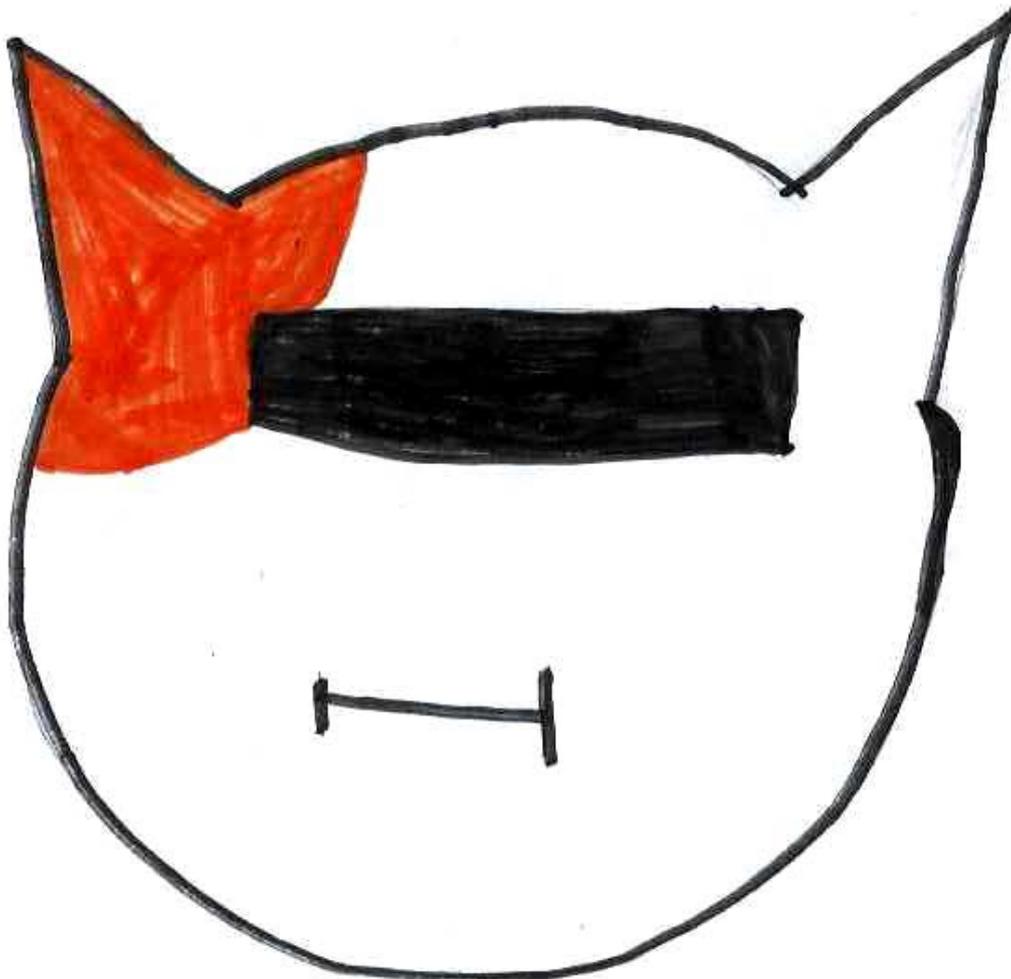


Влияние социокультурной матрицы на женское здоровье





Исангулова Ирина Маратовна

- Психолог
- Член ЕАРПП (Россия) и ЕСРР (Viena, Austria), РО Самара
- Преподаватель Центра Корпоративного Развития Самарского государственного экономического университета

Сегодня социальные сети полностью способны обойти иммунитет психологических защит, формируя аспекты эго-идеала, обусловленного модными трендами.

Понятие «матрица» восходит к латинскому понятию о первопричине [7]. Таким образом, под матрицей понимается образец, модель, штамп, шаблон, первоначальная форма для отливки. Под социокультурной матрицей мы будем понимать обусловленный социальными и культурными причинами набор установок (шаблонов, стереотипов), определяющих, например, поведение или идентичность, или женское здоровье. Почему уместнее использовать понятие матрица, а не общество или отдельные его институты – семья, школа, образование, мода и т.д.? Значения на пересечении строк и столбцов никак не связаны между собой. И сама матрица – просто набор значений одновременно действующих значений.

