



## СЕКЦИЯ 7. МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

УДК 159.922.73-055.25:159.922.1:618.17-008.8

### ПОЛОРОВЫЕ АСПЕКТЫ НАРУШЕНИЙ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Гришко А.А., старший преподаватель  
кафедры психологии гуманитарного факультета  
Национальный аэрокосмический университет  
имени М.Е. Жуковского «Харьковский авиационный институт»

Левенец С.А., д. мед. н., профессор,  
заведующий отделом детской гинекологии  
Институт охраны здоровья детей и подростков  
Национальной академии медицинских наук Украины

Беляева Е.Э., к. психол. н.,  
научный сотрудник отделения психологии развития  
Институт охраны здоровья детей и подростков  
Национальной академии медицинских наук Украины

В статье представлены результаты исследования особенностей полоролевой сферы личности девочек-подростков, страдающих нарушениями менструальной функции, в частности пубертатными кровотечениями и вторичной олигоменореей. Выявлены характерные для больных девочек полоролевые модели, изучены уровневые характеристики маскулинности/фемининности, особенности их межуровневых связей. Установлено наличие у больных девочек-подростков полоролевой трансформации, что является одним из патогенных факторов в формировании нарушений менструальной функции.

**Ключевые слова:** *половая роль, симптомокомплекс маскулинности/фемининности, пубертатные кровотечения, вторичная олигоменорея, патогенные факторы, полоролевая трансформация.*

У статті подано результати дослідження особливостей статевої сфери особистості дівчат-підлітків, що страждають на порушення менструальної функції, зокрема на пубертатні кровотечі та вторинну олігоменорею. Виявлено характерні для хворих дівчат статевої моделі, вивчено рівневі характеристики маскуліності/фемініності, особливості їх міжрівневих зв'язків. Установлено наявність у хворих дівчат-підлітків статевої трансформації, що є одним із патогенних чинників у формуванні порушень менструальної функції.

**Ключові слова:** *статева роль, симптомокомплекс маскуліності/фемініності, пубертатні кровотечі, вторинна олігоменорея, патогенні чинники, статевої трансформація.*

Hryshko A.A., Levenets S.A., Beliaeva E.E. SEXUAL ASPECTS OF MENSTRUAL FUNCTION DISORDERS IN ADOLESCENCE

The article presents the results of the study of the characteristics of the sex-role sphere of the personality of adolescent girls suffering from menstrual dysfunction, in particular pubertal hemorrhages and secondary oligomenorrhea. Sex-role models for the sick girls were characterized, level characteristics of masculinity/femininity and the peculiarities of their inter-level relationships were studied. The presence of sex-role transformation in patients with adolescent girls is established, which is one of the pathogenic factors in the formation of menstrual function disorders.

**Key words:** *sexual role, symptomatic complex of masculinity/femininity, pubertal hemorrhages, secondary oligomenorrhea, pathogenic factors, sexual transformation.*

**Постановка проблемы.** Согласно данным многочисленных исследовательских работ [1, с. 35; 2, с. 57; 3, с. 62; 4, с. 34], ведущее место в структуре гинекологической заболеваемости подростков занимают нарушения менструальной функции, составляющие 61–63%. Несмотря на большую распространенность среди девочек

заболеваний данной группы, многие вопросы, касающиеся этиологии, патогенеза, клиники, диагностики и лечения данных заболеваний, остаются нерешенными. Об этом свидетельствуют частые рецидивы и недостаточная эффективность лечения, нарушения репродуктивной функции в фертильном возрасте [1, с. 56; 4, с. 34].

