

Особенности эмоционально-личностной сферы у девочек-подростков с нарушениями менструального цикла

К.Е. Савицкая¹, Е.В. Сибирская, д.м.н., проф.^{1,2,3}, И.В. Караченцова, к.м.н.^{1,2}, С.Ю. Вепренцова, к.псих.н.¹

Адрес для переписки: Ксения Евгеньевна Савицкая, ksusav0405@gmail.com

Для цитирования: Савицкая К.Е., Сибирская Е.В., Караченцова И.В., Вепренцова С.Ю. Особенности эмоционально-личностной сферы у девочек-подростков с нарушениями менструального цикла. Эффективная фармакотерапия. 2024; 20 (35): 33–39.

DOI 10.33978/2307-3586-2024-20-35-33-39

Нарушения менструального цикла являются основной причиной обращения за консультацией к гинекологу во всем мире. Проблемы, связанные с менструацией, затрагивают 75% девушек-подростков. Соматическое заболевание оказывает существенное влияние на личность и эмоциональную сферу. В случае, когда заболевание приходится на сложный подростковый период, возникают серьезные угрозы психопатологических расстройств и нарушения личностного развития. Этиология нарушений менструального цикла может быть психогенной или гормональной. Выявление правильной этиологии позволяет адекватно подобрать методы терапии. Основную патогенетическую ось патологии образует кольцевая взаимосвязь психического и соматического факторов. Анализ данных литературы позволяет сделать вывод о наличии у пациенток повышенной тревожности, межличностной сенситивности, неустойчивости настроения, а также симптомов депрессии и искажения в структуре идентичности. Мультидисциплинарный подход к ведению таких пациенток предполагает взаимодействие гинекологов, клинических психологов и психиатров от момента постановки диагноза до окончания лечения.

Ключевые слова: нарушения менструального цикла, подростковый возраст, эмоциональная сфера, личность, клиническая психология, детская гинекология, репродуктивное здоровье

Введение

В настоящее время вопросы репродуктивного здоровья населения в целом и подрастающего поколения в частности относятся к проблемам междисциплинарного характера. Проблемы, связанные с менструацией, затрагивают 75% девушек-под-

ростков и являются основной причиной обращения к врачу [1]. По данным официальной статистики, выявляются неблагоприятные тенденции в состоянии репродуктивного здоровья у девушек подросткового возраста. Так, в России встречаемость патологии репродуктивной системы у данной группы

населения составляет 120 на 1000 человек, то есть каждая восьмая-девятая девочка имеет какое-либо гинекологическое заболевание или нарушение полового развития [2].

Нарушения менструального цикла (НМЦ) считаются основной причиной обращения за консультациями к гинекологам во всем мире. Известно множество определений и классификаций этого состояния [3]. По данным Федеральной службы государственной статистики, расстройств менструаций лидируют в структуре женской заболеваемости: на 100 тыс. женщин в 2015 г. приходилось 1360 случаев, в 2020 г. – 1303, а в 2022 г. – 1505,3 случая [4]. Данная патология практически в 3,5 раза превосходит по распространенности злокачественные новообразования. В 2022 г. зарегистрировано 435,4 случая таких новообразований на 100 тыс. женщин и 203,3 случая бесплодия на 100 тыс. женщин. Среди девушек-подростков НМЦ также считаются наиболее распространенной формой гинекологической патологии – 20–30% общего числа всех гинекологических заболеваний. Согласно опубликованным данным, от 11 до 13% женщин репродуктивного возраста в общей популяции сталкиваются с аномальными маточными кровотечениями. Такое состояние связано с ухудшением качества жизни как в физическом, так и в психологическом аспекте [5].

Соматическое заболевание существенно влияет на личность и эмоциональную сферу. В случае, когда заболевание приходится на сложный подростковый период, возникают серьезные угрозы нарушения личностного развития.

Материал и методы

Поиск литературы осуществлялся в базах данных PubMed, Google Scholar, eLibrary по ключевым словам: нарушения менструального цикла, подростковый возраст, эмоциональные особенности, личность, личностные особенности, репродуктивная функция.