Теперь об аспекте «социокультурная» – это матрица, в которой собраны социальные и культурные аспекты, определяющие характеристики идентичности. В частности, в рамках этой статьи нас будут интересовать аспекты социокультурной матрицы в рамках формирования женской идентичности, характеристики которой будут определять женское здоровье.

Само понятие идентичности в психологии и психоанализе, на мой взгляд, весьма расплывчато [4]. Это психологический конструкт или свойство психики. Чаще всего в определениях этого понятия идет акцент на чувстве принадлежности (тождественности) к «личностной позиции в рамках социальных ролей и эго-состояний». Функция идентичности состоит в интеграции личного и социального, поддержания целостности личности в изменчивом мире. В свою очередь целостность обусловлена

Идентичность предполагает ощущение собственной уникальности и отдельного собственного существования.

возможностью интегрировать различные аспекты социальной роли с другим субъективным опытом. Согласно Э. Эриксону эта интеграция идет посредством психосоциальных кризисов, исход которых не всегда позитивен. Негативный исход обуславливает внутреннюю конфликтность, «диффузность идентичности», ко-

торые, в свою очередь влияют на эго-силу личности, ее функциональность в социальном мире и ощущения качества жизни. Говоря об идентичности в широком смысле, выделяют три ипостаси ее воплощения: в чувстве идентичности, как переживании своей принадлежности к общности, а также идентичности, как процессе и результате. Кроме того, разные аспекты социальных ролей в структуре идентичности должны быть согласованы между собой, как ситуативно, так и исторически во временной перспективе, тождественны в ядерных переживаниях, давать ощущение уникальности, отдельности своего существования, целостности и в то же время связности, принятия со значимыми социальными группами.

Идентичность имеет субъективную сторону. Это переживание принадлежности общности. Гендерная идентичность может быть рассмотрена как переживание принадлежности к женскому полу. Что переживает женщина, ощущая себя таковой? Будет ли это: «Я Богиня», «Я принцесса», «Я ж мать», «Домозяйки – тупые курицы», «девушка-винишко», «тетка с авоськами», «простая русская баба».

Вторая ипостась идентичности – это временная связность и динамика переживаний принадлежности. Здесь также может быть спутанность, высокая противоречивость смысловых конструктов. В частности, восприятие возраста, старения как «так долго не живут», «после 30 жизни нет». Культ молодости в линзе массовых коммуникаций обуславливает острые реакции на свой возраст, который воспринимается как что-то неприличное, неуместное, то, что нужно скрывать, так как после определенного возраста «все потеряно», «никому не нужна», «уже поздно» и т.д. То есть временная линия, образ будущего негативен или отсутствует, чтобы вообще не сталкиваться с негативными переживаниями, связанными со старением. И поэтому разные периоды жизни ощущаются разрозненными, расщепленными. Репрезентации прошлого и будущего конфликтны и без дополнительных вмешательств не согласуются, образуя диффузность, напряженность в структуре идентичности.

Еще один аспект идентичности – её формирование и открытость новому опыту. По моим наблюдениям идентичность в настоящее время более подвержена внешнему влиянию, в частности психосоциальным установкам, трендам, моде, нежели в прошлые годы, когда влияние масс-медиа было более опосредовано. Сегодня социальные сети полностью способны обойти иммунитет психологических защит, формируя аспекты Эго-Идеала, обусловленного модными трендами. Мои наблюдения созвучны представлениям социальных психоаналитиков – А. Харрис, В. Голднер рассматривали гендер «скорее, как текучий, противоречивый и непрямолинейный, нежели как стабильный и фиксированный». А. Харрис отмечала, что степень связности противоречивых

аспектов гендера может «ощущаться как <...> созвучные эго», либо как «опасные и пугающие <...> и воспринимаются как трещины в образе Я, разобщенный частичный объект» [5].

Идентичность может быть рассмотрена и как результат – само-презентация, представление о себе. В идеале хороший результат дает ощущение внутренней гармонии, «интеграцию образов себя и детских идентификаций в осмысленное целое».

Идентичность предполагает ощущение собственной уникальности и отдельного собственного существования. Одно из самых мощных движений в социальных сетях сегодня – это поиск этой уникальности, бренда. «Я не как все» - на обратном полюсе переживание «я такая же как все», за которым кроется огромный страх быть отличной от других. Ведь долгое время массовая культура отливает образ «счастливой женщины», «счастливой семьи (майонезная семья)», «культуры тела» и т.д., не допускающая отклонений от этих идеалов. Недавно клиентка, представляя образ себя в будущем увидела «будущего мужа и детей, но у них нет лиц, и сами фигуры как бы картонные». Это отражает ее долженствование относительно того, что ей нужно «замуж и детей», «об этом все уже давно говорят», а сама «я, может быть, и не хочу, точно не знаю».

