

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Псковский государственный университет»
Институт образования и социальных наук
Кафедра психологии и сопровождения развития ребенка
Направление 37.03.01 Психология
Профиль «Социальная психология»

«ДОПУСТИТЬ К ЗАЩИТЕ»

Заведующий кафедрой

_____/ Митицина Е.А./

(подпись)

« ____ » _____ 2020 г.

ЗАЩИЩЕНА С ОЦЕНКОЙ

« _____ »


ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

Студента Кузнецовой Оксаны Владимировны

На тему:

**СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ИСКУССТВЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ
БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП**

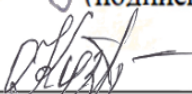
Руководитель



(подпись)

/Грибанова Д.Я./

Автор работы



(подпись)

/Кузнецова О.В./

Псков
2020

Оглавление

Введение.....	4
Глава 1. Теоретический анализ проблемы прерывания беременности....	9
1.1. Психологические аспекты абортов.....	9
1.2. Социально-психологические факторы, влияющие на прерывание беременности.....	12
1.2.1. Индивидуально-психологические особенности женщин, решившихся на аборт.....	16
1.2.2. Влияние смысложизненных ориентаций, самооценки, особенностей базисных убеждений на выбор копинг-стратегий женщин, планирующих аборт.....	20
1.3. Морально-этические проблемы искусственного прерывания беременности.....	23
1.4. Психологическое консультирование женщин, планирующих искусственное прерывание беременности.....	26
Выводы по главе 1.....	32
Глава 2. Эмпирическое исследование социально-психологических факторов искусственного прерывания беременности.....	33
2.1. Организация и методы исследования.....	33
2.1.1. Описательный анализ особенностей психологических факторов искусственного прерывания беременности.....	41
2.1.2. Результаты сравнительного анализа особенностей психологических факторов у женщин разных возрастных групп.....	57
2.1.3. Характер взаимосвязи личностных особенностей, психических состояний, копинг-стратегий, смысложизненных ориентаций, базисных убеждений и самооценки.....	58
2.1.4. Структура социально-психологических особенностей женщин..	59
2.2. Практические рекомендации психологам доабортного консультирования.....	62
Выводы по главе 2.....	77

Заключение.....	79
Литература.....	81

ВВЕДЕНИЕ

Один из ведущих факторов, негативно влияющих на репродуктивное здоровье, приводящих к нарушению репродуктивной функции, бесплодию, возникновению гинекологических заболеваний у женщин – это аборт. О необходимости сокращения числа абортов прямо говорится в Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года.

По данным Всемирной организации здравоохранения, ежегодно в мире проводится около 40-50 миллионов абортов. По подсчетам, это приблизительно 125 тысяч абортов на день. В 2019 году в России родилось более 1,6 миллиона детей, было сделано 567 тысяч абортов – это целое поколение не рожденных младенцев. Демографическая ситуация в современной России не может считаться благополучной, поскольку в 2019 году некоторый прирост населения в последнем десятилетии сменился тенденцией к его сокращению, что связано не только со старением трудоспособного населения, но и с тем, что сохраняется тенденция к решению проблем нежелательных беременностей посредством медицинского аборта

Основными причинами, побуждающими женщину принять решение о проведении аборта, являются социальные факторы: низкий жизненный уровень и доход семьи, отсутствие квартиры, работы и т.д. [35]. Но следует также учитывать и психологическую составляющую вопроса. Беременность представляет собой модель естественной сложной жизненной ситуации. Изменения, происходящие с беременной женщиной, затрагивают не только соматическое функционирование, но и систему ценностей, отношений, социальных условий. Женщина, становясь матерью, приобретает новое положение в системе социальных связей – статус родителя – и принимает на себя новую социальную роль матери [45]. Беременность следует признать уникальным состоянием, требующим глубокого психологического исследования [3].

Изучением психологической составляющей прерывания беременности занимались: В.А. Агарков, 2010 [1]; О.С. Куценко, 2011 [14]; Малюченко, 2008 [18]; Н. Н. Петрова, 2006 [26]; В.Е. Радзинский, 2011 [29]; В.И. Якухина, 2018 [47].

Отношение к искусственному прерыванию беременности во все времена было различным. Оно зависело от особенностей государственного и общественного строя, от экономических и социальных условий жизни, от численности и плотности населения в стране, от религиозных верований [7]. Проблема аборт была всегда актуальна, и обсуждалась не только как медицинская и социальная проблема, а также как морально-этическая и правовая. Несмотря на многочисленные разработки проблемы профилактики прерывания беременности до сих пор не определены многие стороны этого явления. Необходимо выявить психологические факторы, влияющие на решение женщин об аборте, и с их учетом выработать рекомендации по разработке мер, направленных на снижение числа аборт, поскольку это является главной задачей в сохранении репродуктивного здоровья женщины.

Цель исследования состоит в выявлении психологических факторов, определяющих выбор женщин разных возрастных групп при принятии решения об искусственном прерывании беременности, разработке практических рекомендаций психологам доабортного консультирования.

Объектом исследования являются беременные женщины разных возрастных групп, планирующие прерывание беременности.

Предметом исследования выступают социально-психологические факторы искусственного прерывания беременности.

В качестве гипотезы исследования выступило предположение о том, что социально-психологические факторы принятия решения о прерывании беременности специфичны в зависимости от возраста женщин.

Дополнительная гипотеза предполагает, что имеется взаимосвязь между копинг-стратегиями женщин, решившихся на прерывание

беременности, и смысложизненными ориентациями, самооценкой личности, ее базисными убеждениями.

Для проверки изложенных гипотез и достижения цели исследования поставлены следующие задачи:

1. Провести теоретический анализ проблемы прерывания беременности, отраженной в психологических исследованиях.
2. Выявить выраженность различных социально-психологических факторов прерывания беременности у женщин.
3. Установить специфику социально-психологических факторов прерывания беременности у женщин разных возрастных групп.
4. Рассмотреть характер взаимосвязи личностных особенностей, психических состояний, копинг-стратегий, смысложизненных ориентаций, базисных убеждений и самооценки.
5. Выявить структуру социально-психологических особенностей женщин.
6. Разработать практические рекомендации психологам доабортного консультирования.

Для решения поставленных задач использованы следующие методы и методики:

1. Теоретические: анализ научной психологической литературы по проблеме социально-психологических факторов искусственного прерывания беременности, анализ нормативно-законодательных документов Министерства здравоохранения РФ, обобщение и синтез научных данных.

