодо вивчення патогенезу таких порушень гінекологічної сфери у підлітковому віці як ювенільні маткові кровотечі. Останні мають значну поширеність серед гінекологічних захворювань у дівчат-підлітків. На підставі результатів дослідження виявлено, що порушення психосексуального розвитку може ставати одним із патогенних чинників формування захворювань гінекологічної сфери, зокрема ювенільних маткових кровотеч.

Ключові слова: підлітковий період, ювенільні маткові кровотечі, статевий розвиток, статево виховання, самосвідомість, статева роль, психосексуальні орієнтації, асинхронії психосексуального розвитку, патогенні чинники.

In the article questions are examined in relation to the study of pathogeny of such violations of gynaecological sphere in teens as a juvenile uterine bleeding. The last have considerable prevalence among gynaecological diseases for girls-teenagers. On the basis of results researches are exposed, that violation of psychosexual development can become one of pathogenic factors of forming of diseases of gynaecological sphere, in particular juvenile uterine bleeding.

Keywords: juvenile period, juvenile uterine bleeding, sexual development, sexual education, consciousness, sexual role, psychosexual orientations, asynchronous of psychosexual development, pathogenic factors.

Постановка проблемы. Психосексуальное развитие человека начинается с первых месяцев его жизни. Это сложный многомерный процесс, имеющий определенные стадии и специфические механизмы. Вопросы психосексуального развития рассматривались как отечественными, так и зарубежными авторами [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11]. Каждая из существующих теорий вносит свой вклад в формирование всеобъемлющего представления о процессе развития человека. По замечанию целого ряда авторов [1, 2, 4, 5, 6, 8, 10] на каждом из этапов психосексуального развития возможно влияние патогенных факторов, которые могут привести к соответствующим нарушениям, в частности, асинхрониям психосексуального развития, то есть несвоевременному становлению сексуальности. Асинхронии психосексуального развития, в свою очередь, могут становиться патогенетическим и/или предрасполагающим фактором формирования неврозов, психосоматических расстройств и т. п. [5]. Данная проблема становится важной в свете распространения эндокриннозависимых гинекологических заболеваний среди подростков, относящихся к психосоматической патологии [12, 13], в частности ювенильных маточных кровотечений (далее ЮМК). По данным Украинского научно-исследовательского института охраны здоровья детей и подростков они составляют в структуре детской гинекологической заболеваемости 25 % [12].

Анализ проблемы. В отечественной сексологии разработана концепция психосексуального дизонтогенеза [2, 6], которая дает возможность правильно понять этапы развития сексуальности, выявить причины и условия возникновения ее нарушений. Так, В.М. Маслов, И.Л. Ботнева, Г.С. Васильченко выделяют следующие возрастные периоды в становлении сексуальности индивида [6]: 1) парапубертатный период (1-7 лет) – формирование полового самосознания (I этап психосексуального развития); 2) препубертатный период (7-13 лет) - формирование стереотипа полоролевого поведения (II этап психосексуального развития); 3) пубертатный период (12-18 лет) – половое созревание, формирования платонического, эротического и сексуального либидо (первые две стадии III этапа психосексуального развития); 4) переходной период становления сексуальности (16-26 лет) - начало половой жизни (последняя стадия III этапа психосексуального развития и завершение формирования сексуального либидо); 5) период зрелой сексуальности (26-55 лет); 6) инволюционный период (51-70 лет) - снижение половой активности, регресс сексуального либидо. Психосексуальное развитие, таким образом, представляет собой один из аспектов индивидуального психического развития. Его завершение знаменуется вступлением в период зрелой сексуальности. При этом выделяются три этапа психосексуального развития [2].

В литературе [2, 3, 5] отмечается, что нарушения, происходящие на тех или иных этапах психосексуального развития, приводят к его грубым деформациям, сказывающимся на формировании личности. Асинхронии психосексуального развития, таким образом, могут становиться серьезным патогенным фактором, влияющим на личность девочек-подростков и, как следствие, предрасполагать заболевания гинекологической сферы.

Цель исследования. Изучение особенностей психосексуального развития девочек подросткового возраста, страдающих ЮМК.

Методы исследования. Для изучения особенностей психосексуального развития девочек использовалось полуструктурированное диагностическое интервью. При обработке данных применялся критерий углового преобразования Фишера.

Описание выборки. Исследование проводилось на базе гинекологического отделения Украинского Научно-исследовательского института охраны здоровья детей и подростков, а также общеобразовательных школ г. Харькова. В исследовании приняли участие девочки, страдающие ЮМК, и здоровые девочки (контрольная группа) в возрасте 13-17 лет. Общее количество девочек - 199 человек.