Индивидуальность, отдельность своего существования пугает.

Конфликтность и быстрая изменчивость само-репрезентаций не способствует зрелости идентичности. Кроме того, чувство страха, возникающее от конфликтности аспектов социальных ролей, непринятия тех или иных аспектов рождает негативную идентичность. В то же самое время, рядом авторов отмечается, что гендерная идентичность (ГИ), наряду с этнической, является наиболее стабильной среди всех форм социальной идентичности человека [1, с. 5]. В последнее время исследования в области ГИ в структуру гендерной идентичности включают возрастной аспект. Гендерная идентичность способствует «принятию в качестве собственных норм, целей, социальных ролей, установок, идеалов, характерных для данного возраста». ГИ – «соотнесение своего поведения с нормами, принятыми» группой сверстников. Можно даже сказать, что возрастная идентичность является первичной по отношению к гендерной, потому как «переход индивида из детской возрастной группы во взрослую, а затем и в группу пожилых людей существенно изменяет его маскулинно-феминные черты». Зрелая ГИ предполагает какой следует быть женщине или мужчине среди сверстников.

Для демонстрации влияния социокультурной матрицы на женскую идентичность мы возьмем три уровня рассмотрения: социальный, психологический и биологический.

Биологический уровень может быть представлен данными о современном распространении заболеваний и дисфункций, связанных с женскими репродуктивными органами. Феноменами современного мира являются стабильный рост гинекологических заболеваний (в особенности с исходом хирургического, частичного или полного удаления молочных желез, матки, яичников); бездетных женщин, женщин с нарушениями менструального цикла, с ранним климаксом. По данным Вихляевой Е.М. на 2005 год от 40% до 60% женщин репродуктивного возраста имеют патологии женской половой

системы (ЖПС), при этом часть из них не посещает докторов [6]. За последние годы статистика показывает стабильный рост таких заболеваний ЖПС, как

- женское бесплодие увеличилось в 1,4 раза за последние пять лет (с 2013 по 2018 гг.) [8].
- нарушения менструального цикла в 1,6 раз,
- эндометриоз +26 %,
- воспалительные процессы органов малого таза +10 %,
- злокачественные образования в молочной железе в 1,4 раза (с 2005 по 2016 гг) [3, с. 54-55],
- злокачественные образования шейки матки, тела матки в 1,4 раза.

Во всех цивилизованных странах среди женщин после 30 лет широко распространен гормональный дисбаланс с преобладанием эстрогена над прогестероном. Можно сказать, что цивилизованная женщина – это человек, постоянно находящийся в состоянии гормонального дисбаланса. В неиндустриальных обществах прогестероновая недостаточность встречается редко. У женщин не только здоровые яичники с полноценными фолликулами, но в период менопаузы сохраняется либидо, нет остеопороза, менопауза протекает бессимптомно. Некоторые авторы связывают это с более полноценной пищей и состоянием экологии. И для этого, конечно, есть основание. Но мы можем отметить, что, возможно, структура идентичности цивилизованной женщины обладает большей диффузностью, напряженностью и конфликтностью, что и является основой для формирования такого типа гормонального дисбаланса и проявлений в климактерическом периоде.

Биологические аспекты функционирования женской половой системы (ЖПС) представлена на рисунке 1. На биологическом уровне мы можем увидеть возможности функционирования, обусловленные структурными и функциональными способностями организма.



Рисунок 1. Общая иерархия систем гормональной и нервной регуляции

Многие авторы сходятся во мнении, что причиной заболеваний ЖПС являются системные нарушения работы всех уровней. Так, например, мастопатия, уровень распространенности которой 40–60%, т.е. встречается почти у каждой второй женщины, это «дисгормональный гиперпластический процесс в молочной железе. Является следствием нарушения баланса женских половых гормонов, расстройства нервной регуляции функций гипоталамуса, гипофиза, регулирующих работу яичников, надпочечников и щитовидной железы. Спусковым фактором является нарушение работы нервной системы, неврозы» [6].

