1. Введение

Невозможность иметь детей - одна из наиболее серьезных проблем современности и с каждым годом она становится все более актуальной. На данном этапе развития человеческих знаний об устройстве и функционировании психики бесплодие становится предметом рассмотрения и изучения не только и не столько медицины, но и психологии. По некоторым данным количество бесплодных женщин составляет до 50%, а бесплодие неясного генеза по разным оценкам составляет от 4% до 35%. И цифры эти растут. Многие специалисты одной из причин такого бесплодия считают психогенные факторы - стрессы, эмоциональное состояние, материальное положение, а так же различные бессознательные конфликты.

Женщины, страдающие бесплодием, находятся в атмосфере постоянного ожидания, разочарования, повышенной нервозности, неудовлетворенности собой, хронической фрустрации. Это не может не сказываться на самооценке, взаимоотношениях в семье и с окружающими. Вокруг них создается атмосфера постоянной тревожности, неудовлетворенности собой, хронической фрустрации и ситуация становится замкнутым кругом. Их отношение к себе более противоречивое и проблематичное. При таком восприятия себя зачатие становится еще более проблематичным. Вследствие всего этого могут возникнуть и другие заболевания, невроз и более тяжелые формы.

Цель данного исследования - выявить психологические особенности и возможно общие закономерности психологического развития женщин, страдающих функциональным бесплодием.

Предметом изучения является взаимосвязь различных составляющих психологического портрета женщин и функционального бесплодия.

Объект исследования - психологические особенности женщин и их влияние на формирование функционального бесплодия.

Исходя из цели и предмета изучения, мы выдвинули следующую гипотезу:

на формирование функционального бесплодия могут оказывать такие факторы, как воспитание, неправильное формирование идентичности и образа Я, влияние культуры и социума. Поэтому мы ставим своей задачей определить, насколько психологические особенности женщин, их развитие и воспитание влияет на формирование бесплодия.

Многие специалисты - гинекологи, психиатры, психологи и другие - обращались неоднократно к проблеме самоощущения и самооценки бесплодной женщины, однако данные таких исследований в основном разрознены, мало систематизированы и требуют более глубокого изучения и оценки. Так же нет систематизированного понимания того, как следует лечить функциональное бесплодие. В данной ситуации привлечение психологов является существенным фактором, повышающим результативность медицинского лечения.

2. Основная часть работы

Ушли в прошлое те времена, когда болезни лечили только медикаментозным способом. Все чаще традиционные врачи, если не могут выявить соматические причины заболевания, рекомендуют обратиться за помощью к психологу, психотерапевту. И действительно, наши мысли, эмоции, чувства оказывают большое влияние на работу внутренних органов и всего организма в целом. Перефразируя известную поговорку, можно сказать - посеешь характер - пожнешь болезни. ВСД, гипертония, язвенная болезнь, астма, диабет… Во многих случаях причины заболевания имеют психологические корни.

Среди пар, обратившихся к специалистам по поводу бесплодия, до 30% страдает именно психосоматическим или функциональным бесплодием.

Проблема функционального бесплодия и психология материнства - одна из наиболее сложных и наименее разработанных областей. Материнство как феномен изучается различными науками (историей, культурологией, физиологией, медициной, психологией, биологией). В последние годы появился интерес к комплексному, междисциплинарному изучению материнства, что нашло отражение в ряде коллективных монографий: 'The Different Faces of Motherhood' под ред. В. Birns и D.F. Hay, 'The Development of Attachment and Affiliative sistems' под ред. R.N. Emde и R.J. Harmon, 'Psicholodical Aspects of a First Pregnancy and Early Postnatal Adaptation' под ред. P.M. Shereshevsky и L.J. Yarrow и др. В последней из названных книг авторы выделили более 700 факторов, представленных в 46 шкалах, характеризующих адаптацию женщины к беременности и раннему периоду материнства, включающих историю жизни женщины, ее семейное, социальное положения, личностные качества, связь с особенностями развития ребенка[1].

Основным выводом, сделанным авторами этих и других исследований, является, во-первых, констатация необходимости продолжения психологических исследований материнства как целостного явления и, во-вторых, отсутствие адекватного подхода и теоретической концепции для осуществления такого исследования.

.1 Исторический экскурс

Материнство - многокомпонентный феномен, который имеет свои физиологические механизмы, эволюционную историю, культурные и индивидуальные особенности. В каждой культуре и в каждом обществе есть свое понимание материнства, которое включает способы и методы воспитания будущих матерей. Часть из них впоследствии женщиной воспринимаются как сознательные, часть же остается бессознательнми.

В обществе постоянно происходят изменения модели материнства и детства, соответствующие изменению в самих общественных отношениях. Изменяется и отношение женщины к своей роли матери. В современных условиях эти изменения настолько стремительны, что сложившаяся на протяжении сотен и тысяч лет модель материнства, не успевает измениться соответствующим образом.

Если обобщать все основные направления исследований, то можно обнаружить, что материнство как психосоциальный феномен рассматривается с двух основных позиций: материнство как обеспечение условий для развития ребенка и материнство как часть личностной сферы женщины. В сфере нашего внимания будет вторая составляющая. Для начала мы хотели бы остановиться на культурно-исторических аспектах материнства.

В современных исследованиях институт материнства рассматривается как исторически обусловленный, изменяющий свое содержание от эпохи к эпохе феномен.

М. Мид в своих исследованиях показывает, что у женщины биологически заложен материнский инстинкт и привязанность к ребенку и сложные социальные установки могут полностью подавить их. Женщина от природы уже мать, если только их специально не научат обратному: «Общество должно исказить их самосознание, извратить врожденные закономерности их развития, совершить целый ряд надругательств над ними при их воспитании, чтобы они перестали желать заботиться о своем ребенке, по крайней мере в течение нескольких лет, ибо они уже кормили его в течение девяти месяцев в надежном убежище своих тел»[2].