Результаты

По классификациям разных авторов, подростковый период приходится на возраст 12–18 лет [6]. На этом этапе онтогенеза происходит множество физических изменений, связанных с активизацией деятельности желез внутренней секреции, в частности половых желез, что влияет на психологические процессы. Более того, отмечаются значимые изменения в степени структурного созревания разных отделов мозга и его функционального состояния в целом, что отражается на особенностях когнитивных процессов.

Меньшая степень зрелости префронтальной коры и ее сниженная по сравнению с глубинными структурами активность служат препятствием для функционирования системы произвольной регуляции и организации деятельности, возникают трудности с реализацией управляющих функций, снижается степень их влияния на активность глубинных структур, ответственных за эмоциональную сферу [7].

Подростковый возраст – это совокупность условий, в высшей степени предрасполагающих к воздействию различных психологических факторов (семейных и социальных проблем) [8].

В подростковом возрасте происходят резкие качественные изменения, касающиеся всех сторон развития личности: расширяется объем деятельности, качественно меняется характер, закладываются основы сознательного поведения, формируются нравственные представления [9].

В эмоциональной сфере отмечаются повышенная эмоциональная возбудимость, большая устойчивость эмоциональных переживаний по сравнению с младшими школьниками, противоречивость чувств. Развитие эмоциональной сферы подростков обусловлено не только гормональными и физиологическими изменениями. Большую роль в формировании эмоциональной стабильности играют стиль воспитания и особенности отношений между родителями и детьми [10].

По мнению В.Г. Казанской, подростки часто испытывают «застревание» на своих эмоциях, как положительных, так и отрицательных. Они сталкиваются с широким спектром эмоциональных переживаний, различая больше нюансов и переживая их более интенсивно и ярко, чем ранее [11]. Произвольность поведения, связанная с активностью префронтальных отделов, в этом возрасте развита плохо, вследствие чего в эмоциональной сфере отмечаются такие черты, как резкая смена настроений и психических состояний, повышенная возбудимость, импульсивность, проявление полярности и амбивалентности реакций, эмоциональная неустойчивость, утомляемость, раздражительность.

В подростковом возрасте значительно возрастает уровень тревожности. Изучением подростковой тревожности занимались ряд исследователей [12]. Показано, что тревожность в подростковом возрасте может возникать вследствие противоречивых ожиданий со стороны социума: предъявление высоких стандартов поведения и деятельности, которым должен соответствовать подросток, и трансляция невысоких представлений о его возможностях [13]. В силу указанных особенностей эмоциональной сферы, в частности повышенной возбудимости и эмоциональной неустойчивости, подростки бурно реагируют даже на малозначительные замечания и критику в свой адрес. Тревожность отражается на всех сферах их жизни, заметно ухудшая соматическое самочувствие. Все виды тревожных расстройств в подростковом возрасте снижают работоспособность, отрицательно отражаются на формировании креативного мышления, а также повышают риск развития депрессии [14].

Еще одной важной особенностью данного периода является формирование самосознания. Подростки испытывают потребность в познании себя и своих личностных качеств. На основании сравнительной оценки себя с окружающими они формируют свое мировоззрение, свои жизненные планы.

Происходит переосмысление ценностей, усвоение социальных норм. Но ключевой феномен в этом возрасте – новая позиция в системе межличностных отношений, проявляющаяся в эмансипации, ослаблении зависимости от взрослых и тяготении к взаимодействию и поиску авторитетов в референтной группе. Исследуя подростковый кризис, ученые отмечали, что у подростков прежде всего развивается способность к целеполаганию, то есть построению долгосрочных целей вне рамок сегодняшнего дня. Впоследствии происходит осознание своего места в будущем и формирование представлений о своем желаемом «Я» и способах достижения жизненных целей [15]. В совокупности с неадекватной самооценкой, характерной для этого возраста, а также дисфункциональными межличностными отношениями в кругу семьи и сверстников, повышенными требованиями, расхождением между ними и реальными возможностями у подростков может дополнительно возрастать уровень тревожности, появляются различные варианты протестного поведения и т.д.