**Анализ последних исследований и публикаций.** В последнее десятилетие в отечественной и зарубежной научной литературе все большее внимание уделяется медико-социальным факторам формирования репродуктивного потенциала девочек [1, с. 153; 2, с. 58]. Однако анализ литературы показывает, что исследований, посвященных медико-психологическим аспектам этой проблемы, чрезвычайно мало [5, с. 236; 6, с. 69; 7, с. 112]. На данный момент в рамках отечественной практики методы оказания психологической помощи девочкам-подросткам с нарушениями менструальной функции также крайне не многочисленны [4, с. 33; 7, с. 114]. С учетом сказанного очевидна необходимость выявления клинико-психологических особенностей больных девочек-подростков как неотъемлемой части лечения и профилактики, что позволит усовершенствовать оказание им медико-психологической помощи. Иными словами, работа по охране репродуктивного здоровья подростков должна осуществляться на комплексной основе.

Работы ряда исследователей показывают, что в процессе полового созревания нарастает избирательная чувствительность репродуктивной системы к психологическим факторам. Так, по мнению Ю.А. Крупко-Большовой, С.А. Левенец, Л.Ф. Куликовой, В.А. Дынник и др. [1, с. 87; 2, с. 57; 3, с. 63], в возникновении и рецидивировании ряда нарушений менструальной функции значительную роль играют такие психологические факторы, как отсутствие гармонии в семейных отношениях и условиях воспитания, трудности общения со сверстниками, напряжение при учебных перегрузках и др. Б.Е. Микиртумов отмечает важное значение личностных особенностей девочек в характере протекания пубертатных кровотечений (далее – ПК), указывает на наличие определенных типов акцентуации характера у больных [5, с. 239]. М.Ю. Борисенко, Е.В. Уварова, З.К. Батырова, У.С. Петецкая, В.А. Агарков и др. [8, с. 23] в качестве психологических факторов, так или иначе влияющих на состояние менструального цикла, отмечают стресс, последствия психологических травм, сложности при прохождении критических фаз психосексуального развития и социализации.

Наряду с вышеперечисленными факторами имеются указания на значимость нарушений гендерной идентичности в этиологии ПК, олигоменореи (далее – ОМ), вторичной аменореи (далее – ВАМ) и других нарушений менструального цик-

ла [6, с. 70; 8, с. 21]. Так, авторы отмечают тенденцию к преобладанию мужских паттернов в рассказах больных девочек при прохождении проективных психодиагностических методов, т.е. превалированию у них мужских аспектов гендерной идентичности. С ними связаны такие черты, как перфекционизм, стеничность, лидерские качества, преобладание желания быть выделенной из многих. Кроме того, указывается на наличие выраженных нарциссических и кастрационных тревог. Результаты исследований демонстрируют также стремление девочек к идеалу атлетического тела со значительной мышечной массой (у страдающих ПК), к силе, спортивности, обладанию силой воли (у страдающих ПК, ОМ, ВАМ), которое отражается в их поведении. Такие данные свидетельствуют о том, что картину вышеуказанных заболеваний вполне могут дополнять нарушения полоролевой идентичности [6, с. 71; 7, с. 114]. А.С. Кочаряном выявлено, что наличие девиаций в структуре полоролевой сферы также является фактором, предрасполагающим к развитию гинекологической патологии, в частности при ПК [6, с. 70]. По его мнению: «Полоролевые образования являются срежневыми в структуре личности и конституируют всю систему личности, являясь одним из определений психологического и психосоматического здоровья» [6, с. 46]. С учетом сказанного возникает необходимость изучения нарушений менструальной функции и в полоролевом контексте.

Известно, что полоролевая сфера личности репрезентирована симптомокомплексом маскулинности/фемининности (далее – М/Ф), при ее изучении необходим анализ уровневого распределения М/Ф образований и определение адекватности полоролевой модели личности возрастному периоду [6, с. 31].

Постановка задачи. Цель статьи – изучить особенности полоролевой сферы девочек-подростков, страдающих ПК и вторичной олигоменореей (далее – ВОМ), которые могут выступать в качестве возможных внутренних условий для развития и течения заболевания.

Методы исследования. Для изучения особенностей структуры и функции симптомокомплекса М/Ф использовался ряд полоролевых шкал – ACL-шкала полоролевого поведения А.В. Heilbrun, шкала Dur-Moll в методике Л. Szondi, шкалой m/f ПДО-2 А.Е. Личко. При обработке данных применялся критерий углового преобразования Фишера и корреляционный метод Тау Кендалла.



