

**Особенности гендерной идентичности у женщин, страдающих бесплодием**  
**Себелева Юлия Григорьевна**

*Аспирант*

*Московский государственный медико-стоматологический университет, клинической психологии, Москва, Россия*  
*E-mail: sebeleva@bk.ru*

Исследование посвящено проблеме гендерной идентичности у женщин, страдающих бесплодием, проходящих лечение методом экстракорпорального оплодотворения.

Под гендерной идентичностью мы понимаем аспект самосознания, описывающий переживание человеком себя как представителя определенного пола [5]. Особая роль в развитии гендерной идентичности в онтогенезе отводится качеству ранней привязанности ребенка к матери [2]. Ненадежная привязанность ребенка к матери в детстве и реальная неспособность во взрослом возрасте воплотить в себе родительские черты приводят к невротизации личности и последующей невротизации стиля взаимодействия в собственной семье и невротизации детей [3].

Одной из актуальных задач ранней взрослости является потребность в родительстве (материнстве или отцовстве) как в особом, личностно значимом состоянии, создающим предпосылки для развития позитивной, зрелой, непротиворечивой гендерной идентичности. Развитие гендерной идентичности, таким образом, сопряжено с трансформацией внутрисемейных отношений и протекает в их контексте [4,6, 8].

Категория гендерной идентичности позволяет изучить наиболее полно весь комплекс переживаний, женщин страдающих бесплодием. По аналогии с самосознанием, в категории «гендерная идентичность» можно выделить содержательные и структурные характеристики. Структурные характеристики разделяются многими авторами на три основных компонента: когнитивный (представления, знания о себе), аффективно-оценочный (самооценка и самоотношение) и регулятивный (репертуар гендерно-специфичных семейных ролей) [1, 7, 5].

В исследовании принимали участие 144 женщины: 86 – в экспериментальной группе и 58 – в контрольной. Экспериментальную группу составили женщины, страдающие бесплодием, проходящие лечение методом экстракорпорального оплодотворения (на стадии стимуляции овуляции ооцитов), находящиеся в браке. Возраст – от 22 до 40. Для выявления особенностей гендерной идентичности у инфертильных женщин была введена контрольная группа, которую составляли фертильные женщины, имеющие детей не младше года, состоящие в браке и не имеющие гинекологической патологии в анамнезе. Возраст – от 22 до 40 лет.

Методиками исследования являлись: биографическое интервью (анкета), методика «Незаконченные предложения» Сакса-Леви (модифицированная нами для пациентов, страдающих бесплодием, проходящих лечение методом ЭКО, вариант Сакса-Сиднея), проективные рисуночные тесты «Моя семья», «Я и моя мама», «Рисунок человека», вопросник С.Бэм по изучению маскулинности-фемининности, тест М.Куна «Кто Я?» (М.Кун, Т.Макпартленд; модификация Т.В.Румянцевой), методика исследования тревожности Ч.Д.Спилбергера, адаптация Ю.Л.Ханина.

Гендерная идентичность женщин, страдающих бесплодием, по сравнению с фертильными женщинами, обладает рядом структурных и содержательных особенностей. Содержательные характеристики гендерной идентичности:

1. Когнитивный компонент: тема принадлежности к женскому полу и сексуальности не актуализирована в самосознании инфертильных женщин, в самоописании доминируют социальные характеристики идентичности, в образе тела присутствуют признаки искажения телесных аспектов образа Я. У фертильных женщин тема половой принадлежности актуализирована в самосознании, преобладает доминирование индивидуальных характеристик идентичности в самоописании, наблюдается дифференцированность самооценки и самоотношения;

2. Аффективно-оценочный компонент: самоотношение женщин, страдающих бесплодием, характеризуется недифференцированностью позитивных или негативных оценок, внутриличностные конфликты обнаруживают более широкий спектр проявлений в основных личностно-значимых темах, что сопровождается более высоким уровнем тревожности. У фертильных женщин внутриличностные конфликты менее интенсивны, диапазон затрагиваемых ими сфер гораздо уже, уровень тревоги, в целом, ниже, чем у инфертильных женщин;

3. Регулятивно-праксический компонент: для инфертильных женщин в поведении характерны внешний локус контроля, использование признаков инфантильных механизмов регуляции поведения, а репертуар гендерно-специфического ролевого поведения узок. У фертильных женщин преобладает использование признаков зрелых механизмов регуляции поведения и более широкий репертуар гендерно-специфического ролевого поведения;

4. Специфика структурных характеристик гендерной идентичности у женщин, страдающих бесплодием по сравнению со здоровыми женщинами заключается в преобладании низкого уровня рефлексии, недифференцированности самоотношения и самооценки у инфертильных женщин. В целом, гендерная идентичность носит недифференцированный и негативный характер, при этом не наблюдается явных кризисных проявлений. У фертильных женщин специфика структурных характеристик гендерной идентичности заключается в преобладании нормального и высокого уровня рефлексии. В целом, гендерная идентичность фертильных женщин характеризуется позитивным самоотношением и принятием женской идентичности;