Таким образом, изменениям в подростковом возрасте при нормальном развитии подвергаются все личностные характеристики, расширяется объем деятельности, формируются нравственные представления о стилях поведения и собственная личностная позиция. Данные процессы активизируются и регулируются физиологическими изменениями организма, в частности изменениями в центральной нервной системе и половых органах и железах. Подростковый возраст – период взросления, время, когда сначала разрушается, а затем перестраивается прежнее отношение к миру и самому себе. Развитие самосознания в конечном итоге приводит к формированию собственной жизненной позиции и выстраиванию жизненной перспективы в соответствии с ней. Девушки данного возрастного периода находятся под взаимным влиянием гормональных и психологических факторов.

Как уже отмечалось, НМЦ в пубертатном возрасте являются основной формой нарушений репродуктивной функции. Наличие соматического заболевания в таком сложном возрастном периоде может оказать неблагоприятное воздействие на эмоциональную сферу и процесс прохождения кризиса, что отразится на дальнейшем формировании личности. Разнообразные факторы, такие как физический дискомфорт, изменения гормонального фона и социокультурные аспекты, способны влиять на эмоциональную устойчивость девушек с НМЦ.

На современном этапе развития гинекологии доминирующую роль играет нейроэндокринологическое направление, соединяющее психоневрологию и гинекологию для изучения взаимовлияния нервной системы и гормональной регуляции. С этой точки зрения основную патогенетическую ось патологии образует кольцевая взаимосвязь психического и соматического факторов [16]. Исходя из современных

представлений, патогенез расстройств менструального цикла связан с нарушениями функционирования в системе «гипоталамус – гипофиз – яичники – матка», где наряду с особенностями конституции, внутриутробного развития и прижизненного анамнеза существенное значение имеют психогенные факторы. Менструальное и психическое здоровье тесно взаимосвязаны. И подобная корреляция недооценивается в научных исследованиях, клинической практике и социальной политике. Исследования в этих областях традиционно проводились изолированно: основное внимание уделялось менструальному или психическому здоровью отдельно или их взаимосвязи с ограниченной, одной мерной точки зрения [17].

Таким образом, нарушения нейрогуморальной регуляции менструальной функции в системе «кора – гипоталамус – гипофиз – яичники – матка» приводят к НМЦ, которые проявляются в виде гипо- и гиперменструального синдромов, а также дисменореи. Важную роль в возникновении этих нарушений играют психологические факторы: продолжительные или сильные стрессы, нервное напряжение, эмоциональные потрясения, переутомление, психологические травмы и др. НМЦ могут сопровождаться сопутствующими нарушениями психической деятельности со снижением работоспособности, повышением раздражительности, плаксивости, расстройствами настроения. Разнообразные факторы, в частности физические (дискомфорт, изменения гормонального фона) и социокультурные, могут влиять на эмоциональную устойчивость девушек с НМЦ.

В зарубежных междисциплинарных исследованиях показано, что взаимосвязь между менструальным циклом и психическим здоровьем чрезвычайно сложна и влияет как на соматическое, так и на психологическое здоровье и благополучие.

N. Sahin и соавт. в исследовании оценивали уровень тревожности и депрессии, а также восприятие качества жизни и влияющих на него факторов у подростков с дисменореей. Показано, что у данной группы подростков по сравнению со здоровыми сверстниками показатели депрессии и тревожности выше, а качество жизни ниже. Чем более выражена тяжесть соматического заболевания, тем выше уровни тревоги и депрессии и ниже показатели качества жизни [18].

Похожие результаты продемонстрированы в исследовании L. Fioroni и соавт. Исследователи анализировали личностные особенности пациенток с вторичной аменореей, обратившихся за помощью к специалисту по поводу НМЦ, с помощью сокращенного варианта Миннесотского многоаспектного личностного опросника (ММПИ) и полуструктурированного интервью. Авторы отмечали повышение баллов по невротическим шкалам и такие личностные особенности, как неуверенность в себе, тревожность, ипохондрия, депрессия, эмоциональная лабильность и трудности адаптации к стрессу [19].