Исследования показывают, что, например, при быстрорастущей миоме матки стрессовый фактор встречается в три раза чаще, чем у женщин с миомой стабильно малых размеров. Кроме того, у женщин с быстрым темпом роста миомы отмечается высокий уровень тревожности, депрессия и обсессивно-фобический тип отношения к болезни. «Эмоциональная лабильность, тревожность, склонность к депрессивным состояниям определяют неадекватные реакции на стресс, что проявляется спазмом сосудов с гипоксией тканей с последующим отеком узла» [2, с. 31].

Приведу пример из практики работы с клиенткой Анной.

На момент обращения клиентка готовилась к операции по удалению миомы. Причиной обращения было сильно подавленное, негативное состояние, которое Анна связывала с предстоящей операцией и страхом ее исхода. В ходе беседы и анализа, когда началось это состояние, были выявлены сильные чувства обиды и беспомощности в связи с ссорой с мужем, которая произошла пять месяцев назад. В этой ссоре выяснилось, что он подозревал все 23 года, что он не является отцом их сыну. Тогда Анна поняла, откуда эти придирки и общее негативное его отношение к их первенцу, тогда как к их дочери, которая была большое похожа на отца, у него было совсем другие отношения и чувства. Это очень сильно ее обидело и в их отношениях произошло сильное охлаждение.

Однако, поделиться с кем-либо подробностями ссоры и тем, что там выяснилось, она не могла. Опасалась осуждения своего поведения со стороны мамы, которая чаще всего была на стороне мужа. Подруг со временем практически не осталось, целиком была погружена в домашние дела и семью. Были еще клиентки, но с ними «опасно чем-то делиться, начнут обсуждать». Чтобы не думать и постоянно «не пережевывать» эти события и уйти от неприятных эмоций, Анна целиком погрузилась в работу. Характер работы сидячий, загрузка высокая, редко удавалось высипаться, не хватало времени, чтобы регулярно есть, но доход «оставлял желать лучшего». Кроме того, очень часто клиентки были капризными и выражали недовольство качеством работы Анны. Такой выматывающий режим позволял все-таки не думать о своем состоянии. Так прошло пять месяцев, когда при обследовании УЗИ была обнаружена миома. Врач решил понаблюдать. В сентябре повторное УЗИ показало быстрорастущий рост миомы и было принято решение о ее удалении. В таблице 1 обобщено влияние стрессовых факторов и эмоций на формирование симптома.

Конфликтность
и быстрая изменчивость само-
репрезентаций не способствует
зрелости идентичности.

Таблица 1. Влияние стрессовых факторов на формирование симптомов болезни. Случай Анны.

Ссора с мужем		Охлаждение отношений Уход в работу (сидячая) Нет удовлетворенности от работы		Обнаружение миомы при УЗИ	
Сильная обида на мужа					
Страх осуждения, замкнутость					
Февраль	Март	Апрель	Май	Июнь	

Обобщая подобные истории клиенток, у которых были обнаружены симптомы гормонального сбоя, мастопатии, миомы, можно выписать основные стрессогенные факторы: обида на отца, предательство мужа, любимого человека, измена мужа, развод по инициативе мужа, смерть супруга или любимого человека, жизнь с нелюбимым мужчиной, желание быть с мужчиной-мечтой, который недоступен. Кроме того, повышенные нагрузки на работе, неудачи и напряжение в связи с работой. Также в качестве внутреннего конфликта может быть чувство вины в отношениях с матерью, которое либо вообще не позволяет строить свою личную жизнь, либо останавливаться на неподходящих отношениях, «терпеть». По структуре внутреннего конфликта, как правило, с одной стороны сильная материальная и эмоциональная зависимость от мужчины, с другой стороны обида, недоверие мужчине, стойкое желание уйти от такого мужчины. Конфликт порождает сильное эмоциональное напряжение, которое «бьет» в первую очередь по женской гормональной системе. Напряжение длительное (более 4-6 циклов).

Нужно отметить, что в случае с Анной, до ссоры с мужем их сексуальная жизнь хоть и была регулярной, но не приносила ей особого удовольствия. После ссоры она практически прекратилась и если и случалась, то для нее это «было пыткой». Попробуем проследить связь гендерной идентичности и телесности на примере случая с Анной.