Таблиця 1

**Уровневое распределение М/Ф образований у больных девочек первой и второй возрастных групп в сравнении со здоровыми**

Уровни М/Ф симптомокомплекса	1 возрастная группа				2 возрастная группа						
	Частота в %				Уровень различий, φ						
	К n=30	ВОМ n=30	КГ n=30		ПК/КГ	ВОМ/КГ	ПК n=30	ВОМ n=28	КГ n=30	ПК/КГ	ВОМ/КГ
Социогенный	М	0	0	6	2,48**	2,33**	0	6,3	0	0	2,51**
	Ф	5,1	55	34	1,14	2,00*	23,5	41,6	26	0,29	1,64*
	А	9,2	45	48	0,89	0,28	76,5	45,8	70	0,73	2,45**
	Н	5,7	0	12	0,54	3,32**	0	6,3	4	2,02*	0,51
Поведенческий	М	3,6	11	38	3,8**	3,06**	62	19,8	20	4,43**	0,03
	Ф	6,4	89	62	3,8**	3,06**	38	80,2	80	4,43**	0,03
Биогенный	М	8,4	57,5	64	1,6*	0,63	82,4	54,2	42	4,33**	1,23
	М!	0	25	12	3,22**	1,6*	5,9	16,7	12	1,08	0,66
	Ф	1,6	42,5	36	1,6*	0,63	17,6	45,8	58	4,33**	1,23
	Ф!	3,9	0	12	1,55	3,03**	0	0	8	2,56**	2,50**

Примечание: \* -  $p < 0,05$ , \*\* -  $p < 0,01$ ;

КГ – контрольная группа здоровых девочек;

φ – критерий углового преобразования Фишера;

А – андрогинный тип; М – маскулинный тип; Ф – фемининный тип; Н – недифференцированный в полоролевом отношении; М! – коэффициент  $M=100\%$ ; Ф! – коэффициент  $F=100\%$ .

Таблиця 2

**Связь М/Ф образований в разных возрастных группах девочек-подростков, страдающих ПК и ВОМ**

Описание выборки	ПК		ВОМ	
	Девочки 13–14,5 лет n = 30	Девочки 15–17 лет n = 30	Девочки 13–14,5 лет n = 30	Девочки 15–17 лет n = 28
Уровень связи, τ	0,36**	0,33**	0,19	0,16

Примечание: \* –  $p < 0,05$ , \*\* –  $p < 0,01$ ,

τ – коэффициент корреляции Кенделла.

Описание выборки. Исследование проводилось на базе отделения детской и подростковой гинекологии Института охраны здоровья детей и подростков НАМН Украины, а также общеобразовательных школ г. Харьков. В исследовании приняли участие девочки, страдающие ПК, ВОМ, и контрольная группа здоровых девочек-подростков (далее – КГ), которые разделены на две возрастные подгруппы: 13–14,5 лет и 15–17 лет. Общее количество девочек-подростков составило 178 человек.

Изложение основного материала исследования. По каждой из обследуемых групп установлено процентное соотношение типов полоролевой идентичности в соответствии с уровнями М/Ф симптомокомплекса (таблица 1) и проведен сравнительный анализ с КГ.