Результаты исследования. На основании полученных данных можно утверждать, что половое самосознание у всех обследованных было правильным. У девочек, страдающих ЮМК, также как и у здоровых представлены основные новообразования – любопытство, направленное на половые признаки, изучение половых органов, социо-сексуальные игры, посредством которых становится возможным изучение тела других. Однако, по сравнению с контрольной группой такие социо-сексуальные игры как «дочки-матери», «семья», «доктор», «больница» значимо меньше представлены среди девочек с ЮМК. При этом процент девочек с ЮМК, играющих в так называемые «мальчишечьи игры» - игры с машинками, в войну - значимо выше по сравнению со здоровыми. Таким образом, при своевременном формировании правильного полового самосознания у девочек с ЮМК отсутствует необходимое закрепление установок относительно половой идентичности. Неудовлетворительному закреплению установок относительно полового самосознания может способствовать и тот факт, что девочки с ЮМК в детстве имели ограниченный контакт с матерью. По указанию Д.Н. Исаева, В.Е. Кагана, И.С. Кона и др. [4, 7, 8, 13], контакт с матерью оказывается наиболее значимым для девочки данного возраста, так как в процессе этого взаимодействия происходит формирование интернализированных представлений о своей половой роли. Из указанного следует, что у девочек, страдающих ЮМК, произошло осознание половых различий, своей половой принадлежности, однако достаточной половой дифференцировки поведения и установок (стиль поведения мальчиков и девочек, их различия в интересах) не произошло.

Для второго этапа психосексуального развития – формирование стереотипа полоролевого поведения - характерна интенсивная социализация ребенка, выбор половой роли, отвечающий психофизиологическим особенностям ребенка и образцам маскулинности/феминности микросоциальной среды. У девочек, страдающих ЮМК, по сравнению с контрольной группой значимо меньше выражена игровая деятельность. Между тем, на этапе формирования стереотипа полоролевого поведения играм со сверстниками, в особенности ролевым и «семейным», отводится особая роль, так как они способствуют выработке и закреплению полоролевых установок [4, 7, 8]. Кроме того, девочки данной группы как и на предыдущем этапе психосексуального развития склоняются к «мальчишечьим» и подвижным играм: «казаки-разбойники»; игры в войну; спортивные игры; компьютерные игры, жанра Action, где просматривается желание игрока продемонстрировать свою силу, выносливость, хорошую реакцию, одержать победу в соревновании и т.д. Интересным является и тот факт, что девочки с ЮМК предпочитают общение и совместные игры либо со сверстниками своего пола, либо со сверстниками обоих полов. То есть, отвергая сугубо «мальчишечьи» компании, девочки с ЮМК все же выбирают игровую активность в большей степени характерную противоположному полу. Из этого следует, что формально отказываясь от мужской роли, у девочек в тоже время происходит научение полоролевому поведению противоположного пола. Такое предположение подкрепляется и анализом тех видов деятельности, которые девочки предпочитают вне учебной деятельности. Занятия шитьем, вязанием, рисованием, танцами, музыкой, которые характерны для женской популяции, значимо меньше представлены у девочек с ЮМК по сравнению с контрольной группой.

Данные о взаимодействии девочек, страдающих ЮМК, с родителями свидетельствуют, что всего 53,5 % из них интересуются занятиями мамы по дому и принимают в них участие. Однако у 46,5 % больных девочек мы можем наблюдать вовлеченность в занятия отца по дому. Это значимо отличает их от здоровой группы. Можно предположить, что образ матери либо противоречив, либо не достаточно содержателен для полноценной апробации и закрепления женской половой роли. А между тем по указанию R.J. Stoller, G. Hofstede и др. корректное полоролевое поведение родителей во многом определяет формирование адекватного полоролевого поведения ребенка [7, 13, 14, 15].

Такое положение вещей проявляется и при выборе девочками с ЮМК своего внешнего образа. Так при выборе одежды девочки предпочитают стиль «унисекс» (73,7 %), который включает в себя как элементы женской, так и элементы мужской одежды. А при выборе прически предпочтение отдают либо длинным волосам (52,5 %), либо короткой стрижке (47,5 %). Для здоровых девочек более характерен выбор женского стиля одежды (64 %) и более женственных причесок (длинные волосы – 63 %, волосы средней длины – 20 %).

Таким образом, можно утверждать, что для девочек с ЮМК характерны затруднения относительно выработки женских полоролевых установок, осознания адекватных моделей мужественности и женственности. Как следствие, у них возникает конфликт между маскулинной полоролевой ориентацией и необходимостью принятия женской половой роли.