Французский психоаналитик Х.-Д. Назио рассматривает три уровня связи тела и гендерной идентичности: уровень реальности, символический уровень и уровень воображаемого [5].

На реальном уровне, можно сказать, биологическом, тело является синонимом наслаждения. В случае с Анной тело полностью перестало получать удовольствие от интимной жизни. Скорее на уровне организма наблюдаются реакции отвращения.

На символическом уровне тело представляет собой некоторые значения «тело как означающее». Назио отмечает, что в этом случае «мое тело» что-то значит для другого и определяет его отношение ко мне и поступки. Тело может быть для другого привлекательным, отвратительным, порочным и т.д. Для Анны собственное тело становится ненужным, обесцененным подозрениями мужа в измене, готовностью полностью отказаться от его потребностей. Это проявляется и в отказе от сексуальной близости, и в недосыпе, в нерегулярном питании. Все его функции как будто кажутся лишними и не поддерживаются на должном уровне.

Уровень воображаемого, на котором тело «пробуждает в субъекте смысл», когда тело может быть использовано не только как поле для фантазий, но и как вместилище для сброса диссоциированных чувств, невербализированных мыслей. И в случае с Анной мы видим, что подавление эмоций обиды, гнева, разочарования, неудовлетворенности действительно «скидывается» в тело. Ощущение себя плохой женщиной, мысли, обесценивающие всю историю ее семейной жизни (выбрала не того, ответственность за страдания сына от несправедливости отца, ощущения виноватой в этом). Конечно, тело, у которого есть потребности в принятии, пище, сне, отдыхе воспринимаются ею как помеха, позор.

А.Ш. Тхостов отмечал, что «несовпадение натурального и “культурного” тела человека образует зазор, в пространстве которого развиваются специфические расстройства, относимые обычно к группе функциональных или конверсионных симптомов» [9, с. 87].

Зрелая положительная гендерная идентичность связана с ценностным отношением человека к себе как представителю пола, различным аспектам принадлежности. Для женщин – это привлекательность, красота. Масштабные исследования восприятия себя Кэрри Хаммер [10] показывают, что только 4% девушек удовлетворены своей внешностью и считают себя привлекательными. Остальные 96% сомневаются или уверены, что они не красивы. В современной культуре тело как модный аксессуар, ему приписываются идеалы, складывается мифология, что тело может и должно быть модифицировано. Эта мифология активно поддерживается бюджетами косметических компаний (по их расчетам в среднем за свою жизнь современная девушка тратит около 1 млн. рублей на косметику).

Женская идентичность предполагает не только осознание себя как женщины, но и «воспроизведение гендерно обусловленных ролей». Поколение женщин, родившихся в 1961-1990 года на пространстве Советского союза, идентифицируют себя как женщин, однако, с воспроизведением своих ролей есть конфликты. Что это за роли? Роль девушки-невесты, выбирающей жениха, роль жены, хозяйки, хранительницы домашнего очага, обустривающей домашний уют, роль матери, воспитательницы. Эти роли обесцениваются на фоне таких ролей, как отличница, комсомолка, спортсменка, передовик производства, самодостаточная женщина, успешная женщина, лидер, миллионер. В то время как социализация девочек в СССР была процессом жестко нормированным. Вопросы замужества, ведения домашнего хозяйства и рождения детей, а также сохранения и построения внутренней атмосферы в семье были вне этого процесса. В этом отношении интересна мысль А.Ш. Тхостова, о том, что существенное отличие сексуальности от высших психических функций в том, что внутренний этап ее формирования начинается в нашем обществе с ее запрещения. То есть сначала усваивается не сама модель реализации, сколько стереотип торможения. Мы еще не знаем, что это, но это плохо и стыдно. Ребенком в отношении сексуальности интроецируется в первую очередь система ограничений, правил и нормативов в совместной деятельности ребенка и ее воспитателей [9, с. 94]. Кроме того, есть еще одна особенность, влияющая на диффузную гендерную идентичность – это противоречивость, двойственность предъявляемых к сексуальности социальных требований. Так, например, «в СССР секса нет, но в здоровой семье должны быть дети». Или тема «мужской активности»,

инициативности, нарушения табуированный запретов, т.е. канон одновременно и существует, его надлежит «выполняя, нарушать». Именно этот факт и создает в дальнейшем плодотворную почву для формирования различных сексуальных дисфункций и заболеваний.