Из таблицы 1 можно видеть, что девочки первой возрастной группы, страдающие ПК, на социогенном уровне чаще определяют себя как фемининные (45,1%), а также как андрогинные (39,2%). Данные показатели статистически значимо не отличаются от КГ. Однако у девочек с ПК наблюдается отсутствие маскулинного типа полоролевой идентичности, что указывает на отрицание маскулинных характеристик на уровне Я-концепции. При этом на поведенческом и биогенном уровнях у страдающих ПК значимо выражены показатели маскулинности (соответственно, 73,6% и 78,4%), тогда как у КГ на поведенческом уровне доминируют показатели фемининности, а на биогенном – фемининные характеристики представлены значимо чаще. Таким образом, у девочек с ПК наблюдается межуровневая несогласованность: поведенческая маскулинность опирается на биогенную (глубинную) маскулинность, но на уровне Я-концепции она не принимается, и девочки оценивают себя как фемининные. При этом в КГ младших подростков отмечается межуровневое согласование: «андрогинные» (48%) и «фемининные» (34%) девочки на поведенческом уровне имеют значимо высокие показатели фемининности, а девочки с высокой биогенной маскулинностью (64%) имеют возможность ее компенсировать. А.С. Кочарян в работах отмечал наличие межуровневой компенсации [6, с. 67; 7, с. 174]. А это означает, что люди, имеющие выраженные маскулинные (или фемининные) характеристики на биогенном уровне, могут обнаруживать фемининные (или маскулинные) черты на поведенческом и социогенном уровнях.

Девочки первой возрастной группы, страдающие ВОМ, значимо чаще, чем КГ, оценивают себя как фемининные (55%)

и как андрогинные (45%). При этом, как и у девочек с ПК, у них отмечается отрицание собственной маскулинности на уровне Я-концепции. Кроме того, в отличие от других обследуемых групп, для девочек с ВОМ характерна четкая полоролевая идентичность – в группе не представлен недифференцированный тип. Тенденция к феминизации отмечается и на поведенческом уровне. У девочек фемининное поведение выбирается в 89% случаях, что значимо отличает их от КГ. Биогенный уровень у страдающих ВОМ представлен доминирующей маскулинностью, причем 25% девочек имеют ярко выраженную маскулинность (М=100% по шкале Dur-Moll L. Szondi). При этом среди 42,5% девочек с биогенной фемининностью нет ни одной представительницы с данной подчеркнутой характеристикой (когда Ф=100% по шкале Dur-Moll L. Szondi). Этот факт отличает девочек с ВОМ от КГ и страдающих ПК. Исходя из анализа уровня распределения М/Ф образований, можно говорить о наличии у девочек группы ВОМ гиперфемининности, представленной и на уровне Я-концепции, и на поведенческом уровне. Очевидно, она может быть объяснена как чрезмерная компенсация биогенной, глубоинной маскулинности.

Несмотря на то, что во второй возрастной группе больных девочек особенности межуровневого распределения М/Ф образований схожи с первой возрастной группой, следует отметить ряд отличительных моментов. Так, для группы с ПК на социогенном уровне характерно увеличение количества девочек, оценивающих себя как андрогинные (76,5%). Такие же показатели отмечаются и в КГ. Высокий процент «андрогинных» девочек-подростков может объясняться, во-первых, возрастными изменениями, завершением расщепления образований М/Ф к 15–16 годам: на фоне интенсивного функционирования эндокринной системы наблюдается рост желаний у девочек нравиться мальчикам, в норме проявляя при этом женские формы поведения и подавляя мужские; формирование эротического и сексуального либидо (1 фаза), выбор объекта влечения. Во-вторых, это может быть следствием интроекции маскулинных ценностей, принятых в европейской культуре. А.С. Кочарян утверждал, что культурные нормы женского поведения являются «искусственными», и отмечал существование разрыва между глубоинной, биогенной фемининностью и ее презентацией на уровне Я-концепции [7, с. 94]. Однако если у КГ андрогинная полоролевая концепция согласуется с пре-





обладающей поведенческой и биогенной фемининностью, то в группе больных ПК наблюдается увеличение процента девочек со значимо доминирующей маскулинностью как на поведенческом (62%), так и на биогенном уровнях (82,4%). При этом среди 17,6% девочек с биогенной фемининностью нет ни одной с  $\Phi=100\%$  по шкале Dur-Moll L. Szondi.