Исследуя связь психического здоровья, продолжительности сна и НМЦ, Т. Kim и соавт. пришли к выводу, что для улучшения репродуктивного здоровья женщин и девушек с НМЦ необходимы стратегии борьбы с психологическим стрессом, депрессивным настроением и нарушениями продолжительности сна. Установлено, что сильный стресс, депрессивное настроение и суицидальные мысли связаны с повышенным риском НМЦ [20].

В других исследованиях отмечается, что настроение и субъективное ощущение сна тесно взаимосвязаны и, как правило, зависят от фаз менструального цикла. Депрессивные симптомы и короткая продолжительность сна напрямую коррелируют с НМЦ. Симптомы сниженного фона настроения и нарушений сна, особенно нарушение дыхания во сне, обусловлены синдромом поликистозных яичников, наиболее распространенным репродуктивным эндокринологическим заболеванием в репродуктивном периоде [21]. НМЦ связаны с подавленным настроением, тревожностью, плохим психологическим состоянием и суицидальными мыслями [22].

В зарубежных исследованиях показано, что во время наступления первой менструации физические, когнитивные и социальные изменения могут повлиять на самооценку и представления о собственном теле, а более ранний возраст наступления менархе связан с более высоким риском возникновения расстройств настроения и развития депрессии в более позднем подростковом возрасте [23].

Е. Bonazza и соавт. оценивали взаимосвязь психологических факторов с наличием или отсутствием функциональной гипоталамической аменореи (ФГА) [24]. Авторы установили, что основными психологическими факторами, связанными с ФГА, являются депрессия и отношение к еде, особенно стремление к похудению. У женщин с ФГА отмечаются более высокий уровень тревожности, нарушения сна, алекситимия и дисфункциональные установки, такие как более высокая потребность в социальном одобрении, более высокий уровень перфекционизма и беспокойства по поводу ошибок.

Р. Мауга и соавт. отмечали необходимость уделять больше внимания психическому здоровью девушек-подростков с НМЦ. В ходе исследования установлена значительная связь депрессивных симптомов с НМЦ [25].

К выводам о необходимости контроля ментального благополучия среди подростков с НМЦ пришли М. Ю и соавт. Они обнаружили связь высокого уровня стресса, депрессивного настроения, а также большей частоты обращений за консультациями к психологам с риском НМЦ [26].

Установлено, что депрессия значительно чаще диагностируется у девушек-подростков с обильными менструальными кровотечениями по сравнению с теми, у кого данное расстройство не наблюдается. Кроме того, у большинства пациенток с депрессией и обильными менструальными кровотечениями

депрессия развивается после начала заболевания или одновременно с ним. Следует отметить, что влияние гормональных препаратов, используемых для терапии НМЦ, достоверно не установлено, поскольку у большинства депрессия диагностируется еще до начала лечения [27].

Существует определенная группа заболеваний, связанных с НМЦ и обусловленных психологическими факторами, а именно стресс-зависимые НМЦ (СНМЦ). Они возникают в результате стрессогенного воздействия, причем это воздействие обязательно носит жизнеугрожающий характер. Дистресс может быть связан с индивидуальными личностно значимыми факторами, относящимися к повседневной жизни, что и обуславливает высокую частоту возникновения подобных расстройств.

Согласно результатам отечественных и зарубежных исследований, общей характеристикой для всех пациенток с СНМЦ является наличие психических (личностных) расстройств. Среди них на первый план выходят тревожные и депрессивные нарушения, которые при воздействии стрессового фактора провоцируют нарушения менструальной функции [28]. Связь между симптомами депрессивного расстройства, обсессивно-компульсивного расстройства и расстройствами пищевого поведения у старшеклассниц исследовали К. Bisaga и соавт. [29]. Установлено, что с учетом хронологического возраста и других факторов риска более позднее возникновение менархе, а также вторичная аменорея связаны с симптомами депрессивного расстройства, полименорея и нерегулярные менструации – с симптомами расстройств пищевого поведения.