Женщины могут отрицать свою материнскую сущность и идти на все, чтобы беременность не наступила только в том обществе, где беременность воспринимается неодобрительно, социально порицается и наказывается. Если женское чувство адекватности своей половой роли грубо искажено, если роды скрыты наркозом, мешающим женщине осознать, что она родила ребенка, а кормление грудью заменено искусственным кормлением по педиатрическим рецептам, то в этих условиях обнаруживается значительное нарушение материнских чувств.

Другой прямо противоположный взгляд на проблему высказывает Э. Бадинтер. Согласно ее мнению, материнский инстинкт - это миф, нет никакого всеобщего и необходимого поведения матери. «Материнская любовь - дело индивидуального усмотрения, не инстинкт, а зависимое от культуры, амбиций, фрустраций». Материнство - это понятие, которое эволюционирует и в разные периоды истории наполняется различным смыслом. Она рассматривает во взаимосвязи три главные социальные женские роли: матери, жены и свободно реализующейся женщины. В различные эпохи та или иная из этих ролей становилась главенствующей. Этим она указывает на связь между общественными потребностями и мерой материнской ответственности за рождение ребенка: «Женщина становится лучшей или худшей матерью в зависимости от того, ценится или обесценивается в обществе материнство». (Цит. по: Филиппова Г. Г. Психология материнства и ранний онтогенез: Учебное пособие. М., 1999).

Например, в средние века репродуктивная функция женщины воспринималась как обыденная, не более важная, чем какая-либо другая ее обязанность в семье. При отсутствии контроля рождаемости, эта ее роль была ничуть не более важная, чем участие женщины в семейном производстве. С другой стороны, при отсутствии или малой эффективности контроля рождаемости репродукция оставалась неотъемлемой стороной жизни почти всякой женщины. Ценность ребенка определялась его сословным положением, порядком рождения и полом (ценился прежде всего законнорожденный мальчик и первенец), а отнюдь не личными качествами.

Образ ребенка также подвергался изменения. В книге "Ребенок и семейная жизнь при старом режиме" (1973) [3] историк и социальный философ Ф. Ариес утверждает, что понимание ребенка как существа привилегированного, обладающего особым, отличным от взрослых мировосприятием, зародилось лишь в XV-XVI веках. В Средние века на него смотрели как на "маленького взрослого" и оценивали поступки по "взрослой шкале".

С IV по ХIII в., как считает Демоз [4], в отношениях к детству господствовал «бросающий стиль». Этот стиль уже признает у ребенка наличие души, но не запрещает избавиться от ребенка - сбыть его с рук кормилице, в монастырь, на воспитание в чужую семью. Время с ХIV по ХVII в., по мнению исследователя, характеризуется «амбивалентным» стилем - ребенку уже дозволено войти в жизнь родителей в самостоятельном духовном существовании. Типичный педагогический стиль этой эпохи - «лепка» характера, как если бы ребенок был сделан из мягкого воска или глины. Ребенка, сопротивляющегося такой лепке, нещадно бьют, выколачивая своеволие как злое начало.

ХVIII век, по Демозу, - характеризуется «навязчивым» стилем. Ребенка уже не считают опасным существом или простым объектом физических забот, родители становятся к нему уже значительно ближе. Однако это сопровождается навязчивым стремлением полностью контролировать не только поведение, но и внутренний мир, мысли и волю ребенка.

Весь ХIХ и начало ХХ века Демоз считает временем «социализирующего» стиля, который делает целью воспитания не столько завоевание и подчинение ребенка, сколько тренировку его воли, подготовку к будущей самостоятельной жизни. Ребенок мыслится скорее объектом, нежели субъектом социализации.

В ХХ веке общество развернулось от детоцентризма. Эмансипация и движения суфражисток позволили женщинам принимать все более активное участие в социально-политической жизни и общественном производстве, что сделало их семейные роли, включая материнство, не столь значимыми. Самооценка и самоуважение женщин, помимо материнства имеет и другие составляющие - профессиональные достижения, финансовая независимость, самостоятельно достигнутое общественное положение, свобода. В этом женщине помогают общественные институты (общеобразовательные, социальные и общественные). Как пишет Ариес, в последние десятилетия образ ребенка в общественном европейском сознании стал восприниматься как надоедливое, ненужное создание, которое стараются 'отодвинуть' даже чисто физически, уменьшая количество и качество телесного контакта, делая воспитание ребенка подобным технологическому процессу. И не в последнюю очередь с этим связан спад рождаемости: с боязнью будущего, ростом мотивации личностного развития, желанием утвердить свое место в жизни, свою индивидуальность, иметь устойчивое социальное положение раньше, а не посвятить себя заботе о детях. Однако в данном случае речь идет об осознанном выборе в пользу бездетности. Но все эти факторы могут играть не последнюю роль в формировании функционального бесплодия.

Исследования разных культурных вариантов материнства в современном обществе также свидетельствуют о влиянии имеющихся моделей семьи, детства и ценностей, принятых в данной культуре, на материнское поведение и переживания женщины.

В наши дни материнство занимает незначительное место в иерархии ценностей женщины. Заметное возрастание стремления к высокому профессиональному статусу и карьере, повышенная тяга к благосостоянию и высокому уровню потребления препятствуют родительству. Налицо новая модель личности, не обеспеченная соответствующей моделью материнства. Усугубляет положение разрыв межпоколенных связей, утрата традиционных способов передачи опыта и оформления материнско-детского взаимодействия. Женщина на пороге материнства оказывается неосведомленной об элементарных особенностях развития ребенка и своих функциях в уходе за ним и общении. Кроме того, уменьшение количества детей в семье ведет к тому, что часто первый младенец, с которым встречается мать, - это ее собственный ребенок.

Это не отменяет ценности материнской любви и потребности в ней, но существенно изменяет характер материнского поведения

.2 Причины функционального бесплодия

Медико-социально проблемой бесплодия занимаются и зарубежные и отечественные специалисты. Однако комплексных, а тем более лонгитюдных исследований в России практически не проводилось. Те источники и труды, которые касаются проблемы функционального бесплодия, носят скорее описательный и констатирующий характер, что мало указывает на причины и механизмы формирования бесплодия.