5. Особенности сферы внутрисемейных отношений - взрослая привязанность, образ семейных отношений, гендерно-специфические семейные роли, - различаются у фертильных и инфертильных женщин. У женщин, страдающих бесплодием, преобладает избегающий тип взрослой привязанности. Отношения с собственной матерью часто воспринимаются как симбиотические и идеализируются. Образ семьи стереотипизирован, наблюдаются признаки дисфункциональности, диапазон гендерно-специфичных семейных ролей сужен. У женщин, с ненарушенной репродуктивной функцией наблюдается преобладание амбивалентного и надежного типа взрослой привязанности, отношения с матерью чаще носят адекватный характер. В образе семьи гораздо реже наблюдаются ярко выраженные признаки дисфункциональности, преобладает широкий диапазон гендерно-специфичных ролей;

6. У женщин, страдающих бесплодием, обнаружена значимая связь между типом привязанности, особенностями образа семейных отношений, гендерно-специфическими

семейными ролями, с одной стороны, и характеристиками гендерной идентичности, с другой стороны. У инфертильных женщин, с повышением избегания, и соответственно, снижением надежности во взрослой привязанности, сужением репертуара гендерно-специфичного ролевого поведения и увеличением выраженности дисфункциональности в образе семьи, снижается представленность темы гендерной принадлежности в самосознании, чаще встречается низкий уровень рефлексии, чаще наблюдается доминирование социальных характеристик идентичности, значительно повышается уровень тревоги, связанный с темой пола и сексуальности, преобладает высокий уровень страхов, опасений и чувства вины, которые не осознаются женщинами;

7. Ключевые характеристики отношений женщин с матерью, образа семьи и особенностей гендерной идентичности позволяют выделить и описать три типа переживания бесплодия в программе ЭКО. Для инфертильных женщин, относящихся к первому типу переживания бесплодия, характерны отношения с матерью по типу «раннего симбиоза» (симбиотическое восприятие отношений с матерью, идеализация отношений, без признаков высокой тревожности), наблюдается значительные искажения образа семьи, но структура идентичности менее нарушена. Для группы женщин, относящихся ко второму типу переживания бесплодия, основные искажения распространяются на сферу гендерной идентичности, отношения с матерью носят негативный характер, в образе семьи не наблюдается ярко выраженных искажений. Группа женщин, относящаяся к третьему типу переживания бесплодия, характеризуется наличием искажений всех анализируемых сфер: отношений с матерью (по типу «амбивалентного симбиоза» - симбиотическое восприятие отношений с матерью с признаками высокой тревожности), образа семьи и особенностей гендерной идентичности.

Таким образом, мы описали три типа инфертильных женщин: в первой группе мы выделили ведущий «психогенный элемент бесплодия», во второй группе ведущий тип нарушения идентичности по типу незрелости, в третьей – по типу искажения.

Подводя итоги описания результатов исследования, можно отметить, что мы раскрыли специфику внутриличностной сферы и сферы семейных отношений инфертильных женщин. Особенности внутриличностной сферы заключаются в несформировавшейся позитивной гендерной идентичности. В сфере семейных отношений выявлены особенности рабочей модели привязанности, заключающиеся в доминировании ненадежных типов привязанности, и стереотипизации образа семьи. В нашей работе была установлена взаимосвязь между особенностями формирования гендерной идентичности (сфера детско-родительских отношений) и особенностями внутриличностной сферы. Необъясненным в нашей работе остается описание четвертой малочисленной группы инфертильных женщин, без признаков «Тревоги» и «Симбиоза», а так же мотивационный фактор выбора лечения бесплодия методом экстракорпорального оплодотворения. Возможно, отнести эти элементы к задачам дальнейшего исследования темы специфики гендерной идентичности инфертильных женщин.

## Литература

1. Бернс Р. Я-концепция и воспитание. – М., 1986.
2. Боулби Д. Привязанность и ее развитие // Психология привязанности и ранних отношений: Тексты / Сост. и пер. М.Л. Мельниковой. Ижевск: НИЦП «ERGO»,

2005. Захаров А.И. Неврозы у детей и подростков: Анамнез, этиология и патогенез / А.И. Захаров. Л.: Медицина, 1988.
3. Захарова Е.И. Личностные изменения, связанные с появлением ребенка. // Журнал практического психолога № 4-5. Тематический выпуск: Перинатальная психология и психология родительства. Изд-во «Фолиум», 2003.
  4. Клещина И.С.. Психология гендерных отношений. Автореф. докт. дис. Санкт-Петербург, 2004
  5. Овчарова Р.В. Психологическое сопровождение родительства. – М.:Изд-во Института Психотерапии, 2003.
  6. Столин В. В. Самосознание личности. М., 1983.
  7. Филиппова Г.Г. О нарушении репродуктивной функции и их связь с нарушениями в формировании материнской сферы. // Журнал практического психолога № 4-5. Тематический выпуск: Перинатальная психология и психология родительства. Изд-во «Фолиум», 2003.