У девочек, страдающих ВОМ, также доминирует андрогинная полоролевая концепция (45,8%), однако показатели ее значимо ниже, чем в КГ (70%). При этом показатели фемининности значимо чаще представлены (41,6%), по сравнению со здоровыми подростками (26%). С учетом высокой поведенческой фемининности можно утверждать, что жесткая линия «феминизации», отмеченная еще в первой возрастной группе, представлена и во второй. Андрогинная полоролевая концепция девочек с ВОМ, по-видимому, опирается на биогенную маскулинность (54,2% девочек, из которых 16,7% имеют  $M=100\%$  по шкале Dur-Moll L. Szondi, а выраженную фемининность – 0%) и, как компенсация, наблюдаются гиперфемининные поведенческие реакции.

Характер внутривидовых связей М/Ф образований определяют модель организации симптомокомплекса М/Ф: континуально-альтернативную, андрогинную и континуально-адьюктивную. При этом, следуя замечанию А.С. Кочаряна [6, с. 26], что андрогинная и континуально-адьюктивная модели функционируют только на социогенном уровне симптомокомплекса, нами изучались взаимосвязи М и Ф показателей полоролевой шкалы А.В. Нейлбрун (диагностирующей полоролевую «Я – концепцию» личности).

В таблице 2 представлены коэффициенты корреляций М и Ф параметров в группах больных девочек разного возраста.

Как видно из таблицы 2, в первой возрастной группе девочек-подростков, страдающих ПК, связь М/Ф образований значимо положительна, что характерно для континуально-адьюктивной полоролевой модели, т.е. имеет место нерасщепленное внутреннее единство мужественности и женственности в структуре личности девочек данной группы. Эта модель является нормативной для девочек до 15–16-летнего возраста и представляет собой незрелую структуру симптомокомплекса раннего пубертата. Отмечается, что единство М и Ф образований в рамках этой модели является противоречивым: с одной стороны, девочки негативно оценивают, критикуют представительниц своего пола, переоце-

нивая мужской; с другой стороны, они принимают стереотипы, модели поведения, характерные для женского пространства [6, с. 25]. Как указывалось выше, начиная с периода половой сегрегации, можно наблюдать начало подготовки к расщеплению М/Ф образований. В это время девочки желают нравиться противоположному полу, проявляют женские формы поведения и подавляют мужские. И уже к 15–16 годам расщепление М и Ф структур завершается: наблюдается переход к зрелой андрогинной полоролевой модели. Здесь между М/Ф показателями возникают отношения независимости. Однако во второй возрастной группе девочек, страдающих ПК, мы наблюдаем ту же полоролевую модель, что и в первой возрастной группе, – континуально-адьюктивную. Данный факт указывает на то, что развитие полоролевой сферы девочек с ПК не отвечает возрастным нормам, свидетельствует о незрелости структуры М/Ф симптомокомплекса. При этом данные по КГ: 1-я возрастная группа – 0,42\*\*; 2-я возрастная группа – 0,19, что отвечает правильному формированию моделей организации симптомокомплекса М/Ф.

Что касается первой и второй возрастных групп, страдающих ВОМ, то здесь можно видеть отсутствие связи между М и Ф образованиями: взаимоотношения М и Ф представлены андрогинной полоролевой моделью. По замечанию А.С. Кочаряна, несмотря на то, что андрогинная полоролевая модель формируется в норме к 15–16 годам, в раннем пубертатном периоде возможно наблюдать неадекватные, инвертные полоролевые модели [6, с. 68]. Так, А.С. Кочарян и Н.И. Трикоза столкнулись с подобным случаем: у мальчиков-подростков с нарушенным липидным обменом была выявлена андрогинная полоролевая модель. Данный феномен обозначен ими как «ускорение становления зрелых отношений в рамках М/Ф-симптомокомплекса» и связывался с рядом особенностей индивидуального развития подростков [6, с. 69]. Поиск ответа, почему у девочек, страдающих ВОМ, в период раннего пубертата М и Ф образования проходят этап становления в «разорванном режиме», скорее всего, должен осуществляться в плоскости родительских взаимоотношений и их негативного влияния на полоролевую сферу ребенка: проблемная идентификация с матерью; эмоционально закрытые взаимоотношения с отцом (или их отсутствие); дистанцированные, «холодные» взаимоотношения между родителями, когда отсутствуют возможности для

формирования адекватного полоролевого поведения [9, с. 137; 10, с. 169]. Такое положение вещей приводит к недостаточной дифференцировке, изучению и закреплению женских полоролевых установок при осознании моделей мужественности и женственности.