Неудовлетворительное течение первого и второго этапов психосексуального развития у девочек с ЮМК неблагоприятно сказываются и на прохождении ими третьего этапа - формирования психосексуальных ориентаций. Это период полового созревания, формирования платонического, эротического и сексуального либидо. Так, формирование платонического либидо характеризуется возникновением интереса, обожания по отношению к представителям противоположного пола; желанием нравиться; появлением платонических сновидений, фантазий, платонического общения, первых свиданий и т.д. [2, 3, 8]. У страдающих ЮМК интерес к противоположному полу появляется у 51,5 %, в возрасте 10-11 лет, и у 42,4 % в 14-15 лет. Это отличает больных девочек от контрольной группы, где такой интерес отмечается уже к 6-7 годам абсолютно у всех. Желание нравиться противоположному полу у девочек контрольной группы появляется в том же возрасте и также характерно для всех. В то время как среди больных девочек это отмечается у 49,5 % в 10-11-летнем возрасте и у 42,4 % в возрасте 14-15 лет. Такие показатели указывают на задержку в формировании платонического либидо у девочек, страдающих ЮМК. Кроме того, 10-11-летние девочки с ЮМК утверждают, что им нравится мальчик, они хотят нравиться ему, но «... я никогда не подам вида и не проявлю своих чувств...». А те девушки, у которых интерес возникает позже (в 14-15 лет) проявляют больший интерес не к самому молодому человеку, а к атрибутам этих взаимоотношений – «Мне нравится, когда молодой человек за

мною ухаживает, проявляет знаки внимания, дарит хорошие подарки...».

Такие новообразования как платонические фантазии, сновидения, интерес к фильмам, книгам платонической направленности у части девочек, страдающих ЮМК, начинают проявляться в 10-12-летнем возрасте, а у части в возрасте 14-15 лет. Это вновь демонстрирует их отставание от контрольной группы в среднем на 2-4 года. Содержание фантазий и сновидений девочек с ЮМК свидетельствует об их противоречивом отношении к противоположному полу.

Очевидно, что девочки с ЮМК не своевременно и не в достаточной степени накапливают информацию необходимую для дальнейшего развития межполового поведения. Как следствие, проявление кокетства, заигрывание с представителями противоположного, переписка и т.п. проявляется лишь у 36,4 % девочек с ЮМК в возрасте 11-12 лет, а у 31,3 % - в 14-15 лет. В то время как все указанные проявления наблюдаются у 95 % здоровых девочек 8-9-летнего возраста. Для 86 % девочек контрольной группы в 12-13 лет характерно начало первых встреч, прогулок, свиданий с мальчиками. У части девочек с ЮМК первые свидания начинаются с 11-12-летнего возраста (42,4 %), а у части в возрасте 14-15 лет (39,4 %). Но следует отметить, что у больных девочек частота свиданий доминирует по сравнению с контрольной группой. Таким образом, наблюдается диссонанс – девочки с ЮМК являются недостаточно готовыми к реализации платонического либидо, но у примерно половины из них реализация наблюдается раньше, чем в контрольной группе.

Следует заметить, что задержка в формировании платонического либидо и его неадекватная реализация связаны, прежде всего, с особенностями отношения девочек к противоположному полу. Девочки либо противостоят молодыми людьми, соперничают, либо проявляют безразличие по отношению к ним. Можно предположить, что это основывается на конфликтных взаимоотношениях с отцом, усвоении неадекватных материнских моделей взаимоотношений с противоположным полом [9, 10].