2. Комплекс эмпирических методов:

- для выявления социально-психологических факторов, сопровождающих принятие решения о прерывании беременности, использована «Анкета для беременных в ситуации репродуктивного выбора» [15];

- для выявления личностных особенностей испытуемых использован Гиссенский личностный опросник [51];

- для определения уровня самооценки личности использован тест-опросник С.В. Ковалева [44];

- для оценки уровня психических состояний (тревожность, фрустрация, агрессивность, ригидность) применен тест самооценки психических состояний Айзенка [30];

- для измерения глубинных представлений личности об окружающем мире и о себе, применена методика исследования базисных убеждений личности (Ронни Янофф-Бульман, адаптация и рестандартизация М.А. Падун, А.В. Котельниковой) [24];

- для определения копинг-механизмов (способов преодоления трудностей в различных сферах психической деятельности, копинг-стратегий), использован опросник «Способы совладающего поведения» (Р. Лазарус, С. Фолкман, адаптация Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтяк, М.С. Замышляевой) [12];

- для изучения смысложизненных ориентаций использован «Тест смысложизненные ориентации» (методика СЖО) (Д. Крамбо и Л. Махолик, адаптация А. Леонтьева) [16];

3. Методы математико-статистической обработки данных (SPSS 22.0): частотный анализ; сравнительный анализ; корреляционный анализ; факторный анализ [21].

В исследовании приняли участие две группы женщин, подобранных методом случайной выборки, имевшие в анамнезе один и более медицинских аборта, в возрасте от 20 до 45 лет (n=30): первая группа – женщины от 20 до 35 лет, вторая – женщины от 36 до 45 лет.

Учитывая современную тенденцию позднего формирования семей, женщины 30-34 лет были объединены с женщинами в возрасте от 20 лет [27].

База исследования: ГБУЗ Псковская межрайонная больница.

Научная новизна исследования заключается в конкретизации научного представления о социально-психологических факторах искусственного прерывания беременности. Определены и обоснованы индивидуально-

психологические особенности, копинг-стратегии, базисные убеждения, самооценка и психическое состояние женщин, взявших направление на процедуру прерывания беременности. Предложен комплекс методов исследования психологических факторов женщин, решившихся прервать беременность. Данные станут основой для более углубленного изучения психологии беременной женщины.

Практическая значимость исследования заключается в том, что полученные результаты имеют значение для осуществления профилактики проявления негативных психологических, личностных, ситуативных причин, провоцирующих принятие женщинами решения о прерывании беременности. Это позволит осуществлять более целенаправленное и адресное консультирование как самих женщин, планирующих прерывание беременности, так и медицинского персонала женских консультаций. Материалы исследования могут быть полезны при разработке лекционных курсов и спецкурсов по психологии развития психологии семейных отношений.

Структура работы. Работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка литературы (47 отечественных источников, 4 иностранных источника), приложения. Работа содержит 10 рисунков. Общий объём – 85 страниц.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

1.1. Психологические аспекты абортов

Проблему аборта изучают биоэтика, история, медицина, психология, религия, социология, демография, философия, культурология и другие науки. О проблеме аборта чаще всего говорят с позиций нравственности, морали, но аборт – это всегда выбор, и выбор конкретного человека.

Одними из первых, кто заговорил о беременности и отказе от нее – был психоанализ. Основоположник психоанализа З. Фрейд [38] рассматривал беременность как реализацию женщиной комплекса кастрации. По Фрейду, каждая женщина имеет подсознательную зависть к мужчине, которая реализуется тогда, когда желание иметь пенис замещается желанием иметь ребенка. По Фрейду – нежелание рожать ребенка – это ослабление воли к материнству в связи с развитием цивилизации или как проявление бессознательного отвращения к мужу.

Основоположником современной перинатальной психологии и психотерапии считают ученика З. Фрейда Отто Ранка. В книге «Травма рождения» классик психоанализа подробно разбирает неизбежный и самый глубокий травматический опыт в жизни каждого человека – травму рождения. В ней он видит важнейший элемент психического развития, а также корень всех страхов и неврозов, и рассматривает желание вернуться во внутриутробное состояние как основополагающую силу, управляющую психической жизнью индивида. На этом основании он формулирует главную цель психотерапии – помочь пациенту заново пережить эту травму и справиться с тревогой, связанной с отделением от матери [31].

Д. Пайнз считала, что беременность сама способна порождать глубокие личностные конфликты, вызванные кризисом самоопределения женщины и амбивалентностью переживаний. Конфликтными точками в данном случае

являются: отношения беременной и ее матери и отношение к ребенку. Пайнз описывала причины и мотивы материнства, особенности женщин, склонных ко множественным абортam и к отказу от детей. Одна из самых ярких ее работ – «Бессознательное использование женщиной своего тела», в которой анализируются случаи абортov и подсознательные мотивы, побуждающие женщин к этому выбору [25].

На основе теории Фрейда, Элен Дейч [10] предложила рассматривать беременность как то, что способно давать мазохистское удовлетворение невротическим женщинам. Таким образом, беременность может создаваться женщиной не ради ребенка, а ради удовлетворения своих внутренних побуждений, быть инструментом, а не средством.

К. Хорни [42] критиковала положения о зависти женщины к пенису. Она писала, что общество создало только одну среду (семью), где женщина может полностью реализовать себя, где единственными вратами к счастью становились отношения между мужчиной и женщиной и детьми. Отсюда стремление зачать, выносить и сохранить беременность можно рассматривать как потребность в самоутверждении. А отказ от беременности – своеобразный вызов обществу и мужчинам.

Основоположники детского психоанализа Анна Фрейд и Мелани Кляйн изучали влияние взаимоотношений младенца с матерью на его развитие. В своих работах они говорили о вредных последствиях для психики ребенка нежелания матери выносить его и родить [37].

Несколько десятилетий спустя Алисон Хантер и Шерли Уорд [40] обнаружили, что все события внутриутробного периода и процесса родов навсегда отпечатываются в подсознании в виде первичного сценария. Они утверждали, что плод, переживший попытку неудачного абортa, помнит о своей нежеланности и о грозящей ему опасности, и это в будущем может негативно влиять на развитие его личности.

Эрик Эриксон писал об институте материнства как исторически обусловленном и изменяющем свое содержание в зависимости от эпохи.

Описывал особенности материнства у юных женщин, о сложностях, с которыми может столкнуться мать при изменении своей идентичности в связи с беременностью [46, с.59].

В целом, в психоанализе сложилась традиция рассмотрения беременности с одной стороны как вершины полоролевого и психосексуального развития женщины, а с другой стороны как состояния способного породить глубокий личностный кризис.

Альфред Адлер [2] – создатель индивидуальной психологии личности говорил о том, что у женщин, которые не хотят иметь ребенка, наблюдаются тяжелые формы токсикоза и рвота как проявление нежелания. Сейчас эти теоретические положения получили свое научное доказательство в многочисленных медико-психологических исследованиях.

Эрик Берн [6], основатель транзакционного анализа, предложил назвать ситуацию зачатия «зачаточной установкой» и рекомендовал ее подробный анализ для каждого пациента. При этом роль внутриутробного периода в формировании жизненного сценария Берн игнорировал. В целом, Э. Берн делал акцент не на мотивах матери прервать или сохранить беременность, а на последствиях этих сомнений и попыток для последующей жизни ребенка.

