

# БЕССОЗНАТЕЛЬНЫЙ ЯЗЫК ТЕЛА ЖЕНЩИНЫ. ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ ВЗГЛЯД НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ

Докладчик **Агеева Ирина Викторовна**, врач психотерапевт, акушер-гинеколог-эндокринолог, преподаватель Московского института психоанализа, обучающий психотерапевт МОКПО, действительный член ОПЛА, член Международного общества психосоматического акушерства и гинекологии. Москва.

В современном представлении психосоматика – это телесное отражение душевной жизни человека, причем как телесное проявление эмоций, так и “зеркало” бессознательных психологических процессов.

В этом контексте тело представляется как своего рода экран, на который проецируются символические послания психики.

Экран, на котором все “тайное” психическое становится “явным” соматическим.

Через телесные проявления психологических проблем можно дойти до глубин души человека, разгадать истинный смысл симптома болезни, а поняв язык тела больного, узнать историю органа, который “говорит на символическом языке болезни” и выбрать наиболее оптимальный путь к его выздоровлению.

Тело женщины может поведать о многом, происходящем не только в ее личной жизни и здоровье, но и в ее семейном и социальном окружении.

И женщины, в отличие от мужчин порой способны к изощренному и парадоксальному “бессознательному использованию своего тела”, потому что среди важнейших жизненных событий есть такие, которые происходят только с женщинами, и одно из этих событий – беременность.

Репродуктивное здоровье подразумевает не только отсутствие заболеваний репродуктивной сферы, но и способность человека к созданию стабильных партнерских отношений, полноценное переживание сексуальной жизни и способность к деторождению соответственно репродуктивному возрасту.

Таким образом, репродуктивно здорова та женщина, которая находится в ладу со своей зрелой женственностью и принимает материнство и те закономерные циклические изменения, которые происходят не только в течение месяца, но и всей последующей жизни.

И женское тело, как экран, как нельзя лучше отражает всю гамму переживаний, связанных с этими изменениями в виде тех или иных соматических симптомов и заболеваний репродуктивной сферы

Репродуктивную психосоматику можно выделить как отдельное звено, изучающее не только взаимосвязи психических и телесных составляющих репродуктивного здоровья, но и те механизмы, лежащие в основе базовых психологических конфликтов, следствием которых и являются психосоматические заболевания репродуктивной сферы.

Несмотря на разноликий репродуктивный психосоматический портрет, в основе базового психологического конфликта лежит конфликт гендерно-ролевой идентичности, проявляющийся в психологической неготовности к созданию гармоничных гетеросексуальных партнерских отношений, принятия беременности и материнства.

И в этом случае, психосоматические заболевания можно рассматривать не только как маркеры психологического конфликта, но и как психосоматические защиты.

Рассмотрев репродуктивное здоровье как целостную психосоматическую организацию, а тело, как экран, можно определить последовательные роли, стратегии и способы реализации через тело базового психологического конфликта.



Репродуктивной системе можно делегировать следующие психологические роли:

- ◎ **Быть женщиной (роль привлекательна, либо не привлекательна)**
- ◎ **Быть матерью (роль желанна либо обременительна)**
- ◎ **Быть и женщиной и матерью (роль привлекательна и желанна, либо обременительна и даже опасна)**

Если женщина принимает своевременно данные роли и получает от них удовлетворение, ее репродуктивная система, как правило, не подвержена каким-либо хроническим заболеваниям либо опухолевым процессам, и ее жизненный и возрастной период не находится в фокусе базового психологического конфликта.

И можно предположить, что в данный период женщина находится в гармонии и со своим телом, и со своей душой, и следовательно она здорова.

Если какая либо из ролей не принимается, несет опасность женской идентичности, не привлекательна, тяжела, либо ее реализация не своевременна и не вписывается в личные жизненные планы, то в арсенале репродуктивной системы существует целый набор стратегических направлений и способов избегания данных ролевых позиций.

**Роль – быть женщиной:**

**Стратегия - Быть зрелой женщиной хорошо.**

Как правило, гетеросексуальные партнерские отношения. Сексуальная сфера не страдает.

Урогенитальные инфекции возникают редко.

Болевые синдромы тазовой области отсутствуют.

Менструальный цикл стабильный.

## **Стратегия – Быть зрелой женщиной плохо (тяжело, страшно, опасно).**

Способы реализации: хронические, рецидивирующие урогенитальные инфекции, хронический зуд “не ясной этиологии”, другие заболевания, требующие длительного лечения и избегания половых контактов.

**Стратегия – Не быть зрелой женщиной:  
- модель “Если я не зрелая взрослая  
женщина, то я еще девочка – комплекс  
“Красной Шапочки”, “Спящей  
Красавицы”**

Способы реализации: генитальный  
инфантилизм, аменорея  
(гипогонадотропная), олигоменорея,  
коитофобия, диспареуния, бесплодие.

## **- модель “Если я не зрелая женщина, то я вечная девушка”**

а) - комплекс Артемиды.

Способы реализации: аменорея (нормогонадотропная), коитофобия, вагинизм, бесплодие.

б) - комплекс Кору (Персефоны).