Теперь мы попробуем заполнить значения социокультурной матрицы, которая влияет на гендерную идентичность. С точки зрения первичности возрастной идентификации, получаем отдельные матрицы для Девочки, Девушки, Женщины (молодая женщина, среднего возраста, пожилая, старая). Теперь значения в каждой строке матрицы – образ (внешний вид), поведение, основные качества характера, отношения с мамой, папой, типичные взаимодействия (игры). Тело (образ (внешний вид), протекание и отношение к возрастной физиологии, к половым органам, груди, беременность, роды). Сексуальность (привлекательность, соблазнительность, флирт, интерес к противоположному полу, способность получать удовольствие). Ключевые отношения (родители, мужчины (мальчики), подруги, брак и семья, дети).

Кроме того, мы можем построить значения социокультурной матрицы – где в значениях, то, что должно, императивы, предписания, нормы, принятые в данном обществе относительно гендерно-возрастной группы. Они неизменны и обязательны для всех. А также составить индивидуализированную матрицу – поле значений всех аспектов возрастной гендерной идентичности для конкретной женщины.

В таблице 2 обобщены наиболее встречающиеся социальные установки женщин, относительно своего пола, возраста, физической привлекательности, мужчин, детей. Данные взяты из опыта семилетней практики работы с женщинами, имеющими гинекологические заболевания, такие как доброкачественные опухоли матки, кисты яичников, мастопатии.

Таблица 2. Связь установок женщин и их влияние на процессы в организме

Установки, поведение, чувства	Следствие	Что в организме
Женщины глупы, мужчины важнее	Самоотрицание Неуважение к себе Непринятие себя как женщины	Рост эстрогенов
Секс – это грязно, неприлично, в СССР секса нет	Отрицание чувственной части, нет опыта близости и чувственного удовольствия Избегания близости	Нет сигналов о благополучии, неудовлетворенность жизнью, подавленное настроение
Я непривлекательная	Заниженная или амбивалентная самооценка, самобичевание, самообвинения	Рост эстрогенов
Я все сама	Рост тестостерона, рост влечения, повышенные нагрузки, невозможность отдыхать и чувствовать	Перегрузки, недосып, нерегулярное питание, подавление тестостерона у партнера

Установки, поведение, чувства	Следствие	Что в организме
Мужчины-козлы. Мужчины все одинаковые. Мужчинам нельзя доверять	Отверждение мужчин, неприятие близости	Снижение тестостерона (влечение), снижение прогестерона
Дети – опасно	Страх родов Страх стать непривлекательной Страх больших трат Ребенок не даст реализоваться	Снижение прогестерона
Не высыпаюсь	Некогда, не важно	Снижение иммунитета
Не регулярно и неполноценно питаюсь	Нет времени, не важно, важнее другие люди, работа и прочее	Дефицит гормонов для баланса, дефицит питательных веществ и витаминов

Выявляя подобные установки, можно предположить ту или иную степень гормонального дисбаланса. В то же время, работая с этими установками, исцеляя травмы (предательство, измены), меняя режим сна и отдыха, отношения к себе, своему телу мы можем создавать условия для гормонального баланса. И как следствие высокий уровень здоровья современной женщины.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Социокультурная матрица – обусловленный социальными и культурными причинами набор установок (шаблонов, стереотипов), определяющих характеристики идентичности, поведения и здоровья.

Идентичность как целостное образование может характеризоваться силой, цельностью, высоким уровнем внутренней связности, зрелостью либо конфликтностью, незрелостью, диффузностью.

Зрелость идентичности указывает на потенциал адаптации к значимым группам, возможности личности проявляться в общности, успешно выполняя социальные роли. С другой стороны, зрелая идентичность субъективно имеет положительные переживания себя как ценности, значимости, влияния, уникальности, гордости за принадлежность к той или иной общности.

Для современной женской идентичности характерна очень высокая противоречивость всех компонентов ее составляющих. Быть матерью и домохозяйкой не престижно, более значительными являются материальные достижения, социальный успех, карьера. Более базовый слой гендерной идентичности женщины – возрастной, также имеет высокую конфликтность, так как в социальном пространстве воинствующий идеал молодости, обратной стороной которого является убеждение, что «после 30 жизни нет». Жизнь женщины с возрастом ощущается несогласованной, репрезентации прошлого и будущего конфликты и без дополнительных вмешательств не согласуются, образуя диффузность, напряженность в структуре идентичности.