Родоначальник нейролингвистического программирования (НЛП) Станислав Гроф [8] создал модель психики, состоящую из трех уровней: биографического (который охватывает всю жизнь человека от момента рождения); перинатального (околородового – от момента зачатия до 7 дней после родов) и трансперсонального (генная память, память прошлых жизней и др.). Он утверждал, что попытки матери избавиться от беременности, ее мысли и фантазии об аборте запечатлеваются в сознании ребенка и в будущем могут спровоцировать психологические проблемы вплоть до навязчивостей, фобий.

Достаточно молодым направлением в психологии (80-е годы XX века) является «Краткосрочная системно-семейная психотерапия и феноме-

нологический подход» Берта Хеллингера («семейные расстановки по Берту Хеллингеру»), в которой уделяется большое внимание перенесенным абортam. В ходе расстановки часто вскрывается масса проблем, связанных именно с прерванной в прошлом беременностью. Эти проблемы могут касаться самой несостоявшейся матери, членов ее семьи или детей, зачатых после абортов. Ученый отмечает, что родители не должны рассказывать детям об абортах, считая, что выкидыш и аборт – часть интимных отношений родителей, а не дело детей. В тех случаях, когда дети все же узнают подобную информацию, они должны ее забыть [41, с.190-197].

Представители экзистенциальной психологии говорят о том, что сам вопрос об аборте или рождении ребенка является экзистенциальным выбором между жизнью и смертью, возможностью самоактуализироваться в новых ролях либо отказом от новых ролей.

В конце XX века стала формироваться самостоятельная область науки и практики перинатальная психология. Она аккумулирует в себе все данные по развитию ребенка и его взаимосвязей с родителями (в первую очередь с матерью) в период от подготовки родителей к зачатию до завершения процесса сепарации ребенка от матери. Все теоретические разработки и экспериментальные данные различных направлений психологии в настоящее время соединяются в перинатальной психологии, и уже в русле этого раздела превращаются в законченные стройные теории о причинах прерывания или сохранения беременности.

1.2. Социально-психологические факторы, влияющие на прерывание беременности

Основными факторами, влияющими на принятие решения об аборте или сохранении незапланированной беременности, могут быть следующие:

- социальные (социально-экономические характеристики ситуации беременности, наличие психологической и медицинской помощи);

- психологические (ценностная и мотивационно-потребностная сфера женщины, личностные особенности самой женщины, репродуктивная установка женщины и ее партнера);

- социально-психологические (влияние позиции отца ребенка, ближайшего социального окружения, наличие аборт в прошлом, переживание беременности, осложненной обстоятельствами социальной ситуации) [15, с. 163 – 173].

Наиболее распространенными социально-психологическими факторами являются:

1. Экзистенциальные проблемы. Типичным для современного человека становятся страдания от глубокого чувства утраты смысла жизни или его недостаточной сформированности.

Попытки найти смысл жизни в получении для себя максимальных благ: материальных (денег), социальных (престижа, наград), в работе, в профессии, – не могут привести к душевному равновесию, к удовлетворенности. Найденный самостоятельно смысл жизни – результат внутренних духовных, а не материальных поисков. Результат духовных поисков смысла жизни – это личное открытие, осознание того, что смысл жизни – в самой жизни, в самом существовании (экзистенции) человека и человечества, включая, прежде всего собственных детей как продолжателей собственной линии жизни.

Женщина, планирующая аборт имеет негативный образ будущего, связанный с рождением ребенка, ее пугает страх неизвестности, но чаще всего она этого даже не осознает. Ей трудно представить, каким образом изменилась бы ее жизнь, появившись малыш на свет [28].

2. Проблемы межличностных отношений в паре, связанные с неуверенностью в партнере или его отсутствием. Это одна из самых частых причин аборта. Рождение ребёнка «для себя» относится всё-таки к разряду единичных. В основном же женщине хочется, чтобы у ребенка был отец, а у неё самой моральная и материальная поддержка. Не лишены основания и опасения, что с ребенком она впоследствии не сможет выйти замуж.

Неоспоримым фактом в настоящее время, является, к сожалению, нежелание все большего количества пар вступать в брак, оформлять официальные отношения, а также увеличение числа альтернативных форм устройства собственной жизни. Происходит эволюция форм организации семейной жизни, и отношение к браку существенно трансформируется [17].

Важность семьи для женщины сложно переоценить: ценность жизни в браке оценивается ею с позиции удовлетворенности интимно-личностными отношениями [11, с.24-29.]. Именно женщина чаще всего имеет более глубокие и эмоционально-насыщенные отношения с детьми. Она, как правило, сильнее привязана к ним.

Семья, по мнению многих психологов, признается основным социальным источником агрессивного поведения. Психологическое или физическое насилие отнюдь не редкость для многих семей.

Слыша от мужчины, что «ребенок ему не нужен, не входит в его планы, что это не его ребенок» и т. п., женщина решает, что и ей тоже «ничего не нужно», при этом, не задумываясь о том, что у нее может и должно быть собственное решение. Это образец отношений, в которых человек стремится раствориться в партнере, жить его жизнью, его интересами. В подобной ситуации человек относится к любви как к ограниченному ресурсу, считает, что чем больше он предлагает эмоций, собственных сил души, тепла и пр. одному человеку, тем меньше у него останется для себя и других. Но, как учил Фромм, этот рыночный подход в любви лишен смысла: отношения с другими всегда обогащают человека, а не наоборот [39].

3. Нежелание отказываться от планов. Так как рождение незапланированного ребенка может разрушить жизненные планы, женщине порой приходится воспринимать имеющуюся беременность как досадное препятствие, которое необходимо устранить. С одной стороны, она заинтересована в рождении здорового ребенка, с другой – пытается обустроиться в жизни, найти хорошую работу и продвигаться по карьерной лестнице.

4. Неудовлетворительное финансовое и жилищное положение. Тяжелое материальное положение – одна из наиболее распространенных причин препятствующих деторождению. Голодная смерть семье женщины, как правило, не грозит, но что действительно в подобных случаях кажется страшным, так это потеря привычного уровня комфорта. Таким образом, страшна не сама жизненная ситуация, толкающая на аборт, а отношение к ней, а это – причина психологического, а не материального плана.

5. Страхи, связанные с психотравмирующими ситуациями в прошлом (например, потерей ребенка в период вынашивания или младенчества, тяжелые роды, умственная или физическая неполноценность первого ребенка). Если в семье есть ребенок-инвалид, то рождение здорового малыша стало бы для родителей настоящей отдушиной. Они не так сильно концентрировали бы свое внимание на первенце, смогли бы в полной мере познать радость материнства и отцовства, почувствовать себя полноценными родителями.

6. Родители беременной женщины против рождения ребенка. Конфликтными точками в данном случае становятся отношения беременной к собственной матери и к своему ребенку. Женщина начинает представлять плод как аспект плохого собственного «Я» или как плохой внутренний аспект, который следует изгнать. Анализ прошлого таких женщин показывает, что их ранние детские отношения с матерью наполнены фрустрацией, гневом, разочарованием и виной [25].