Вторую стадию этапа формирования психосексуальных ориентаций – формирование эротического либидо – сопровождает появление эротических фантазий и сновидений, интерес к фильмам, литературе сексуально-эротического характера, демонстрация противоположному полу своей физической привлекательности, участие в эротических играх со сверстниками, свидания с молодыми людьми, которые сопровождаются поцелуями, ласками и т.п. Так, у больных девочек сновидения эротического порядка появляются лишь 41,4 % случаев, в то время как у девочек контрольной группы это отмечается в 78 % случаев. У 35,4 % девочек с ЮМК сновидения подобного рода начинают появляться лишь к 14-15 годам, в чем они значительно отстают от здоровых девочек. Та же картина наблюдается и с фантазиями эротического характера. При этом сновидения и фантазии эротического порядка у девочек с ЮМК не выражены и характеризуются ими следующим образом: «...это набор картинок не про меня». Встречаются случаи, когда у девочек присутствуют эротические сны, но нет эротических фантазий, только платонические. Таким образом, можно говорить о вытеснении мыслей эротической направленности. Интерес к фильмам и книгам сексуально-эротической направленности у девочек с ЮМК возникает в возрасте 11-12 лет, что характерно и для контрольной группы. Однако у последних он наблюдается в 100 % случаев, а у больных девочек в 43,5 % случаев. Кроме того, если у здоровых девочек просмотр фильмов и прочтение литературы такого порядка вызывает усиление интереса, увеличение частоты фантазий эротического характера и связано с положительными эмоциями, то у девочек с ЮМК это сопровождается негативными или амбивалентными эмоциями, снижает частоту эротического фантазирования. Говоря о реализации эротического либидо, следует отметить, что девочки с ЮМК, как и девочки контрольной группы, участвуют в играх со сверстниками, носящих эротический характер с 12-13-летнего возраста. Однако, процент участвующих в играх девочек с ЮМК значимо низкий (58,6 %) по сравнению со здоровыми (100 %). При этом, по возрасту появления желания продемонстрировать свою физическую привлекательность и сексуальность девочки, страдающие ЮМК, не отстают от контрольной группы. 41,4 % девочек с ЮМК с 12-13-летнего возраста достаточно активно демонстрируют себя, желая привлечь внимание противоположного пола. Что касается встреч и свиданий, где возможна реализация эротического либидо через поцелуи, ласки, то у девочек с ЮМК их процент значимо ниже (44,4%) по сравнению с контрольной группой. Однако, для больных девочек характерно более раннее появление свиданий, сопровождающихся поцелуями и ласками. И это происходит не потому, что они готовы к эротическим взаимоотношениям с противоположным полом, а для того «... чтобы быть как все», «только так можно привлечь внимание мальчиков».

Из сказанного видно, что девочки, страдающие ЮМК не готовы к реализации эротического либидо (по причине его не сформированности), но вступают во взаимоотношения эротического характера. Как следствие их отношения с противоположным полом можно рассматривать как «субъект-объектные», где представитель противоположного пола выступает в роли объекта, а женственность, привлекательность в свою очередь, становятся для девочек всего лишь инструментами для привлечения внимания объекта.

Третья стадия – формирования сексуального либидо – сопровождается появлением сновидений и фантазий сексуального порядка, началом половой жизни, чередованием сексуальных эксцессов и периодов абстиненции и мастурбации. У девочек с ЮМК, первыми возникают фантазии сексуального характера в 11-12 лет. Однако они являются не выраженными, скудными и представлены у значимо меньшего числа девочек по сравнению с контрольной группой (у 61,6 %). С 12-13 лет отмечается появление сновидения сексуального порядка, но они также характерны для небольшого числа девочек с ЮМК – 49,5 %. Тот факт, что первыми появляются фантазии и лишь затем сновидения может указывать на то, что у девочек с ЮМК телесные желания запаздывают, а начало сексуальных фантазий может происходить за счет других стимуляторов, например, социально-психологического порядка – быть не хуже других, привлечь к себе внимание и т.д. Если обратить внимание на отношение девочек к своим снам и фантазиям сексуального порядка, то мы увидим, что в одних случаях они сопровождаются чувством стыда, неприятия, «грязности». Особенно это касается сновидений, так как их девочки контролировать не могут. В других случаях, девочки плохо помнят свои сновидения, утверждают, что видят их редко и деталей не помнят. И в том, и в другом случае наблюдается вытеснение

своей сексуальности, не принятие ее. Данный факт подтверждает и общее отношение девочек с ЮМК к половой близости – доминирует отрицательное и амбивалентное отношение, в то время как в контрольной группе доминантным является положительное и неопределенное отношение к сексу, а отрицательное вообще отсутствует.