С физиологической точки зрения объяснить влияние стресса на менструальную функцию можно взаимодействием структур эндокринной системы. В результате дистресса глюкокортикоиды, выделяемые надпочечниками, ингибируют гипоталамо-гипофизарно-гонадотропную систему, препятствуя высвобождению гонадотропин-рилизинг-гормона, лютеинизирующего гормона и фолликулостимулирующего гормона на уровне гипоталамуса и гипофиза, которые при нормальном функционировании обеспечивают рост и созревание фолликула в яичнике, процесс овуляции и развитие желтого тела [30].

В целом обнаруживается связь между наступлением менархе и показателями качества жизни. Состояние менархе влияет на все составляющие качества жизни – от настроения до социальных отношений. Постменархеальное состояние обусловлено психосоциальными и эмоциональными изменениями вплоть до симптомов постпубертатной депрессии [31].

М. Saei Ghare Naz и соавт. анализировали взаимосвязь между качеством жизни и эмоциональными состояниями, такими как депрессия, тревога и стресс, у подростков с синдромом поликистозных яичников [32]. Выявлена значимая обратная корреляция между общим показателем качества жизни и уровнями депрессии, тревоги и стресса. Таким образом,

синдром поликистозных яичников и связанные с ним НМЦ, установленные у 85% респондентов, негативно влияют на качество жизни подростков.

В исследовании с участием женщин с аномальными маточными кровотечениями (АМК) наблюдались снижение качества жизни и ухудшение физического и психического здоровья по сравнению с женщинами без АМК. Эта взаимосвязь сохранялась при учете таких факторов, как возраст, индекс массы тела, образование и семейное положение [33].

В исследовании оценивали различные факторы, влияющие на дисменорею, диспареунию и хроническую тазовую боль. Продемонстрировано, что, помимо соматического статуса, с дисменореей ассоциируются также психогенные факторы (сексуальное насилие) и психосоматическая симптоматика [34].

В отечественном исследовании участвовали 120 женщин с варибельным ритмом менструаций. Установлено, что у молодых женщин репродуктивного возраста с данным типом нарушений отмечаются выраженные черты депрессивности и аутизации, не достигающие степени психического расстройства [35].

Описывая характерологические особенности девочек с патологией репродуктивной функции, некоторые исследователи выделяют крайнюю лабильность настроения, повышенную утомляемость, раздражительность, ипохондричность, робость, повышенную ранимость и чувство неполноценности [16]. Эти характеристики соответствуют акцентуациям по лабильному, астеноневротическому, сенситивному и психастеническому типам. В редких случаях могут иметь место черты истероидного типа со свойственной ему капризностью, жадной вниманием и эгоцентризмом, а также черты неустойчивого типа с повышенной тягой к развлечениям и стремлением избегать неудачи. Значительно реже встречаются циклоиды, гипертимы, эпилептоиды и шизоиды. Несмотря на отсутствие достаточных оснований для выделения специфического типа личности пациентов с патологией репродуктивной функции, следует подчеркнуть наличие достоверных различий по сравнению с частотой акцентуированных типов общей популяции. Для перечисленных выше типов характерны схожие эмоциональные особенности, в частности повышенная возбудимость, лабильность, тревожность и сенситивность [16]. Данный факт подтверждается результатами исследования с использованием шкалы тревоги Спилберга – Ханина, цветового теста Люшера и личностного опросника Айзенка.

Для девушек пубертатного возраста с патологией гинекологической сферы независимо от нозологической специфики заболевания характерен комплекс особенностей эмоционально-личностной сферы, среди которых высокий уровень ситуативной и фобической тревожности, межличностной сенситивности, а также враждебность, подавленность, чувство вины и сдержанность в проявлении этих эмоций. Наличие соматического гинекологического заболевания

отрицательно воздействует на выстраивание социальных отношений. В частности, имеют место субъективно негативная оценка отношений с родителями, особенно с отцом, а также негативные представления о противоположном поле в целом [36].

В исследовании О. Чориевой и Д. Аббасовой подчеркивается, что наличие у девушек с гинекологическими расстройствами пессимизма в восприятии действительности, беспокойства о будущем и сдержанности в проявлении негативных эмоций способствует соматизации состояния [37].