До сих пор в акушерской практике нет однозначных данных о соотношении и взаимосвязи психического и соматичского компонента. И несмотря на наличие убедительных данных о о наличии определенных психологических особенностях обоих супругов, состоящих в бесплодном браке, до сих пор не сделан вывод о том, что играет первичную роль в данной ситуации. То ли бесплодие привело к таким психологическим особенностям, или наоборот, таковые стали причиной бесплодия..W. Cox [5] установил, что «необъяснимое» бесплодие может быть связано с различными социальными факторами, конфликтным детством, неудачными взаимоотношениями в семье, противоречием между стремлением к профессиональной деятельности и материнством, боязни беременности, материнства, страха перед родами и послеродовыми депрессиями.

Он описал несколько типов женщин, страдающих таким бесплодием:

. незрелые, чувствительные, разборчивые женщины, по-детски капризные по отношению к мужу и склонные к функциональным расстройствам;

. агрессивно - доминантные женщины, не признающие свою женственность;

. женщины с ролью матери, которые переносят свой материнский инстинкт на мужа;

. женщины, посвятившие себя карьере или другим эмоциональным интересам.

Женщин, страдающих бесплодием, можно так же разделить на три группы по степени выраженности и устойчивости их сопротивления зачатию:

. женщины, у которых сопротивление беременности является довольно поверхностным и бесплодие может прекратиться самопроизвольно под влиянием энтузиазма во время обследования и на ранних этапах лечения.

. женщины с более устойчивой «блокадой» зачатия, происходящей в результате

некоторой внешней стрессовой ситуации, ощущаемой как неблагоприятной для материнства (напряженные отношения в семье или так называемое «карьерное» бесплодии). Определенные рекомендации и изменение условий жизни могут способствовать возникновению беременности.

. женщины, бесплодие которых возникло в результате глубокого и длительного психосоматического напряжения, связанного с наличием психогенных стрессов. Таким женщинам можно помочь освободиться от своих страхов и установок посредством психоаналитических методов.

Однако, четкого дифференцированного подхода к оценке психологического состояния женщин, страдающих бесплодием, в зависимости от характера, длительности и особенностей течения заболевания нет. Не существует так же и адекватных программ психологической помощи гинекологическим больным данной категории.

Причин психогенного бесплодия может быть множество, они сугубо индивидуальны и как правило лежат в детском опыте. Мы предполагаем, что имеется внутренний конфликт, когда на сознательном уровне женщина стремится забеременеть, но бессознательно всячески этому противится. Она может даже выбрать себе партнера, который будет бесплоден и будет поддерживать ее «игру» в бесплодный брак.

В целом причины функционального бесплодия можно разделить на несколько составляющих, из которых можно выделить следующие характерные особенности:

общая психологическая незрелость, инфантильность;

незрелая поло-ролевая идентификация;

неадаптивные способы реагирования на стрессовые ситуации;

эмоциональная неустойчивость;

повышенная тревожность;

травматичный, негативный, деструктивный опыт отношений с собственной матерью.

Без сомненья, что самое большое влияние оказывает травмирующий опыт детских лет. Причем речь идет не об острой травмирующей ситуации, а о кумулятивной травме. Например, девочка была свидетелем разговора о том, что какая-то женщина умерла во время родов, или о том, как трудно растить детей, сколько времени и сил они отнимают, как портится фигура после родов, что потом дети вырастают неблагодарными и т.д. И бессознательно она делает выбор в пользу того, что ребенок - обуза, наказание, угроза здоровью и жизни. Складывается отрицательный образ беременности, родов и всего, что связано с материнством.

В подростковом возрасте появляются новые факторы. Очень часто, тревожась за дочерей, матери напутствуют их словами, что сначала надо образование получить, а затем замуж выходить, стращают тем, чтобы «не принесла в подоле», навязывают зависимость от оценки окружающих. При этом возраст вступления в половую связь уже начинается в 14-15 лет. Создается негативная установка на беременность, девушка остается инфантильной и незрелой.

В современном обществе в так называемых развитых странах сложилось мнение, что для того, чтобы считаться состоявшейся, женщине необходимо сделать карьеру, заработать много денег, чтобы потом иметь возможность обеспечивать своего ребенка. При этом нивелируется роль мужчин, как главного добытчика и отца. Тем самым граница между традиционно считавшимися женской и мужской ролями стирается - все больше женщин делают карьеру, в то время как, отцы берут отпуск по уходу за ребенком.

Ситуацию с бесплодием усугубляют постоянные расспросы близких о том, когда наконец пара собирается забеременеть. Происходит зацикленность на данной теме, тогда как для наступления беременности более полезна расслабленность женщины. Возникает порочный замкнутый круг - чем больше желание скорее забеременеть, тем больше тревоги и напряжения с нею связанных возникает.

Наряду с подобными ситуациями всегда присутствуют страхи, которые так же вносят свою лепту в формирование бесплодия - страх перед будущим, финансовыми расходами, страх за здоровье и судьбу ребенка, ответственности за ребенка, страх перед физической болью, страх потерять привлекательность, потерять работу… У каждой женщины присутствуют подобные страхи, но при нормальном развитии ситуации можно скорее говорить об опасениях или реальных страхах, а в случае функционального бесплодия эти страхи являются невротическими и не имеют под собой реальную основу.

Невозможность забеременеть сопровождается злостью на свою несостоятельность, на то, что приходится проходить много сложностей, множество болезненных медицинских процедур. Вслед за этим может прийти разочарование в себе и своих способностях, т.к. несмотря на затраченные время и деньги, никто не гарантирует 100% результата. А в результате женщина может прийти к самоистязающей мысли о том, что она за что-то наказана, что она не заслуживает ребенка и испытывать колоссальное чувство вины.

Обобщая, можно сказать, что около трети женщин, страдающих бесплодием неясного генеза, имеют черты психического инфантилизма, а порядка 90% из них - слабую половую конституцию. Более того, в целом такие пациентки склонны к депрессии, у них повышенная тревожность, выраженное стремление нравится всем окружающим, и в то же время выраженная неуверенность в своих силах, заниженная самооценка и зависимость от мнения окружающих. Так же у них можно отметить неудовлетворенность собой, страх перед будущим.