Цивилизованная женщина – это человек, постоянно находящийся в состоянии гормонального дисбаланса.

И если раньше влияние социальных установок не имело такого массивного влияния на личность, то сегодня социальные сети полностью способны обойти иммунитет психологических защит, формируя аспекты Эго-Идеала, обусловленного модными трендами практически 24 часа в сутки.

Таким образом, современная идентичность женщины чаще всего незрелая, диффузная, в ней наблюдаются негативные аспекты переживаний принадлежности к собственному полу, к традиционно женским социальным ролям: жена, мать, домохозяйка.

На биологическом уровне указанные аспекты идентичности оборачиваются заболеваниями и дисфункциями женских репродуктивных органов. В статье приведены статистические данные по подобным заболеваниям, которые указывают на стабильных их рост и значительное распространение.

Тело в структуре гендерной идентичности женщины «вырезается», его функции вытесняются как излишние, «глупые», пугающие (старение). Оно не используется как источник наслаждения, скорее как способ «сбросить излишнее напряжение» и за неиспользованием ряда функций (репродуктивных) приводит сначала к дисфункциям, а потом и к заболеваниям, которые все чаще приводят к хирургическому вмешательству, что, по сути, символически означает «избавление» от ненужного, того, что не входит в структуру позитивной идентичности.

На психологическом уровне рассмотрения мы отметили в структуре гендерной идентичности современной женщины структуру внутреннего конфликта и его динамику, приводящую к дисфункциям и заболеваниям женской половой сферы. А также перечень причин, рождающий внутренний конфликт. На первом месте по распространенности – это взаимодействия с партнером (муж, любимый человек). Далее идут одиночество и существенное длительное повышение нагрузок на работе. На последнем месте – конфликтные отношения с отцом или матерью.

В работе описаны социальные установки женщин, имеющих дисфункции и заболевания женской репродуктивной системы, ведущие к формированию медицинской симптоматики.

В статье предложена система рассмотрения конфликтов женской идентичности посредством заполнения матрицы социальных представлений относительно сложившихся личных представлений по значимым аспектам женской сексуальности и женских социальных ролей. Это может стать опорой в понимании психотерапевтической и психокоррекционной, образовательной и просветительской работы с женщинами, обращающимися за психологической и психотерапевтической помощью. А также наметить профилактические мероприятия по работе с формированием более зрелых и позитивных форм женской идентичности.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Булычев И.И. Гендерная структура как теоретическая проблема // Журнальный клуб Интелпрос «Credo New». – № 1. – 2008 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://inteltos/readroom/credo_new/credo_01_2008/1867-i.i.-bulychjov.-gendernj-struktura.html (Дата обращения 15.04.2019 г.).
2. Добрынина М.Л., Смирнова С.В., Новикова Л.С. и др. Темпы роста миомы матки и психологические особенности женщин // Вестник Ивановской медицинской академии. – № 4. – Т. 18. – 2013 г. – С. 31.
3. Здоровоохранение в России. 2017: Стат.сб. / Росстат. - М., 3-46 2017. – 170 с.
4. Идентичность [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://ru.wikipedia.org/wiki/> (Дата обращения 15.05.2019 г.).
5. Мелков С.В., Кудрина А.В. Представление о гендере и гендерной идентичности в современном психоанализе [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/predstavleniya-o-gendere-i-gendernoy-identichnosti-v-sovremennom-psihoanalize> (Дата обращения 15.04.2019 г.).
6. Руководство по эндокринной гинекологии / Под ред. Е. М. Вихляевой. – 3-е изд., доп. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – 784 с.
7. Словарь русского языка: В 4-х т. / РАН, Ин-т лингвистич. исследований; Под ред. А. П. Евгеньевой. — 4-е изд., стер. — М.: Рус. яз.; Полиграфресурсы, 1999.
8. Статистика гинекологических заболеваний, данные 2018 года [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://vawilon.ru/statistika-zabolevanij/#statistika-ginekologicheskikh-zabolevanij> (Дата обращения 15.05.2019 г.).
9. Тхостов А.Ш. Психология телесности. — М.: Смысл, 2002. — 287 с.
10. The Business of Beauty is Very Ugly [телеканал TEDx Talks] // YouTube. (<https://www.youtube.com/watch?v=j9vE4i017q4&feature=youtu.be>). Просмотрово: 15.04.2019.