И.Е. Брауде и соавт. подтвердили высокий уровень тревожности у пациенток с НМЦ. В исследовании тревога различной степени выраженности присутствовала у всех обследованных пациенток, однако отмечалось распределение по уровню выраженности ситуационной и личностной тревожности в зависимости от нозологической специфики заболевания. Так, у подростков с ювенильными маточными кровотечениями и нервной анорексией наблюдался высокий уровень тревожности, у подростков с синдромом поликистозных яичников и вторичной аменореей – умеренный уровень, а у пациенток с гипоменструальным синдромом – низкий уровень [38].

В исследовании Е.П. Хашенко и соавт. у пациенток при определенных видах НМЦ преобладали симптомы депрессивных расстройств. Кроме того, выявлено различие структуры гендерной идентичности: девушки с менее выраженными проявлениями по гинекологическому заболеванию на фоне редких самостоятельных менструаций по сравнению с пациентками с синдромом поликистозных яичников, осложненным избыточной массой тела и поликистозной трансформацией яичников, демонстрировали более высокий показатель фемининности по полоролевому опроснику С. Бем [39].

В работе А.В. Чайки отмечено значительное возрастание избирательной чувствительности у девочек-подростков с НМЦ на фоне дисплазии соединительной ткани к социально-психологическим факторам, в частности к особенностям семейных взаимоотношений, а также преобладание в психогенных реакциях рудиментарных расстройств по типу страхов, чувства безысходности и отчаяния, сопровождающегося мыслями о собственной ненужности [40].

Авторы другого исследования выявили умеренный уровень ситуативной и личностной тревожности у пациенток-подростков с НМЦ, вместе с тем большую уязвимость по сравнению с группой нормы к воздействию потенциально психотравмирующих событий. В анамнезе у девушек имели место высокая частота травматических событий в периоде младенчества и раннего возраста, а также большое количество жалоб, свидетельствовавших о наличии маскированной депрессии (нарушения сна, питания, внутреннее напряжение, головная боль) [41].

Заключение

Исходя из анализа исследований психологических особенностей девушек с расстройствами

репродуктивной сферы, в частности НМЦ, можно сделать вывод о наличии у таких пациенток повышенной тревожности, межличностной сенситивности, неустойчивости настроения, симптомов депрессии и искажения в структуре идентичности.

Этиология НМЦ может быть психогенной или гормональной. Выявление правильной этиологии позволяет провести адекватное лечение [42]. В связи с описанными выше эмоционально-личностными

особенностями пациенток с НМЦ целесообразно подключение к их ведению специалистов в области клинической психологии и психотерапии с целью предотвращения развития стойких личностных расстройств, обуславливающих или усугубляющих гинекологическое расстройство. Мультидисциплинарный подход предполагает взаимодействие гинеколога, клинического психолога и психиатра от момента постановки диагноза до завершения лечения. 