Беременность для таких женщин связана с угрозой безопасности ее организму. Беременность не наступает из-за работы защитных механизмов. С одной стороны, они способствуют удержанию аффектов и страхов, связанных с беременностью, но с другой стороны не позволяют этой желанной беременности наступить.

Как бы давно не происходили реальные травмирующие события, какой интенсивности они не были бы, мы имеем дело с психической реальностью. Если аффект был достаточно сильным, он прочно связывается с восприятием беременности. Психика «считает», что в случае беременности вновь вернётся травмирующее событие и тем или иным способом борется с ней. Осознав причины возникновения психологического бесплодия, можно попытаться разорвать ассоциативную связь наступления беременности с прошлым травматическим опытом.

В качестве примера мы хотели бы привести опят работы с одной пациенткой, страдающей бесплодием. Долгое время она не могла вспомнить период своей жизни между 8 и 11 годами, хотя данный факт нельзя отнести на счет детской амнезии. Только через несколько месяцев работы, она вспомнила, что ее старшая сестра в то время была беременна и что жизнь всех домочадцев превратилась в ад. Сестра вела себя абсолютно неадекватно, всех третировала капризами, вспышками агрессии. Моя пациентка часто думала тогда, что такое поведение свойственно всем беременным женщинам и «решила» для себя, что лучше не иметь детей, чем жить девять месяцев в состоянии психического расстройства. Далее ситуация обострилась тем, что ей никогда не позволяли играть с родившимся племянником, аргументируя тем, что она его покалечит, сделает ему больно и просто убьет. Из чего моя пациентка «сделала вывод», что она смертельно опасна для детей и ей нельзя доверять. Та психологическая травма оказалась столь сильной, что потребовался не один месяц психологической работы, чтобы она позволила себе вспомнить и прожить заново те вытесненные события.

Механизмы развития психологического бесплодия в основном сходны. Хотя психологические факторы субъективны, но они могут вызывать объективные изменения в нервной системе, которая оказывает влияние на весь организм и в первую очередь на гормональную (эндокринную) систему. Это может провоцировать спазмы труб, гипертонус матки, отсутствие овуляции и др. Этот механизм, однако, мало изучен, нарушения имеют обычно ситуационный характер и при обследовании часто не выявляются.

Осознанное желание иметь ребенка свойственно психологически зрелой женщине и соответствует ее физиологическим параметрам. В действительности ни одна из женщин, страдающих бесплодием, не хочет иметь детей, у всех осознанное желание забеременеть обусловливалось невропатическими мотивами. Во всех случаях бесплодия выявлены те или иные отклонения в структуре, физиологии или химических и значительное число этих отклонений может быть результатом действия эмоциональных факторов. Подавленные эмоции могут проявляться возникновением бесплодия на физиологическом уровне. У женщин, которые постоянно не довольны жизнью вырабатывается повышенный объем гормонов общеактивирующего действия, являющихся антагонистами гормонов репродуктивной направленности, а также физиологической способности маточных труб и матки провести и принять оплодотворенное яйцо для его дальнейшего развития.

Четко прослеживается связь постоянного нервно-психического напряжения и жесткого мышечного каркаса. Эти вопросы широко изучались В. Райхом, А. Лоуэном, И. Александером и другими. Это накопленное напряжение нервно-мышечной системы отражается в большем проценте неосвоенных телом эмоций у женщин с проблемами бесплодия. Данный показатель может являться одним из показателей «незрелой психики», однако и он требует дальнейшего изучения и интерпретации.

ГБУЗ "Республиканский перинатальный центр" [6] проводил исследование, посвященное выявлению психологических и мотивационных различий женщин, имеющих детей и страдающих бесплодием. Рассмотрим данные анкет:

. Среди стимулов желания иметь ребенка женщины с бесплодием основной причиной называют «пора по возрасту» (42%), далее по мере убывания следуют причины «грустно, когда вижу детей» (21%), «с мужем давно чувствуем потребность в детях» (15%), «пока здоровье позволяет» (11%), «хочу доказать всем, что я настоящая женщина» (11%), «интересно ощутить себя беременной» (11%), «надоели вопросы окружающих о нашем будущем ребенке» (5%), «родили мои ровесницы и мне пора» (5%), «ребенок скрасит одиночество в старости» (5%).



. Имеет место разная воспитательная направленность бесплодных женщин и женщин с грудными младенцами. На вопрос, хотят ли они, чтоб ребенок был похож на них, были получены ответы (соответственно): «да, внешностью» - 58% и 30,6%; «да, характером» - 47% и 46%; «нет» - 11% и 25%.



. По желанию выполнения ребенком неосуществленной мечты родителей бесплодные и имеющие грудных детей женщины распределились следующим образом: «ребенок должен сам выбирать свой путь в жизни» - 53% и 75%; «да, ребенок должен соглашаться с мнением родителей» - 47% и 25%.



Из данной диаграммы видно, что женщины уже имеющие ребенка более осознанно подходят к воспитанию ребенка в отличие от бездетных женщин, и стараются не навязывать ему своих взглядов и убеждений. А значит, их потомство будет более здоровым и жизнеспособным, чем предполагаемое потомство у бездетных пар.

.3 Проблема женской идентичности

Нам хотелось бы более подробно остановиться на вопросах того, что есть женщина в широком смысле, иными словами, на вопросах женской идентичности, потому что нам кажется, что именно в этом не в последнюю очередь кроются причины женского бесплодия. Вопрос женской идентичности стоит сегодня остро в культуре и социуме. Мы живем в эпоху кризиса женской идентичности. Пока еще нет исследований женской природы и ее сущности с акцентом на чувственно-эмоциональную сферу и глубинные психических содержаний женской идентичности. А ведь именно эти факторы являются определяющими всего социального, видимого и проявляемого женщиной. Необходимость такого исследования женской психической природы, ее традиционного предназначения как жены и матери, воспитывающей детей, хранительницы очага (давно подорванного феминисткой пропагандой) давно назрела. Эта ситуация обусловлена тупиковой обстановкой, сложившейся в результате развития и распространения феминизма как общественного движения, вносящего свой вклад в понимание, настроения и изменения социальных факторов и движущей силы, задающих тон и направление исследований женского. В последнее время все большую силу набирают антифеминистские взгляды. Феминизм, который сегодня можно рассматривать как женонацизм, уже занимается не свободой женщин и уравнением их прав с мужчинами, а скорее ориентирован на подъем статуса женщин как превышающий мужской. И таким образом феминизм на сегодня становится силой, которая в первую очередь подвергает опасности институт семьи и материнства. Дискриминация мужчин и изменение женских традиционных ролей (материнство, сохранение очага, домоводство) и их сдвиг в сторону самоопределения и самоутверждения и приводят к провалам в репродуктивной сфере и разрушению семей. Как результат растет уровень подростковой преступности, случаев ранней беременности, наркомании. В большинстве случаев это имеет место в семьях без отцов.