Следовательно, желание матери, чтобы ее дочь сделала аборт, можно рассматривать как проявление глубинных конфликтов в материнско-дочерних отношениях и нестабильности их семейной ситуации в целом. Члены семьи боятся принимать новые семейно-социальные роли, связанные с рождением ребенка, используя отрицание и агрессию как способ защиты от расширения семейных границ [4, с. 276 – 279].

1.2.1. Индивидуально-психологические особенности женщин, решившихся на аборт

Психическое состояние женщины в период обдумывания и принятия решения о прерывании или сохранении беременности характеризуется рядом особенностей.

Установлены такие индивидуально-психологические черты, как хроническая тревожность, эмоциональная нестабильность, низкая самооценка, нейротизм. Для состояния этих женщин свойственно снижение жизненного статуса, невротизация, хроническое эмоциональное напряжение, дефицит позитивных эмоций, развитие астенизации, анемии, игнорирование проблем, связанных со здоровьем и предупреждением нежелательной беременности.

Переживание женщиной факта прерывания нежеланной беременности способно, безусловно, повлиять на её смысло-жизненные ориентации, базисные убеждения, фрустрацию, самооценку и самоактуализацию.

Допустим, прерывание незапланированной беременности – это осознанный выбор женщины как хозяйки собственной жизни или следствие сложившихся внутрисемейных разногласий. Тогда отказ от медицинского аборта становится, наоборот, выражением стойкого противостояния трудностям и связан, должно быть, с пониманием женщиной ценности человеческой жизни, свидетельствующем одновременно и об общем позитивном отношении её к миру и самой себе. Что же лежит в основе такого мироощущения?

Сеймуром Эпштейн выделил четыре базисных убеждения человека, способствующих адаптации личности в окружающем мире. Это уверенность в собственной значимости, в доброжелательности и справедливости окружающего мира и благосклонности людей [48].

Вслед за С. Эпштейном эту мысль подтверждает Ронни Янофф-Бульман, относя к основным убеждения личности в доброжелательности и

справедливости окружающего мира и значимости собственного «Я» [49]. Специалистами всячески подчёркивается их важность для человека, ибо базисные убеждения влияют на его мышление, эмоциональное состояние и поведение.

Медицинский аборт, являясь жизненным испытанием для женщины, влечёт за собой риск не только её физического, но и психического здоровья, поэтому наличие у неё устойчивых «базисных» убеждений играет в данном контексте, несомненно, исключительно важную роль.

Следующим фактором, на который следует обратить самое пристальное внимание – это неадекватная самооценка, которая может стать одной из психологических причин рискованного поведения. Самооценка является субъективным основанием для определения уровня притязаний, то есть тех задач, которые личность ставит перед собой в жизни и к реализации которых считает себя способной. Самооценка – это личностное суждение о собственной ценности, которое выражается в установках, свойственных индивиду. Низкая самооценка предполагает самоотрицание и негативное отношение к самому себе.

Но самооценка не является постоянной. Она изменяется в зависимости от обстоятельств. Источником же оценочных значений в представлении человека о самом себе является социокультурное окружение. Это своеобразное зеркало, в которое человек смотрится, стремясь найти одобрение или неодобрение своим поступкам. Взаимоотношение это тонко подметил С. Куперсмит, называя самооценкой отношение индивида к себе, что оно складывается постепенно, приобретая привычный характер. Отношение это проявляется как одобрение или неодобрение, степень которого определяет убежденность индивида в своей самооценности [43].

Если обратиться к женщинам, отважившимся на прерывание беременности, то сможем предположить, что многие из них обладают достаточно низкой самооценкой, сформировавшейся, по-видимому, под воздействием негативно настроенного ближнего окружения. Семья –

специфический социальный институт, в котором переплетаются интересы общества, членов семьи в целом и каждого из них в отдельности. Часто то, что происходит в семье, не зависит от намерений и желаний людей, а подчиняется правилам функционирования семьи и семейной системы. Сокращение или обеднение общения в семье, дефицит эмоционального тепла, проблема одного отдельно взятого члена семьи являются индикатором дисфункциональной семейной системы вообще. Вероятно, поэтому неприятие себя и собственной значимости женщина переносит и на свою беременность, единственным разрешением которой она считает аборт.

Однако, в иной ситуации, когда женщина имеет, например, средний уровень самооценки, фрустрация может возникнуть не в силу внешних препятствий к беременности (отсутствие материального благополучия и т.п.), а как следствие противоречия личных желаний и ограничений, налагаемых ближайшим окружением. Градус напряжения и эмоциональное возбуждение при фрустрации могут быть столь велики, что превысят уровень, необходимый для конструктивных действий. В таком состоянии женщина настолько взволнована, что впадает в панику и теряет контроль над ситуацией. Сопровождением такого эмоционального состояния становится когнитивная ограниченность – невозможность рационально мыслить и принимать адекватные решения.

С другой стороны, нельзя не согласиться и с утверждением А. Маслоу, что «полное отсутствие разочарований, боли и неудач также таит в себе опасность. Чтобы стать сильным, человек должен выработать в себе умение переживать разочарования, способность воспринимать физическую реальность как что-то абсолютно индифферентное относительно человеческих желаний, способность любить других людей и получать такое же самое наслаждение от удовлетворения их потребностей, как от удовлетворения своих желаний».

Он же утверждает, что самоактуализация – явление достаточно редкое, потому что люди в большинстве своем не осознают своих потенциальных

возможностей, а некоторые даже склонны их бояться. Это так называемый «комплекс Ионы» (по А. Маслоу), следствием чего становится уменьшение шансов для актуализации. Тенденция к самоактуализации может проявляться как спонтанно, вследствие постепенного становления личности, так и в результате позитивного разрешения кризисного состояния [50, с.18].

Самоактуализирующуюся личность отличают: полное принятие реальности, себя и окружающих; увлеченность профессией; постоянная новизна и свежесть оценок; саморазвитие и многогранное проявление способностей; самоактуализирующее начало в творчестве, работе, любви и жизни вообще; готовность к решению новых проблем, осознание уровня достигнутого опыта и подлинное понимание своих возможностей. Самореализацию следует рассматривать как процесс, охватывающий весь жизненный путь человека, поскольку «личность не закончена, она должна себя реализовывать. Это великая задача, поставленная человеку... Личность творит себя на протяжении всей своей человеческой жизни».

Исследователи утверждают, что женщины чаще и сильнее, чем мужчины, испытывают трудности в самоактуализации, имеют более низкую самооценку и негативное отношение к самим себе. Возможно, поэтому женщины, решающиеся на аборт, и боятся потерять свою конкурентоспособность в профессиональной сфере. Однако, жизнь подтверждает, что ребенок не является действительно серьезной преградой на пути к самореализации: среди успешных людей немало молодых родителей, гармонично распределяющих ресурсы времени и родительской заботы. Кроме того, многие родители отмечают, что именно ребенок является для них источником вдохновения, потенциалом для движения вперед как в плане личностном, так и в карьере.