Литература

- Slap G.B. Menstrual disorders in adolescence. *Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol.* 2003; 17 (1): 75–92.
- Авруцкая В.В. Состояние репродуктивного здоровья населения Российской Федерации и некоторые стратегии его улучшения. *Известия высших учебных заведений. Северо-Кавказский регион. Серия: Естественные науки.* 2007; 2: 112–114.
- Bahamondes L., Ali M. Recent advances in managing and understanding menstrual disorders. *F1000Prime Rep.* 2015; 7: 33.
- Здравоохранение в России. Статистический сборник. Росстат. М., 2023.
- Marret H., Fauconnier A., Chabbert-Buffet N., et al. Clinical practice guidelines on menorrhagia: management of abnormal uterine bleeding before menopause. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 2010.
- Возрастная и педагогическая психология. 2-е изд. / под ред. А.В. Петровского. М.: Просвещение, 1979.
- Фарбер Д.А., Горев А.С. Особенности функционального состояния мозга подростков и возможность его произвольной регуляции. *Новые исследования.* 2017; 4 (53).
- Выготский Л.С. Педология подростка. *Собрание сочинений: в 6 томах.* М., 1984; 4: 5–243.
- Муканян В.В. Особенности эмоциональной сферы личности спортсменов подросткового возраста. *Материалы 68-й Научно-практической конференции преподавателей и студентов. В 2 частях.* Благовещенск: Благовещенский государственный педагогический университет, 2018; 92–95.
- Воронова И.О. Особенности эмоциональной сферы подростков. *Молодой ученый.* 2022; 46 (441): 110–111.
- Казанская В.Г. Подросток. Трудности взросления. СПб.: Питер, 2018.
- Окашев А.В. Особенности проявления тревожности и агрессивности у подростков. *Тенденции развития науки и образования.* 2020; 62 (20): 32–35.
- Прихожан А.М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика. М.: МОДЭК.
- Корабельникова Е.А. Тревожные расстройства у подростков. *Медицинский совет.* 2018; 18: 34–43.
- Бэрн Р., Ричардсон Д. Агрессия. СПб.: Питер, 2001.
- Исаев Д.Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. СПб.: Речь, 2005.
- Sharp G.C., De Giorgio L. Menarche, Menstruation, Menopause and Mental Health (4M): a consortium facilitating interdisciplinary research at the intersection of menstrual and mental health. *Front. Glob. Womens Health.* 2023.
- Sahin N., Kasap B., Kirli U., et al. Assessment of anxiety-depression levels and perceptions of quality of life in adolescents with dysmenorrhea. *Reprod. Health.* 2018.
- Fioroni L., Facchinetti F., Cerutti G., et al. Personality traits in secondary amenorrhea. *J. Psychosom. Obstet. Gynecol.* 1991; 12 (1): 67–76.
- Kim T., Nam G.E., Han B., et al. Associations of mental health and sleep duration with menstrual cycle irregularity: a population-based study. *Arch. Womens Ment. Health.* 2018.
- Polo-Kantola P., Toffol E. The relationship between mood and sleep in different female reproductive states. *Sleep Med. Clin.* 2023; 18 (4): 385–398.
- Toffol E., Koponen P., Luoto R., Partonen T. Pubertal timing, menstrual irregularity, and mental health: results of a population-based study. *Arch. Womens Ment. Health.* 2014; 17 (2): 127–135.
- Kaczmarek M., Trambacz-Oleszak S. The association between menstrual cycle characteristics and perceived body image: a cross-sectional survey of Polish female adolescents. *J. Biosoc. Sci.* 2016.
- Bonazza F., Politi G., Leone D., et al. Psychological factors in functional hypothalamic amenorrhea: a systematic review and meta-analysis. *Front. Endocrinol.* 2023; 14: 981491.
- Maurya P., Meher T., Muhammad T. Relationship between depressive symptoms and self-reported menstrual irregularities during adolescence: evidence from UDAYA, 2016. *BMC Public Health.* 2022; 22: 758.
- Yu M., Han K., Nam G.E. The association between mental health problems and menstrual cycle irregularity among adolescent Korean girls. *J. Affect. Disord.* 2017; 210: 43–48.