Выводы из проведенного исследования. С учетом изложенного выше можем резюмировать следующее:

1. При анализе уровней характеристик М/Ф образований, их межуровневых связей у девочек с ПК и WOM отмечается ряд деформаций, что становится причиной полоролевого дисбаланса внутри личности, приводит к ригидности полоролевого поведения, сложностям усвоения широкого гендерного репертуара ролей, неадекватному образу-Я.

2. Для девочек, страдающих ПК и WOM, характерно наличие полоролевых моделей, не отвечающих возрастным нормам: во 2-й возрастной группе, страдающие ПК, имеет место инфантильная модель организации симптомокомплекса М/Ф; в 1-й возрастной группе, страдающие WOM, – неадекватное ускорение становления «зрелых» отношений между М/Ф образованиями.

3. Установлено наличие полоролевой трансформации у девочек, страдающих ПК и WOM. Это позволяет предполагать, что приведенные заболевания могут становиться формой псевдоразрешения проблемного развития полоролевой сферы.

Сделанные выводы дают возможность ставить вопрос о влиянии полоролевых девиаций личности на формирование патологии менструальной функции.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Левенец С.А., Дынник Т.А., Начетова В.А. Нарушения менструальной функции у девочек-подростков.

Харьков: Институт охраны здоровья детей и подростков НАМН Украины, 2012. 219 с.

2. Дынник В.А. Патогенетические аспекты формирования аномальных маточных кровотечений в разные сроки от менархе. Достижения та перспективи експериментальної і клінічної ендокринології (Чотирнадцять Данилевські читання): матеріали наук.-практ. конф. з міжнар. участю (Харків 2015). Харьков: Институт охраны здоровья детей и подростков НАМН Украины, 2015. С. 57–58.

3. Новохатская С.В. Клиническая картина вторичной олигоменореи у девочек-подростков. Внесок молодих вчених і спеціалістів у розвиток медичної науки і практики: нові перспективи: матеріали наук.-практ. конф. з участю міжнародних спеціалістів, присвяченої дню науки. Харьков: Институт охраны здоровья детей и подростков НАМН Украины, 2015. С. 62-63.

4. Асланян И. Э. Гипоменструальный синдром в практике гинеколога детского и подросткового возраста. Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2016. № 2. С. 33–34.

5. Исаев Д.М. Психосоматические расстройства у детей: руководство для врачей. Санкт-Петербург: Питер, 2000. 512 с.

6. Кочарян А.С. Личность и половая роль. Харьков: Основа, 1996. 127 с.

7. Кочарян А.С., Жидко М.Е., Терещенко Н.Н., Фролова Е.В. Полоролевая психология: коллективная монография / под редакцией А.С. Кочаряна. Харьков: ХНУ имени В.Н. Каразина, 2015. 236 с.

8. Борисенко М.Ю., Уварова Е.В. Клинико-лабораторные и психологические особенности девочек-подростков с различными формами гипоменструального синдрома. Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2015. № 6. С. 14–24.

9. Grishko A. Influence of parental family pattern on the origin of gynaecological pathology in teens. Scientific issue of “Knowledge, Education, Law and Management”. Lodz: Fundacja “Oswiata i Nauka bez granic PROFUTURO”, 2014. № 2(6). P. 128–137.

10. Гришко А.А. Роль раннего психотравматического опыта в формировании нарушений в репродуктивной системе у девочек-подростков. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки». 2016. № 5. Т 2. С. 165–170.