Психическое состояние женщины в период обдумывания и принятия решения о прерывании или сохранении беременности характеризуется рядом особенностей, которые консультанту следует знать и уметь диагностировать для построения адекватного взаимодействия с пациенткой. Поведение

женщины в данной ситуации, кажущееся порой противоречивым и непредсказуемым, обусловлено её психическим состоянием и закономерно из него проистекает.

1.2.2. Влияние смысложизненных ориентаций, самооценки, особенностей базисных убеждений на выбор копинг-стратегий женщин, планирующих аборт

В современных психологических исследованиях смысложизненные ориентации, базовые убеждения, стратегии поведения личности в трудных жизненных ситуациях и другие психологические конструкты рассматриваются как личностные ресурсы человека. Очевидным является тот факт, что разные ресурсы играют различную роль в адаптации человека и преодолении им жизненных трудностей. Л.В. Куликов, например, к наиболее изученным личностным ресурсам относит активную мотивацию преодоления, отношение к стрессам как к возможности приобретения личного опыта и возможности личностного роста, а также силу Я-концепции, самоуважение, самооценку, ощущение собственной значимости, «самодостаточность», активную жизненную установку, позитивность и рациональность мышления, эмоционально-волевые качества [13, с.205].

Под смысложизненными ориентациями принято понимать то, что для личности является главным в жизни, ради чего, собственно, человек и живет. И здесь, в частности, становятся важными такие факторы, как время, в котором «локализован» смысл жизни (прошлое, настоящее или будущее) и способность человека управлять собственной жизнью, изменять её, не становясь заложником жизненных обстоятельств или непредсказуемого случая.

По мнению М.А. Падун и В.В. Котельниковой, понятие картины мира может быть соотнесено с понятием базисных убеждений, которые можно определить как имплицитные, глобальные, устойчивые представления

человека об окружающем мире, собственном Я и об отношениях между Я и миром [24].

Понятие «coping» происходит от английского «cope» (преодолеть, справиться, совладать). В немецкоязычной психологии как синонимы используются понятия «Bewältigung» (преодоление) и «Belastungsverarbeitung» (дословно: «переработка» или «преодоление нагрузок, тягот»). В российской психологии данное понятие переводится как «адаптивное, совладающее поведение» или «психологическое преодоление» [22, с. 20-30.].

Р. Лазарус (1966) дает следующее определение понятия «копинг»: это «стремление к решению проблем, которое предпринимает индивид, если требования имеют огромное значение для его хорошего самочувствия (как в ситуации, связанной с большой опасностью, так и в ситуации, направленной на большой успех), поскольку эти требования активируют адаптивные возможности» [23]. Р. Лазарус и С. Фолкман предложили классификацию копинг-стратегий, ориентированную на два её основных типа – проблемно-ориентированный (problem-focused) и эмоционально-ориентированный (emotional-focused) копинг. Проблемно-ориентированный копинг, по мнению авторов, связан с попытками человека улучшить отношения «человек – среда» путем изменения когнитивной оценки сложившейся ситуации, например, поиском информации о том, что делать и как поступить, или путем удержания себя от импульсивных или поспешных действий. Эмоционально-ориентированный копинг (или временно помогающий) включает в себя мысли и действия, которые имеют своей целью снизить физическое или психологическое влияние стресса. Эти мысли или действия приносят чувство облегчения, однако не направлены на устранение угрожающей ситуации, а просто позволяют человеку почувствовать себя лучше. Примером эмоционально-ориентированного копинга будет избегание проблемной ситуации, отрицание ситуации, юмор, использование транквилизаторов в целях расслабления.

Авторы выделяют восемь основных копинг-стратегий:

- планирование решения проблемы, предполагающего усилия по изменению ситуации и включающего аналитический подход к решению проблемы;
- конфронтация (агрессивные усилия для изменения ситуации, определенная степень враждебности и готовности к риску);
- принятие ответственности (признание своей роли в возникновении проблемы и попытки её решить);
- самоконтроль (усилия по регулированию своих эмоций и действий);
- положительная переоценка (усилия по поиску достоинств существующего положения дел);
- поиск социальной поддержки (обращение к помощи окружающих);
- дистанцирование (когнитивные усилия отстраниться от ситуации и уменьшить её значимость);
- бегство-избегание (желание и усилия, направленные на бегство от проблемы).

Несмотря на активный интерес к изучению копинга в рамках социальной и клинической психологии, копинг-поведение беременных является недостаточно охваченной областью исследований [9].

Поэтому в системе доабортного консультирования основной задачей психолога и врача акушера-гинеколога является оказание женщине социальной поддержки и поддержание ее базисных убеждений на положительном уровне, подчеркивая в первую очередь радости материнства, стремясь максимально расширить поле восприятия ситуации и видение имеющихся возможностей её разрешения.

1.3. Морально-этические проблемы искусственного прерывания беременности

В последнее время аборт обсуждается не столь как медицинская проблема, насколько как морально-этическая. На протяжении многих лет ведется дискуссия о моральной допустимости абортов, в особенности абортов по желанию женщины [20, с. 78-86].

Сторонники искусственного прерывания беременности отстаивают права женщины, желающей прервать беременность, и считают аборт обычной операцией. По их мнению, женщина сама вправе решать, делать аборт или нет, и никто не вправе принуждать женщину к сохранению беременности против ее воли, в ином случае она лишается права выбора в вопросе материнства [32, с.20-28], а также нарушаются ее права на репродуктивную свободу. Часть сторонников абортов согласна с главным аргументом противников абортов, что зародыш является человеческим существом, однако они различают понятия, как человеческий зародыш и человек, поскольку подобные различия признаются даже для растений (семя, проросток, взрослое растение). Помимо этого, сами противники абортов признают, что зародыш – человеческое существо, нуждающееся в матери для дальнейшего развития, а значит, до своего рождения оно еще несамостоятельно, поэтому именно рождение является началом жизни человека.

Некоторые из сторонников аборта придерживаются либеральной позиции, согласно которой плод является частью материнского организма до самого рождения и правом на жизнь не обладает, поэтому аборт возможен на любой стадии его развития. Вторая часть сторонников придерживается умеренной позиции, они допускают аборт лишь в ранний период развития эмбриона [7, с. 1-10].

Противники аборта считают, что эмбрион имеет право на жизнь поскольку является человеком с момента зачатия, приравнивая аборт к

убийству, во время которого эмбрион чувствует боль [5, с.243-247. По их мнению, ни одно человеческое существо не имеет права отнимать жизнь у других, а особенно у безвинных человеческих существ, как зародыши. Такой консервативной позиции придерживаются многие религии мира, в том числе и христианская церковь. Так в христианском писании говорится, «убивая нерождённых еще детей, женщины срывают замысел Бога о сотворении мира» [33, с.36]. Русская Православная церковь выступает за запрет не только искусственного прерывания беременности, но и за запрет любого метода контрацепции, а также за запрет полового воспитания подростков [34, с.124]. Сторонники крайней позиции не признают никаких исключений и смягчающих обстоятельств, даже если беременность и роды опасны для жизни матери или если беременность наступила в результате изнасилования, поскольку, по их мнению, ребенок не виноват в этих случаях и поэтому не должен страдать. Однако иногда, при существующей угрозе жизни беременной, особенно если женщина уже имеет детей, Православная церковь проявляет к ней снисхождение [36, с.47-51].