27. Weyand A.C., Fitzgerald K.D., McGrath M., et al. Depression in female adolescents with heavy menstrual bleeding. *J. Pediatr.* 2022; 240: 171–176.
28. Волель Б.А., Рагимова А.А., Бурчаков Д.И. и др. Стресс-зависимые нарушения менструального цикла. *Consilium Medicum.* 2016; 6.
29. Bisaga K., Petkova E., Cheng J., et al. Menstrual functioning and psychopathology in a county-wide population of high school girls. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* 2002; 41 (10): 1197–1204.
30. Meczekalski B., Niwczyk O., Bala G., Szeliga A. Stress, kisspeptin, and functional hypothalamic amenorrhea. *Curr. Opin. Pharmacol.* 2022; 67: 102288.
31. Mastorci F., Piaggi P., Bastiani L., et al. The impact of menarche on health-related quality of life in a sample of Italian adolescents: evidence from school-based AVATAR project. *Eur. J. Pediatr.* 2020; 179 (6): 973–978.
32. Saei Ghare Naz M., Ramezani Tehrani F., Behroozi Lak T., et al. Quality of life and emotional states of depression, anxiety and stress in adolescents with polycystic ovary syndrome: a cross-sectional study. *Psychol. Res. Behav. Manag.* 2020; 13: 203–209.
33. Matteson K.A., Raker C.A., Clark M.A., Frick K.D. Abnormal uterine bleeding, health status, and usual source of medical care: analyses using the Medical Expenditures Panel Survey. *J. Womens Health (Larchmt).* 2013.
34. Сибирская Е.В., Никифорова П.О. Хроническая тазовая боль: неврологический взгляд на гинекологическую проблему. *Эффективная фармакотерапия.* 2023; 19 (37): 36–39.
35. Бурчакова М.Н., Филиппова Г.Г. Психологическое состояние молодых женщин с варибельным ритмом менструации. *Теоретическая и экспериментальная психология.* 2020; 1.
36. Еганян Ш.А. Эмоционально-личностные особенности девочек-подростков с расстройствами гинекологической сферы: автореф. дис. ... канд. психол. наук. СПб., 2011.
37. Чориева О., Аббасова Д. Особенности эмоциональной сферы девочек-подростков с гинекологическими расстройствами. *Научные работы одаренной молодежи и медицина XXI века.* 2023; 1: 247.
38. Брауде И.Е., Корсунская Л.Л., Митрохина А.О. Психогенно обусловленные нарушения менструальной функции у девочек-подростков и их коррекция. *Таврический медико-биологический вестник.* 2014; 17 (3): 16–20.
39. Хашенко Е.П., Баранова А.В., Уварова Е.В. Психоэмоциональные особенности и структура гендерной идентичности у девочек подросткового возраста с расстройствами менструаций. *Репродуктивное здоровье детей и подростков.* 2016; 1 (66).
40. Чайка А.В. Влияние семейных отношений на девочек-подростков с нарушениями менструального цикла на фоне дисплазии соединительной ткани. *Журнал психиатрии и медицинской психологии.* 2018; 4 (44): 57–60.
41. Бронфман С.А. Симптомы депрессивных и тревожных расстройств у пациенток раннего репродуктивного возраста с функциональными нарушениями менструального цикла. *Актуальные направления научных исследований XXI века: теория и практика.* 2013; 2: 43–48.
42. Sheinfeld H., Gal M., Bunzel M.E., Vishne T. The etiology of some menstrual disorders: a gynecological and psychiatric issue. *Health Care Women Intern.* 2007; 28 (9): 817–827.

Features of the Emotional and Personal Sphere in Adolescent Girls with Menstrual Disorders

K.Ye. Savitskaya¹, Ye.V. Sibirskaia, PhD, Prof.^{1,2,3}, I.V. Karachentsova, PhD^{1,2}, S.Yu. Veprentsova, PhD¹

¹ N.I. Pirogov Russian National Research Medical University

² Russian Children's Clinical Hospital – a branch of the N.I. Pirogov Russian National Research Medical University

³ Russian University of Medicine

Contact person: Ksenia Ye. Savitskaya, ksusav0405@gmail.com

Menstrual irregularities are the main reason for seeking advice from gynecologists all over the world. Menstruation-related problems affect 75% of teenage girls. The presence of a somatic disease has a significant impact on the personality and emotional sphere, and in cases where the disease occurs in an already difficult adolescence, there are serious threats of psychopathological disorders and disorders of personal development. The etiology of menstrual disorders can be psychogenic or hormonal. The identification of the correct etiology makes it possible to select adequate therapies. The main pathogenetic axis of pathology is formed by the circular relationship of mental and somatic factors. An analysis of the literature data allows us to conclude that such patients have increased anxiety, interpersonal sensitivity, mood instability, as well as symptoms of depression and distortion in the structure of identity. A multidisciplinary approach should include a collaborative process between gynecologists, clinical psychologists and psychiatrists, from the moment of diagnosis and throughout treatment.

Keywords: menstrual disorders, adolescence, emotional sphere, personality, clinical psychology, pediatric gynecology, reproductive health