Общество, построенное на ликвидации различий между полами, на размывании сексуальной идентичности, проповедовало странные формы реализации женского в обществе. Нельзя не остановиться на социальной трансформации женской половой роли, которую на сегодняшний день можно охарактеризовать как нарциссизм современных женщин. Стремление к нарциссическим ценностям - власти, успеху, богатству - и обесценивание объектных ценностей - семьи, любви, детей, - которые можно наблюдать повсеместно в современном обществе, ставит перед женщиной определенные культурно обусловленные ценности и идеалы, к которым она должна стремиться и соответствовать.

Можно утверждать, что современная женственность, навязанная гламурной индустрией СМИ, может быть определена следующими критериями: по-мужски активная и фактически промискуитетная сексуальность, не направленная на создание семьи, погоня за сверхудовольствиями, коллекционирование побед, не ориентированное на создание длительных отношений и глубоких привязанностей, молодость всегда в любом возрасте, красота в соответствии с требованиями канонов, навязанных теми же СМИ, которая часто противоречит природному предназначению женщины и как результат бессознательно отрицание желания иметь детей. Разве сможет такая женщина - мужчина родить ребенка? Поэтому и можно говорить на сегодняшний день о кризисе женской идентичности.

И здесь встает другой, но не менее важный вопрос - а может ли женщина - нарцисс родить и воспитать ребенка, полноценного члена общества? Общество и культура навязывают сегодня идеалы, мало совместимые с женской природой и ее предназначением. Это серьезный вопрос и большая проблема современного западного общества. Не потому ли так наступает на него общество восточное мусульманское, где до сих пор ценны институт брака, семьи, детей…

Поднимая вопрос о кризисе женской идентичности можно провести параллель с кризисом идентичности подросткового возраста, о котором первым начал говорить Э.Эриксон, имея в виду важный момент становления, когда личность человека испытывает довольно долгое время сложные и болезненные трансформации, которые при нормальном развитии должны привести к взрослому состоянию, характеризующемуся в отличие от детского способа жить автономностью, независимостью существования, выраженному способностью существовать независимо, способностью заботиться о себе самому и жить благополучно как в физическом, так и психологическом плане. По Эриксону, этот процесс может пройти нормально, а может закончится провально, и личность в силу своего нездоровья откатывается к старым регрессивным позициям.

Данная точка зрения подтверждается нашим личным опытом м пациентками, страдающим бесплодием. Больше половины из них действительно выглядят, как подростки (одежда унисекс, кроссовки, неопределенная прическа). И ведут себя они соответственно, в сфере их жизненных приоритетов находятся такие понятия, как дружба, романтическая привязанность, поиск себя, своего места в жизни. И это несмотря на то, что многим из них уже больше 30 лет.

Сегодня мы наблюдаем высокую и продолжающую возрастать женскую активность в обществе, вытесняющую мужчин из их исторически сложившихся сфер влияния. Все чаще эта вытесняющая деятельность перерастает в наступательную и завоевательную агрессию, сопровождающуюся высоким тревожным фоном, на почве которого произрастают разные психические расстройства: различные фобии, депрессии, тревожные расстройства.

При этом женщины все могут сделать сами - заработать денег, сделать карьеру, водить машину, родить и воспитать детей (даже для зачатия уже не нужен реальный мужчина, т.к. имеются банки спермы), построить дом и дать образование ребенку. И все громче звучит вопрос: а для чего тогда нужен мужчина? Женщина эволюционно выросла и пытается освободиться от взрастившего ее мужчины, как ребенок стремится избавиться от опеки родителей, стремится ощутить себя взрослой, а не частью и продолжением родителей.

В качестве критериев кризиса женской идентичности О. Павлова [7] выделяет шесть основных ключевых пунктов:

. Диффузность женской идентичности - до сих пор мы можем констатировать факт неоднозначности и размытости в определении женской идентичности.

. Размывание границ между полами - современная сексуальность обусловлена процессом размывания границ полов и формирования так называемого «третьего пола», соединяющего в себе черты женского и мужского. И в это ситуация очень похожа на неопределенность в половой ориентации в подростковый период, когда иногда трудно определить, какого пола подросток, кто перед глазами - юноша или девушка.

. Разрушение магически-мифологической структуры мира женской идентичности - жизнь женщины в патриархальном обществе была строго регламентирована, каждый возрастной интервал заканчивался мини инициацией (в день отлучения от груди перед девочкой раскладывали различные предметы, в 7 лет волосы заплетали в косу и надевали поверх рубашки сарафан). Все это помогало подготовить девочку к будущей роли жены и матери. Отживание патриархальных устоев приводит к разрушению старых стереотипов, пониманию и восприятию женственности. А современные предлагаемые идеалы деловой женщины, равной мужчине, способствуют нарастанию и преобладанию нарциссических репрезентация в личности.

. Нарастание нарциссических тенденций. Стремление к славе, богатству, автономности и девальвация семейных ценностей диктуют современной женщине определенные ценности и идеалы, к которым она обязана стремиться и им соответствовать. Это приводит к формированию искаженного внутреннего объекта женственности, оторванного от реальных женских целей и предназначений. И в итоге перед нами предстает скорее королева, чем реальная женщина - совершенная, респектабельная, закрытая, элегантная и … бездетная. Это ухоженная, уверенная в себе, воспитанная, спокойная внешне и глубоко одинокая внутри женщина.