Одним из важных аргументов сторонников запрета аборта является проблема, связанная с осложнениями у женщин после искусственного прерывания беременности, среди которых наиболее часто встречаются воспалительные заболевания женских половых органов, также аборт часто приводит к гормональным нарушениям и в ряде случаев к бесплодию. Большое внимание в последнее время уделяется психологическим проблемам, возникающим у женщин после аборта. По некоторым данным, постабортный синдром развивается намного чаще у женщин, которые прибегли к аборту, чем у женщин, которые выносили незапланированную беременность. Эту проблему связывают с неадекватным информированием женщин, которые хотят предотвратить беременность – врачи плохо информируют или даже дезинформируют беременных женщин о степени зрелости плода, о сущности самой операции. Помимо этого сторонники консервативной позиции считают, что аборт приводит к моральному

разложению общества, поскольку искусственное прерывание беременности для многих является нормой в современном обществе.

В последнее время о запрете абортс ведется все больше разговоров. На сегодняшний день в России женщина по прежнему имеет право на аборт по собственному желанию до 12 недели беременности. Этот срок связан с тем, что к концу 11 недели у плода сформированы все основные системы органов.

Аборт по социальным показаниям с точки зрения морали более-менее оправдан. В этом случае женщина при рождении ребенка обрекает свою и жизнь ребенка на страдания. Приняв решения об аборте, два человека избегают этих страданий. Однако не исключается вероятность того, что приняв решение прервать беременность, женщину будет мучить угрызение совести, появятся проблемы со здоровьем, в том числе психологического характера.

В большинстве стран мира прерывание беременности разрешено по медицинским показаниям, к которым относится как патология плода, так и возможный вред для здоровья женщины при продолжении беременности.

Данное показание оправдывается большинством людей, поскольку оно направлено на спасение жизни матери. Однако, что касается патологии плода, то здесь имеются противоречия. С одной стороны, каждая женщина желает иметь здорового ребенка. Ребенок с какой-либо патологией требует определенных ресурсов и денежных затрат, также это сказывается на психологическом и физическом состоянии матери, родных ребенка. Поэтому в данной ситуации аборт для женщины является выходом, поскольку не каждая женщина имеет средства и силы воспитывать больного ребенка. С другой стороны, как и любой аборт, аборт по медицинским показаниям при патологии плода расценивается как убийство.

В мире в целом в 98% стран аборт разрешен для спасения жизни женщины, в 62% – для сохранения психического и физического здоровья женщины, в 42% – при беременности, наступившей после изнасилования или

инцеста, в 40% – при аномалии развития плода, в 29% – по социальным и экономическим причинам, в 21% – «аборт по просьбе».

Таким образом, на примере проблемы искусственного прерывания беременности видно, что морально-этические проблемы носят ситуативный характер и разрешаются через противоречивое соотношение основных биоэтических принципов, становясь основой для морального и юридического выбора в вопросах медицинской практики [5].

1.4. Психологическое консультирование женщин, планирующих искусственное прерывание беременности

Незапланированная беременность ставит женщину в сложное жизненное положение, является причиной стресса, затрудняя осознанный и правильный выбор. В таких случаях необходима помощь квалифицированного специалиста-психолога.

Консультация медицинского психолога проводится по рекомендации врача и становится обязательной при обращении женщины за направлением на аборт. Она должна производиться в начале срока (недели) «тишины», чтобы обеспечить женщине достаточный срок для рефлексии и принятия мотивированного решения. Важно осознание ее собственного отношения, которое сделает ее устойчивой по отношению к внешнему влиянию. Поэтому сразу после сообщения женщиной медицинского факта наличия «нежелательной» беременности для неё должна быть обеспечена возможность попасть в кабинет к психологу, где с ней спокойно столько, сколько нужно времени разбирают все особенности ее жизненной ситуации, предлагают помощь, рассказывают про внутриутробное развитие и процедуру аборта. Женщина расписывается в специальном бланке, что она прошла данную беседу. После этого через несколько дней она идет снова ко врачу с решением – либо брать направление на аборт, либо вставать на учет по беременности. Очень важно выдержать временной промежуток (неделю

«тишины»)), так как это позволяет эмоциям успокоиться, за это время можно через центр помощи уже получить определенную поддержку, возможна семейная консультация, беседа с отцом ребенка – словом все, что необходимо в данной ситуации.

Такая организация психологического консультирования во многом зависит от позиции руководства и медицинского персонала женской консультации. В данном вопросе должен быть командный подход – организаторов, акушеров-гинекологов, психологов (психотерапевтов), специалистов по социальной работе и юристов.

Огромную роль в принятии женщиной окончательного решения играет авторитет врача.

Таким образом, механизм взаимодействия врача, психолога и социального работника заключается в следующем: прежде чем выдать женщине направление на прерывание беременности, врач акушер-гинеколог направляет ее на консультацию к психологу. При необходимости направляется на консультацию к социальному работнику и юристу. Важно обеспечить соблюдение сроков «периода тишины» и возможности вторичной консультации у психолога.

Главной целью работы психолога женской консультации является деятельность по профилактике аборт, направленная на предупреждение кризисной беременности.

При приеме женщин с кризисной беременностью в ситуации репродуктивного выбора.

Цель работы психолога:

- осознанное принятие решения женщиной о сохранении беременности и рождении ребенка.

Для достижения этой цели психолог должен решать следующие задачи:

1. Помочь женщине в адекватной оценке своей актуальной жизненной ситуации, выявить истинные мотивы прерывания или сохранения беременности.

2. Поиск конструктивных решений, направленных на возможное сохранение беременности, выявление и анализ внешних и внутренних ресурсов, личностных и средовых.

3. Предоставление информации о существующих федеральных и социальных выплатах (пособие по беременности и родам; за раннюю постановку на учет до 12 недель; единовременное пособие при рождении ребенка; ежемесячное пособие по уходу за ребенком до 1,5 лет; ежемесячные пособия многодетным малоимущим семьям; пособия матери-одиночке; Единовременная выплата беременной жене военнослужащего, проходящего службу по призыву; на ребенка военнослужащего по призыву; и т.д. для более подробной информации приглашается сотрудник социальной службы); центрах и организациях, где женщине могут предоставить существенную медицинскую, материальную, психологическую, духовную и иную помощь в случае ее отказа от прерывания беременности, где могут бесплатно предоставить помощь сиделки и даже условия для временного проживания.