Способы реализации: дисменорея и аменорея, ДМК, вагинизм, высокий риск венерических заболеваний, бесплодие трубно-перитонеального фактора, нарушение пищевого поведения (анорексия - булимия).

**Стратегия – Быть зрелой женщиной не интересно:**

**- модель “Если я не женщина, то кто я? Я - мужчина”.**

Способы реализации: СПКЯ, АГС, бесплодие и невынашивание беременности эндокринного генеза, доброкачественные опухоли яичников (эндометриомы, зрелые тератомы).



**-модель “Если я не зрелая женщина, то я  
взрослая женщина-девственница”**

а) комплекс Амазонки, б) комплекс Гестии  
(Весты).

Не редко это женщины, сохранившие  
свою девственность или находящиеся в  
гомосексуальных отношениях.

Если у таких женщин не было опыта не  
удовлетворительных гетеросексуальных  
отношений, они могут быть гинекологически  
здоровыми, и даже принимать  
материнскую роль.

Но если же сексуальный опыт был психотравмирующим, то разворачивается модель **“зрелой женщиной быть унижительно, постыдно и опасно”**

Способы реализации: хронические, изнуряющие психику уро-генитальные инфекции, тяжелые заболевания шейки матки и молочных желез, хронические воспалительные и опухолевые заболевания придатков матки с болевым синдромом, преждевременная недостаточность функции яичников.

**Роль – быть матерью**

**Стратегия – матерью быть хорошо.**

Материнская роль привлекательна и желанна. Беременность наступает быстро, протекает без осложнений, осложнений в родах и послеродовом периоде не отмечается. Кормление грудью без затруднений.

# Стратегия – матерью быть тяжело или опасно.

Способы реализации:  
воспалительные заболевания шейки матки и цервикального канала, цервикальный фактор бесплодия, эндометрит, аденомиоз, трубный фактор бесплодия.

**Стратегия – матерью быть хочется, но нет внутренних и внешних ресурсов для вынашивания и воспитания ребенка.**

Способы реализации: миома матки, полипы эндометрия, урогенитальные инфекции, обостряющиеся в период овуляции, овуляторный синдром, и другие состояния, вынуждающие женщину избегать половой близости в период возможного зачатия, дисгормональные заболевания молочных желез, нарушение пищевого поведения (булимия, компульсивное переедание).

**Стратегия – материнская роль не привлекательна, не интересна, ребенок как обуза.**

Способы реализации:  
рецидивирующий генитальный герпес,  
наружный генитальный эндометриоз,  
бесплодие неясного генеза (комплекс Афины, или бесплодие деловых женщин).

**Роль быть и женщиной и матерью**  
**Стратегия – быть зрелой женщиной и**  
**матерью привлекательно и приятно.**

Такие женщины репродуктивно  
здоровы.

**Стратегия – женщиной быть приятно и привлекательно, но материнская роль не приятна (не интересна, утомительна, преждевременна).**

Способы реализации:  
воспалительные заболевания маточных труб и матки, приводящие к бесплодию, гипофункция яичников (НЛФ, ЛЮФ-синдром)



## **Стратегия – матерью быть опасно.**

Способы реализации: внематочная беременность, выскабливания полости матки, приводящие к нарушению базального слоя эндометрия, внутриматочные синехии.

**Стратегия – матерью быть хорошо, но зрелая женственность утомляет, пугает, налагает дополнительные обязательства.**

Такие стратегические модели часто реализуются среди женщин с нарушенной гендерной идентичностью – женщин-Артемид и женщин-Амазонок.

Преодолев конфликт партнерских отношений, такие женщины могут забеременеть самостоятельно, либо обращаются в клиники ВРТ, рожают детей и становятся достаточно преданными матерями, чаще при этом выбирая путь матерей-одиночек.

**Стратегия – страшно быть зрелой женщиной, но еще более опасно быть матерью.**

Наиболее драматическая и тяжелая стратегическая модель.

Способы реализации: заболевания, приводящие к экстирпации матки с придатками, онкологические заболевания репродуктивной сферы.

**Стратегия – женщиной быть привлекательно и желанно, материнская роль интересует, но в то же время, несет неизвестность будущего.**

Способ реализации: бесплодие неясного генеза, или психогенное бесплодие.

Для таких женщин материнство не только жизненный этап, но чаще кризис инициации.

Как правило, в этой ситуации медицинские возможности, включая ЭКО, не приводят к положительному результату.

Путь этих женщин – путь глубинной психотерапии.

Таким образом, рассмотрев репродуктивную систему через призму причинно-следственных психосоматических связей, можно определить не только уровень конфликта, но и выстроить последовательные перспективы психосоматической терапии.

В результате приобретенного опыта, женщина научится понимать язык своего тела и прислушиваться к нему.

Эти знания помогут ей не только целенаправленно планировать свою жизнь, но и избежать тех бессознательных психологических ловушек, вовлекающих тело в череду длительных и истощающих репродуктивных расстройств.

**БЕССОЗНАТЕЛЬНЫЙ ЯЗЫК ТЕЛА  
ЖЕНЩИНЫ.  
ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ ВЗГЛЯД НА  
РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ**

**Агеева Ирина Викторовна**