. Борьба за независимость и автономность. В настоящее время женщина, долгое время существовавшая как нарциссическое продолжение мужчины, пытается освободиться от этих оков. Мужчина часто на бессознательном уровне воспринимается женщиной как материнское начало, и в нем она ищет лучшую мать, чем у нее была. Но реальность иная - женщина испытывает разочарование, которое провоцирует агрессивные чувства к мужчине: от раздражения до ненависти.

. Перверзная сексуальность - современные женщины создают для себя идеалы, наполненные сексуальными стимулами, которые никак не воспринимаются мужчинами и даже отпугивают их. Женщина стремится подавить мужчину, отвоевывая традиционно мужские сферы влияния.

Последствия всех этих факторов трудно переоценить. Женщина, как от балласта, избавляется от кажущегося ей тяжкого бремени женских проблем, выбрасывая за борт все, что было накоплено веками: заботу о домашнем очаге, свое особое место в отношениях с мужчиной, культуру тела, традиционную сексуальность, желание иметь детей и удовольствие их растить.

Огромное значение в становлении женщины имеют самые ранние идентификации с матерью, возникающие в период симбиотических отношений с ней. Еще Фрейд указывал, что нельзя понять женщину, не отдав должное этой фазе доэдиповой привязанности к матери.

Нам может быть понятно отвержение детей и нежелание их иметь, скрывающееся за невозможностью забеременеть. Женщина хочет иметь ребенка, но сетует на то, что рядом нет подходящего мужчины. Или нежелание оправдывается страхом потерять свободу, потому что тогда придется делать то, что захотят дети и тогда женщина окажется у них в рабстве.

.4 Взгляд различных школ на причины функционального бесплодия

На сегодняшний день можно утверждать благодаря накопленным данным, что семья является первичным фактором формирования материнства. Нарушение межличностных отношений в родительской семье негативно сказывается на формирование и развитие девочки и будущей матери. В истории жизни бесплодных женщин часто встречаются случаи плохих взаимоотношений родителей, пренебрежение, грубость и даже жестокость по отношению к детям. Либо девочки страдали от холодного и отчужденного отношения со стороны родителей, испытывали унижение, а воспитывали их больше криком, а иногда и побоями. Многие выросли в неполных семьях.

Представители различных психоаналитических школ и направлений причины бесплодия видят в вытесненных травмах раннего детства и бессознательных конфликтах. О подсознательном конфликте, связанном с желанием иметь ребенка, и его вытеснении как причине бесплодия говорит и К. Хорни [8]. По исследованиям, проводимыми Карен Хорни, некоторые женщины страдают фригидностью, корни которой тянутся в детство и связаны с взаимоотношениями с матерью. В каждом случае фригидности к ней примешивались другие психические факторы, которые могут влиять на функциональные расстройства.

Прежде всего речь идет о страхах по поводу мастурбации, способных повлиять как на психические установки, так и на телесные процессы. Особая форма, которые они часто принимают у женщин, - это страх, что их половые органы физически повреждены мастурбацией. Далее Хорни сообщает нам о том, что «страхи могут принимать и такую форму: повредив себя, я никогда не смогу иметь ребенка». Пациентки, которые лечились у Хорни, часто говорили, что иметь детей представляется им делом, вызывающих отвращение, и они никогда не собираются их иметь.

Для других женщин беременность представляет собой особую форму удовлетворения. Для них важно не столько идея иметь ребенка, нянчить и ласкать его, сколько идея беременности самой по себе, идея вынашивания ребенка в своем теле.

Психоаналитически ориентированные исследователи сосредоточили свой интерес на психической истории самой матери и период ее беременности. Они сконцентрировали внимание на значении формирования образов ребенка в воображении будущей матери для принятия ею своего новорожденного ребенка. Елена Дойч [9] в двухтомном труде «Психология женщины» первой высказала догадку о том, что на беременность может влиять собственный эмбриональнай опыт женщины. Она считала, что негативное влияние раннего детского опыта компенсируется «материнскостью» (Mothering), источник которой - в мазохистической любви, жертвенности и самоотдаче.

Итальянский психоаналитик С. Фанти выдвинул и обосновал существование похожей идеи об эмбриональной стадии психического развития человека. Его концепция дала возможность выдвинуть идею о том, что женщина, забеременев, «вспоминает» и воспроизводит на органическом уровне свое состояние как плода, а на психологическом - состояние своей матери [10]. Фанти, М. Марконе и другие представители микропсихоанализа считают, что начало развития будущего отношения матери к ее ребенку закладывается еще внутриутробно на основе первых эмоциональных конфликтов матери с плодом и продолжается в младенчестве. Во время беременности у женщины актуализируется этот эмоциональный опыт, который влияет на содержание ее собственного материнства.

Р. Дж. Пепперел [11] с соавторами считают, что у бесплодных пар мотив иметь ребенка несколько иной, чем у пар, имеющих детей. В 1986 году ими были провели исследования группы добровольно бездетных и бесплодных супружеских и выяснилось, что бесплодные женщины часто указывают на причину иметь ребенка как на желание «удержать мужа, заполнить пустоту, поддержать семейные традиции » и т. д.

В. Лосева и А. Луньков [12], в рамках когнитивного направления приводят типичные установки, которые будущая мать может усвоить от своих родителей: «Прежде чем заводить детей, надо прочно стоять на ногах в материальном и профессиональном отношении»; «Ты сама еще ребенок; как же ты можешь воспитывать детей?»; «Ты - эгоистка, а мать должна уметь жертвовать всем ради детей»; «Не торопись заводить детей. Поживи в свое удовольствие»... Каждый родитель таким образом пытается обезопасить свою дочь от всевозможных опасностей, однако подобные директивы пагубно влияют на установку желания иметь детей.