4. Помощь в оптимизации семейной ситуации. Желательно пригласить на консультацию отца ребенка и других значимых членов семьи (при согласии женщины). При совместном консультировании женщины с отцом ребенка или индивидуальной консультации спутника жизни женщины, консультанту необходимо обратить внимание на следующие моменты:

- осознание мужчиной своей родственной связи с ребенком;
- прояснить чувства, испытываемые мужчиной к ребенку;
- определить готовность к принятию и исполнению родительской роли (роли отца), т.е. готовность взять на себя ответственность за ребенка;
- выделить чувства, способствующие самореализации и саморазвитию личности отца.

5. Помощь при возникновении психосоматических и невротических нарушений.

6. Формирование негативного отношения женщины к аборту.

7. Информирование о последствиях аборта для женщины, т.е. влияние на психическое (острое стрессовое состояние после аборта и отдаленное переживание аборта) и физическое состояние женщины (в том числе на репродуктивное здоровье), а также на отношения в семье.

Работа по профилактике абортов в докризисных ситуациях направлена на предупреждение наступления кризисной беременности и включает в себя:

- профилактическую работу с подростками, молодежью и взрослым населением: медико-био-психологическое просвещение; просвещение по вопросам предупреждения «нежелательной беременности», а именно:

- предоставление информации о всех возможных методах естественного и искусственного предупреждения наступления беременности;

- в том, числе знания о современных научных высокоэффективных Методах Распознавания Плодности (МРП) и Естественном Планировании Семьи (ЕПС));

- понимание принципа действия каждого из этих методов и его побочные воздействия;

- знание преимуществ и недостатков каждого метода;

- способность оценить эффективность каждого метода и степень продолжительности/краткосрочности его применения;

- понимание того, что выбор метода планирования семьи должен осуществляться супругами, и что он зависит не только от фактической информации, но и от обстоятельств, существенных для супругов и их отношений.

Особенность консультирования женщин, взявших направление на прерывание беременности, заключается в том, что они приходят на консультацию не по собственному желанию. В специальной психологической литературе такие женщины обозначены как «немотивированные» клиенты. Задача консультанта – преодолеть естественное сопротивление «немотивированной» клиентки, сформировать у нее мотив и заинтересованность в консультации у психолога, т.е. создать

состояние «истинного» клиента, эта работа начинается в кабинете врача акушера-гинеколога.

Врачу при направлении к психологу имеет смысл сразу предупредить женщину о том, что специалист (психолог) НЕ собирается её отговаривать от аборта и принимает решение женщины таким, какое оно есть на сегодняшний день. Он может позиционировать свою задачу, как помощь женщине в «УСЛОВИЯХ ПРИНЯТОГО РЕШЕНИЯ». В этом случае обычно появляются вопросы клиента, который «все для себя решил», кроме того, что будет дальше. В беседе появляется интрига, болевая точка как бы пройдена и контакт облегчается. Как правило, женщина только думает, что приняла решение. На самом деле, сомневается до последнего момента.

Кроме того, для установления контакта психолога с женщиной будет полезна «непонятливость» консультанта. Т.е. он не соглашается с умозаключениями женщины, пока она не объяснит так, чтобы понял 5-6-летний ребенок. Это позволяет клиенту осознать то, что раньше он принимал на веру, считал «само собой разумеющимся».

В принятии решения об аборте или рождении ребенка можно выделить условно 4 этапа:

1. Первая реакция женщины на новость о беременности. Это стартовая точка ситуации, одна из самых важных. Положительная оценка – женщина скорее хочет родить, негативная оценка – женщина скорее склоняется к аборту. Особенностью этого этапа является то, что консультация, как правило, является разовой, единственной. Второй, а тем более, третьей встречи, скорее всего не будет, поэтому важно – выиграть время.

2. Сбор мнений. Женщина начинает рассказывать ряду людей о беременности, встречается с их эмоциональной реакцией, их видением ситуации.

3. Провозглашение решения. Женщина сохраняет беременность или идет на аборт. К этому моменту ее первоначальное желание (в момент

получения новости о беременности) может поменяться или укрепиться. На этой стадии женщина предпринимает определенный видимый шаг.

4. Стадия оценки решения (удовлетворение или разочарование). Эта стадия самая размытая во времени. Если все три первые стадии происходят в условиях дефицита времени, то последняя стадия меняется во времени. Иногда переоценка решения наступает сразу, иногда через 15-20 и больше лет, иногда не наступает никогда.

Женщина может обратиться в женскую консультацию на любом из этих этапов.

Примерная схема консультирования.

1. Анализ отношения женщины к аборту, беременности, ребенку и материнству.
2. Анализ внутренних ресурсов.
3. Анализ внешних ресурсов.
4. Принятие женщиной ответственности за свое решение.
5. Моделирование ситуации сохранения беременности и материнства.
6. Возврат к оценке внутренних и внешних ресурсов.
7. Принятие предварительного решения.
8. Оценка возможности повторной консультации для принятия окончательного решения.

Таким образом, психологическое консультирование в женских консультациях с целью сокращения и предотвращения абортов – это на сегодняшний момент реальный и эффективный способ повышения рождаемости в России [19].

Выводы по главе 1

Охрана репродуктивного здоровья населения – это одна из важнейших государственных задач, однако она же является крупной проблемой. Проблема абортов приобретает особую актуальность, поскольку они занимают одно из ведущих мест, в структуре репродуктивных потерь и в реализации репродуктивной функции женщины.

Основными факторами, влияющими на принятие решения об аборте или сохранении незапланированной беременности, могут быть: социальные (социально-экономические характеристики ситуации беременности, наличие психологической и медицинской помощи); психологические (ценностная и мотивационно-потребностная сфера женщины, личностные особенности самой женщины, репродуктивная установка женщины и ее партнера); социально-психологические (влияние позиции отца ребенка, ближайшего социального окружения, наличие абортов в прошлом, переживание беременности, осложненной обстоятельствами социальной ситуации).

Психическое состояние женщины в период обдумывания и принятия решения о прерывании или сохранении беременности характеризуется рядом особенностей: хроническая тревожность, эмоциональная нестабильность, низкая самооценка, нейротизм. Для состояния этих женщин свойственно снижение жизненного статуса, невротизация, хроническое эмоциональное напряжение, дефицит позитивных эмоций, развитие астенизации, анемии, игнорирование проблем, связанных со здоровьем и предупреждением нежелательной беременности.

Переживание женщиной факта прерывания нежеланной беременности способно повлиять на её смысло-жизненные ориентации, базисные убеждения, фрустрацию, самооценку и самоактуализацию.

Психическое состояние женщины в период обдумывания и принятия решения о прерывании или сохранении беременности характеризуется рядом особенностей, которые консультанту следует знать и уметь диагностировать

для построения адекватного взаимодействия с пациенткой. Поведение женщины в данной ситуации, кажущееся порой противоречивым и непредсказуемым, обусловлено её психическим состоянием и закономерно из него проистекает.

В системе доабортного консультирования основной задачей психолога и врача акушера-гинеколога является оказание женщине социальной поддержки и поддержание ее базисных убеждений на положительном уровне, подчеркивая в первую очередь радости материнства, стремясь максимально расширить поле восприятия ситуации и видение имеющихся возможностей её разрешения.