Формы сексуальной активности, которые выбираются здоровыми девочками и страдающими ЮМК также значительно отличают их друг от друга. В контрольной группе с 10-11 лет 76 % девочек признают мастурбационный опыт, который сопровождается у них в 67,4 % случаев нейтральным отношением, в 23,4 % случаев положительным, и лишь в 9,2 % случаях – отрицательным отношением. Мастурбация у девочек, как правило, сопровождается эротическим образным фантазированием, но не завершается оргазмом. Положение вещей меняется в возрастном промежутке 13-14 лет, когда ранняя допубертатная мастурбация меняется на сопровождаемую оргазмом. По мнению А.Е. Личко [5] такая подростковая мастурбация относится к реакциям, обусловленным формирующимся сексуальным влечением. В группе с ЮМК опыт мастурбации отмечается лишь у 5,1 % девочек с 15-16-летнего возраста. При этом мастурбационный процесс не сопровождается ни эротическим, ни сексуальным фантазированием и не завершается оргазмом. Мастурбация отличается низкой частотой проявления и в 100 % случаев девочки относились к этому опыту отрицательно, испытывая чувство вины и стыда за свои действия. По замечанию Блюма Г. «...чувство вины и стыда, связанные с мастурбацией, возникают не из-за нее самой, а скорее в результате разных вариантов прохождения эдипова комплекса» [11]. Таким образом, мы возвращаемся к мнению о неадекватном прохождении девочками с ЮМК эдипальной фазы и сталкиваемся с задержанным формированием сексуального либидо. В тоже время 15,2 % девочек, страдающих ЮМК, прибегали к такой форме сексуальной активности как петтинг с 14-15 лет. В контрольной группе подобный опыт отсутствуют. Что касается начала половой жизни, то у 67 % здоровых девочек такая активность наблюдается к 16-17 годам. В группе же, страдающих ЮМК, начало половой жизни отмечено в среднем на год раньше (15-16 лет), но у значительно меньшего процента девочек – 12,1. У остальных процесс перехода к половой жизни с партнером затягивается.

Выводы.

1. У девочек-подростков, страдающих ЮМК, наблюдаются задержки на каждом из этапов психосексуального развития, что представляет собой один из вариантов асинхроний психосексуального развития.

2. Асинхронии психосексуального развития у девочек с ЮМК можно отнести к сочетанным, так как задержка становления сексуальности связана с комбинированным взаимодействием двух факторов – социальным и психологическим. Асинхронии социогенного порядка вызваны неправильным половым воспитанием; психогенного порядка – связаны с патохарактерологическим развитием личности.

3. Анализ данных позволяет предполагать наличие патогенетической и/или предрасполагающей роли асинхроний психосексуального развития в формировании такого заболевания гинекологической сферы как ЮМК.

4. Вместе с тем, полученные результаты не являются достаточными для указания прочной взаимосвязи между нарушениями психосексуального развития и возникновением, течением заболеваний репродуктивной системы девочек-подростков (на материале ювенильных маточных кровотечений). Изложенные предположения требуют более глубокого исследования.

Литература

1. Буртянский Д.Л. Медицинская сексология / Д.Л. Буртянский, В.В. Кришталь, Г.В. Смирнов. – Саратов: Изд-во СГУ, 1990. – 272 с.
2. Кришталь В.В. Сексология в 4-х частях / В.В. Кришталь, С.Р. Григорян. – Харьков: Академия сексологических исследований, 1999. – 1152 с.
3. Кришталь В.В. Сексология / В.В. Кришталь, Є.В. Кришталь, Т.В. Кришталь. – Харків: Фоліо, 2008. – 990 с.
4. Кон И.С. Введение в сексологию / И.С. Кон. – М.: Медицина, 1988. – 319 с.
5. Луценко А.Г. Асинхронии психосексуального развития / А.Г. Луценко. – Харьков: «Основа», 1996. – 208 с.
6. Маслов В.М. Нарушения психосексуального развития / В.М. Маслов, И.Л. Ботнева, Г.С. Васильченко. – М.: Медицина, 1983. – С. 27 -115.
7. Сексология / Под научной редакцией Д.Н. Исаева. – СПб.: Питер, 2001. – 512 с.
8. Кле М. Психология подростка: психосексуальное развитие / М. Кле. – М.: Педагогика, 1991. – 176 с.
9. Келли Г.Ф. Основы современной сексологии / Г.Ф. Келли. – СПб.: Издательство «Питер», 2000. – 896 с.
10. Мастерс У. Основы сексологии / У. Мастерс, В. Джонсон, Р. Колодны. – М.: Мир, 1998. – 692 с.
11. Handbook of human sexuality / Ed. B. Wolman, J. Money. – Prentice-Hall, 1980. – 365 p.
12. Лікування дівчат-підлітків із порушеннями статевого розвитку і менструальної функції. Методичні рекомендації / Під ред. С.О. Левенець; Український науково-дослідницький інститут охорони здоров'я дітей та підлітків. – Х., 2005. – 38 с.
13. Исаев Д.М. Психогигиена пола у детей / Д.М. Исаев, В.Е. Каган. - Л.: Медицина, 1986. - 336 с.
14. Hofstede G. Masculinity/Femininity as a dimension of culture // Masculinity and Femininity. The taboo dimension of National Cultures / Ed. By G. Hofstede. – Thousand Oaks, CA, New Delhi, London: Sage Publications, Inc. – 1998. - P. 3. - 28.
15. Stoller R.J. Sex and gender / R.J. Stoller. – New-York: Science House, 1968. – Vol. 1.