Исследования В. Д. Менделевича и Э. В. Макаричевой [13] показывают, что в преморбиде у женщин с необъяснимым бесплодием широко распространены черты психического инфантилизма, а 89,5% исследованных имеют слабую половую конституцию. Данные, полученные с помощью ММРI, говорят о склонности к депрессивным реакциям, повышенной тревожности с выраженным стремлением нравиться всем окружающим, с некоторой неуверенностью в себе, неустойчивой самооценкой, зависящей от мнения окружающих. Кроме того, их исследования показали, что пограничные психические расстройства у пациенток, страдающих бесплодием, имеют свои структурно-динамические особенности, например антиципационную несостоятельность, внешний локус контроля. У большинства пациенток были выявлены те или иные акцентуации с преобладанием психастенического типа, а также противоречие между самооценкой и своими идеалами.

Женщины страдающие бесплодием неясного генеза несомненно имеют общие психологические черты и особенности. Для всех указанных женщин характерны следующие особенности:

• общая инфантильность, проявляющаяся в незрелости личностной сферы, искаженной или незрелой полоролевой идентификацией;

• неадекватные (инфантильные, дезадаптивные) формы реагирования на стрессовые ситуации;

• эмоциональная неустойчивость;

• повышенный уровень личностной и ситуативной тревожности;

• подавленная агрессия разной направленности;

• осложненные отношения с другими людьми, в первую очередь близкими, деструктивный опыт отношений с собственной матерью.

Полученные ими данные позволили выделить две основные группы нарушений, проявляющихся у женщин с разными особенностями репродуктивного статуса.

. Женщины, имеющие нарушения репродуктивной функции до беременности в основном гормонального происхождения, бесплодие или трудности зачатия, угрозу прерываниея беременности и невынашивание, нарушение внутриутробного развития ребенка с минимальным риском для здоровья женщины. Для этих женщин характерны следующие психологические особенности:

• эмоциональная неустойчивость, склонность к гиперстеническому реагированию;

• склонность к перепадам настроения;

• болезненное отношение к неудачам с накоплением отрицательных эмоций и их взрывчатым выплеском;

• склонность к формированию сверхценных идей, проявляющееся в сверхценности беременности, своей репродуктивной функции;

• искажение женской идентичности: усиление маскулинных качеств и ослабление женственности, отвержение собственной женственности;

• снижение уровня социальной адаптации, отсутствие гибкости во взаимодействии;

• конфликтные отношения с матерью, иногда выражающиеся в некритичной идеализации и недифференцированном представлении об отношениях с ней;

• неудовлетворенность собой, завышенная самооценка;

• неудовлетворенность отношением к себе других, претензии к ним;

• защитное декларирование ценности материнства;

• пониженная ценность ребенка;

• повышенная тревожность с преимущественно выраженной эмоциональной составляющей;

• возможно недостаточное осознание болезни, эйфория;

• гетероагрессия, чаще подавленная.

. Женщины, имеющие гинекологические заболевания соматического характера и негинекологические соматические проблемы, влияющие на успешность репродуктивной функции и одновременно угрожающие здоровью женщины. У этих женщин имеют место следующие психологические особенности:

• эмоциональная неустойчивость, склонность к гипостеническому реагированию;

• склонность к пониженному настроению, раздражительность;

• снижение общей активности;

• подверженность стрессам, склонность к депрессиям;

• зависимость от окружающих, поиск внешней помощи;

• нормальная женская идентичность, усиление женственности;

• тревожные, зависимые, симбиотические отношения с матерью;

• неуверенность в себе, заниженная самооценка, чувство вины;

• доверие, некритичность по отношению к другим;

• неуверенность в своей материнской компетентности, сверхответственность;

• повышенная ценность ребенка, но возможна пониженная;

• повышенная тревожность с преимущественно выраженной соматической (функциональной) составляющей;

• невротизация по типу «бегство в болезнь»;

• аутоагрессия, чаще подавленная, риск суицида.

психологический женщина бесплодие

3. Выводы

В ходе данной работы мы пришли к следующим выводам:

. Женщины, страдающие функциональным бесплодием, несомненно имеют общие психологические черты и особенности. Условно их можно разделить на 2 группы:

А) Женщины с нарушениями репродуктивной функции до беременности в основном гормонального происхождения, бесплодие или трудности зачатия, угрозу выкидыша, нарушение внутриутробного развития ребенка с минимальным риском для здоровья женщины.

Б) Женщины с различными гинекологическими заболеваниями соматического характера и негинекологические соматические проблемы, которые влияют на возможность наступления беременности и одновременно угрожающие здоровью женщины.

. У всех таких женщин налицо нарушения личностной и полоролевой идентификации. Причем у первой группы эти искажения носят характер по типу искажения, а у второй группы - по типу незрелости, нарушения адаптационных механизмов, выражающиеся в общей незрелости и использовании инфантильных способов реагирования, проявляющихся в соматизации.

. Имеется конфликт в восприятии материнства, причем у женщин первой группы- по типу конфликта между ценностями материнской сферы и ценностями из других сфер, не сочетающимися с ситуацией материнства, а у второй группы - по типу тревоги, с высокой ценностью материнства и выраженной тревогой относительно возможности ее реализации; выраженной подавленной агрессией.

. В первой группе имеет место гетероагрессия (направленная вовне, на внешнюю причину конфликтной ситуации, как защита себя), а во второй группе - аутоагрессия (направленная на себя, саморазрушение, внутреннюю причину конфликтной ситуации).

. Таким образом, для первой группы характерны неготовность к материнству в форме «конфликтность». Образ ребенка слабо сформирован и имеет преимущество негативные черты, его ценность понижена вкупе со сниженной материнской компетентностью и негативным отношением к материнским обязанностям, слабое представление о себе, как о матери. Присутствуют конфликтные или некритично идеализированные представления о своей матери, представление о себе как о дочери в качестве источника осложнений в жизни матери. Для женщин этой группы характерны непринятие своей женственности и подавленная гетероагрессия.

Для группы второй группы характерны неготовность к материнству в форме «тревожность». Образ ребенка преимущественно позитивный, но с выраженной тревожностью. Ребенок и материнство обладают сверхценностью, присутствуют обостренная материнская компетентность, склонность к гиперопеке, сверхценное отношение к материнским обязанностям, вкупе с тревожным представлением о себе как матери с заниженной самооценкой. Со своей матерью отношения симбиотические, амбивалентные или тревожные, представление о своей дочерней роли как сверхценности для матери, одновременно с выраженной тревожностью. Кроме того, эти женщины отличаются реальной декларацией тревоги за ребенка и сверхценности материнства в сочетании с тревогой по поводу своей несостоятельности. Для женщин этой группы характерны принятие своей женственности и подавленная аутоагрессия.

Все эти данные, несомненно, указывают на то, что есть взаимосвязь между характером конфликта в материнской сфере и формой соматизации этого конфликта. Это позволяет высказать соображение относительно системообразующего психологического фактора, лежащего в основе нарушений репродуктивной функции.

В целом, мы считаем, что нам удалось определить специфические психологические особенности женщин с нарушением репродуктивной функции. Исходя из всего вышеизложенного, мы делаем вывод о необходимости разработки специальных теоретических подходов и методов практической психокоррекционной работы не только индивидуально с такими женщинами, но в ряде случаем и с супружескими парами, страдающими бесплодием.

Таким образом, бесплодие следует рассматривать как особую область психологии репродуктивной сферы и как особую область психосоматики, для которой необходима разработка специальных теоретических подходов и методов практической психокоррекционной работы, сочетающих психосоматику, комплексные подходы, психологию телесности, перинатальную психологию и психотерапию, а также другие направления медицинской психологии.

4. Заключение

Женское существование испокон веков отмечено чувством зависти к материнству и потребностью изменить ситуацию зависимости, в которой находится грудной ребенок по отношению к своей матери. Материнство - это одна из социальных женских ролей, поэтому даже если потребность быть матерью и заложена в женской природе, общественные нормы и ценности оказывают определяющее влияние на проявления материнского отношения. Понятие 'нормы материнского отношения' не является постоянным, так как содержание материнских установок меняется от эпохи к эпохе. Той или иной социальной установке соответствует определенный образ ребенка. Отклоняющиеся проявления материнского отношения существовали всегда, но они могли носить более скрытые или открытые формы и сопровождаться большим или меньшим чувством вины в зависимости от общественного отношения.

Состояние гормонального фона, зрелость матки и придатков у женщин и состояние спермы у мужчин является отражением психической зрелости личности в целом. Исходя из этого, можно предположить, что накопленные и освоенные телом человека в процессе взросления ощущения от жизни отражаются предоставлением возможности передачи информации следующему поколению, «знанием и умением» репродуктивной системы выполнять свои функции.

В рамках этого взгляда можно рассматривать и психофизиологию женщины, и психофизиологию мужчины, а также формы их влияния друг на друга. В последнее время процесс беременности рассматривается не как процесс только женщины, но как процесс «беременной пары». Бесплодие это сопряженный феномен, и с уменьшением проявления его у одного из партнеров, например в результате лечения, могут наблюдаться более резкие его проявления у другого.

Можно выдвинуть предположение, что бесплодие может стать способом ограничения роста количества людей, которые унаследуют от своих незрелых родителей незрелые же психофизиологические качества.

Поэтому терапевтическое лечение женщины может проходить успешно в том случае, когда оно будет ориентировано прежде всего на интеграцию и гармонизацию ее идентичности.

Список литературы:

1. Филиппова Г. Г. Психология материнства: Учебное пособие М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002. - 240 с..

2. Мид М. Мир и культура детства. Пep. с англ. и коммент. Ю. А. Асеева. Сост. и послесловие И. С. Кона. М., Наука., 1983 - 412 с.

. Цит. по Педагогическая антропология: Учебное пособие. Авт.--сост. Б.М. Бим-Бад. - М.: Изд-во УРАО, 1998. - 576 с.

. Цит. по Иванова Н.В. Формирование социального пространства отношений ребенка в дошкольном образовательном учреждении: Учеб. пособие. Череповец: ЧГУ, 2002. 150 с.

5. Cox L.W. Infertiliti: a comprehensive programme British. J. Obstet. Gynaecol.. - 1975.- V. 82.- P. 2

6. Блог Л. Емешевой <http://emesheva.perspektum.ru/?p=87>

. Павлова О.Н. Женское vs мужское: метапсихологические контексты. Монография Ижевск ERGO 2009

. Хорни К. Психология женщины. - М.: Академический Проспект, 2007. - с. 240

. Цит. по Шмурак Ю. И. Пренатальная общность. Человек, 1993. № 6. С. 22-37.

10. Фанти С. Микропсихоанализ. М., 1993.

11. Пепперел Р. Дж., Хадсон Б., Вуд К. Бесплодный брак. - М.: Медицина, 1986. - 336 с.

. Лосева В., Луньков А.. Страхи вокруг беременности Психологическая консультация, 1998. № 1. С. 21-34.

. Макаричева Э.В., Менделевич В.Д. Психический инфантилизм и необъяснимое бесплодие. Социальная и клиническая психиатрия 1996, №3, с 20-22.

Дополнительная литература:

1. The Development of attachment and affiliative systems. Ed. by R.N. Emde at all, N.Y., L., Plenum press, cop., 1982 - XX.

. The Different Faces of Motherhood. B. Berns, F. Hay edds. N.J., L., Plenum Press Cop., 1988.

. Louis G.Ph.D., Margolis E. The mohterhood report: how women feel about being mothers. N.J., McGraw-Hill Publ.Comp.,1987.

. van Mens - Verhulst J. et all edds. Daughtering and mothering: Famale subjectivity reanalysed. Routledge, L.,Engl.,xv.,1993.

. Колпакова М. Ю. Особенности психологической работы с матерями-«отказницами» Московский психотерапевтический журнал, 1999. № 1. С. 127-154

. Ермошенко Б.Г., Крутова В.А. Роль психологических факторов при бесплодии (Обзор литературы). Кубанская государственная медицинская академия. Успехи современного естествознания №8, 2005

. Маркова М.В.. Феномен бесплодия супружеской пары с позиции медицинской психологии. Харьковская Медицинская Академия постдипломного образования. 2009.