В последнее время аборт обсуждается не как медицинская проблема, а как морально-этическая.

Незапланированная беременность ставит женщину в сложное жизненное положение, является причиной стресса, затрудняя осознанный и правильный выбор. В таких случаях необходима помощь квалифицированного специалиста-психолога.

Психологическое консультирование в женских консультациях с целью сокращения и предотвращения абортов – это на сегодняшний момент реальный и эффективный способ повышения рождаемости в России.

ГЛАВА 2. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ИСКУССТВЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

2.1. Организация и методы исследования

Цель исследования состоит в выявлении психологических факторов, определяющих выбор женщин разных возрастных групп при принятии решения об искусственном прерывании беременности, разработке практических рекомендаций психологам доабортного консультирования.

Объектом исследования являются беременные женщины разных возрастных групп, планирующие прерывание беременности.

Предметом исследования выступают социально-психологические факторы искусственного прерывания беременности.

В качестве гипотезы исследования выступило предположение о том, что социально-психологические факторы принятия решения о прерывании беременности специфичны в зависимости от возраста женщин.

Дополнительная гипотеза предполагает, что имеется взаимосвязь между копинг-стратегиями женщин, решившихся на прерывание беременности, и смысложизненными ориентациями, самооценкой личности, ее базисными убеждениями.

Для проверки изложенных гипотез и достижения цели исследования поставлены следующие задачи:

1. Выявить выраженность различных социально-психологических факторов прерывания беременности у женщин;
2. Установить значимые различия особенностей психологических факторов прерывания беременности у женщин разных возрастных групп;
3. Рассмотреть характер взаимосвязи личностных особенностей, психических состояний, копинг-стратегий, смысложизненных ориентаций, базисных убеждений и самооценки;

4. Выявить структуру социально-психологических особенностей женщин.

5. Разработать практические рекомендации психологам доабортного консультирования.

Для решения поставленных задач использованы следующие методы и методики:

I. Анкетирование:

1. «Анкета для беременных в ситуации репродуктивного выбора».

II. Тестирование

2. Гиссенский личностный опросник.

3. Тест-опросник для определения уровня самооценки (С.В. Ковалев).

4. Тест самооценки психических состояний Айзенка.

5. Методика исследования базисных убеждений личности (Ронни Янофф-Бульман, адаптация и рестандартизация М.А. Падун, А.В. Котельниковой).

6. Опросник «Способы совладающего поведения» (Р. Лазарус, С. Фолкман, адаптация Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтяк, М.С. Замышляевой).

7. «Тест смысло-жизненные ориентации» (методика СЖО) (Д. Крамбо и Л. Махолик, адаптация А. Леонтьева).

III. Методы математико-статистической обработки данных (SPSS 22.0):

- описательная статистика (частотный анализ);

- сравнительный анализ с применением непараметрического критерия Манна-Уитни;

- корреляционный анализ по методу Ч. Спирмена;

- факторный анализ.

Выборку составили две группы женщин в возрасте от 20 до 45 лет (n=30): первая группа – женщины от 20 до 35 лет, вторая – женщины от 36 до 45 лет.

База исследования: ГБУЗ Псковская межрайонная больница.

Для решения данных задач использованы:

1. «Анкета для беременных в ситуации репродуктивного выбора» [15] (Приложение 1).

В анкете для беременных в ситуации репродуктивного выбора представляются общие социальные сведения о респонденте, об отношении к беременности, о причинах и последствиях аборта. Включает 24 вопроса с вариантами ответов, оценками и т. п.

2. Гиссенский личностный опросник [51] (Приложение 1).

Гиссенский личностный опросник был разработан в 1968 г. коллективом немецких ученых на базе Психосоматической клиники Гиссенского университета. В 1975 была произведена повторная стандартизация теста. Адаптация произведена лабораторией клинической психодиагностики НИПНИ им. В.М. Бехтерева. Особенности конструкции опросника позволяют учитывать личностные, интрапсихические и социально-психологические переменные, дают возможность не только исследовать соответствующие характеристики, но и устанавливать связи между внутри- и межличностными переменными, соотносить личностные признаки с межличностным взаимодействием, социальным поведением, социальными установками и реакциями личности. Состоит из 40 утверждений, которые оцениваются по шкале вправо и влево, простирается от 1 до 3.

Содержит 6 шкал.

I. Шкала социального одобрения.

II. Шкала доминантности.

III. Шкала контроля (недостаточный контроль – избыточный контроль).

IV. Шкала включает вопросы о преобладающем настроении с двумя полюсами: гипоманиакальный и депрессивный.

V. Шкала открытости – замкнутости.

VI. Шкала социальных способностей.

Содержание 6 стандартных шкал, по замыслу авторов охватывает те внутриличностные и психосоциальные переменные, которые имеют центральное значение для современной психоаналитической диагностики.

3. Тест-опросник для определения уровня самооценки (С.В. Ковалев) [44] (Приложение 1).

Методика, разработанная С.В. Ковалевым, предназначена для определения уровня самооценки личности.

Содержит 32 суждения и пять возможных вариантов ответов, каждый из которых соответствует определенному количеству баллов

Позволяет выявить высокий, средний и низкий уровни самооценки

4. Тест самооценки психических состояний Айзенка [30] (Приложение 1).

Данный тест дает возможность оценить у испытуемых уровень таких психических состояний, как тревожность, фрустрация, агрессивность, ригидность. Содержит 40 утверждений.

5. Методика исследования базисных убеждений личности (Ронни Янофф-Бульман, адаптация и рестандартизация М.А. Падун, А.В. Котельниковой) [24] (Приложение 1).

Основное предназначение методики – клинико-психологическая диагностика лиц, переживших психическую травму, предположительно находящихся в состоянии депрессии. Методика позволяет выделить наиболее проблемные области когнитивной сферы, коррекция которых возможна в процессе психотерапии.

Понятие «базисные убеждения» (или «базисные схемы») возникло и развивается на пересечении когнитивной, социальной, а также клинической психологии и психотерапии, которые (каждая со своих позиций) пытаются ответить на вопрос о том, каким образом индивид конструирует свои представления об окружающем мире и собственном «Я». В целом базисные убеждения можно определить как имплицитные, глобальные, устойчивые

представления индивида о мире и о себе, оказывающие влияние на мышление, эмоциональные состояния и поведение человека.

В соответствии с этим одним из базовых ощущений нормального человека является здоровое чувство безопасности. По мнению американского психолога Ронни Янов-Бульман, оно основано на трех категориях базовых убеждений, составляющих ядро нашего субъективного мира:

Вера в то, что в мире больше добра, чем зла. В эту категорию входит отношение к окружающему миру вообще и отношение к людям. Убеждение, что мир полон смысла. Обычно люди склонны верить, что события происходят не случайно, а контролируются и подчиняются законам справедливости.

Убеждение в ценности собственного «Я». Здесь основное значение имеют три аспекта: «Я хороший человек» (самоценность), «Я правильно себя веду» (контроль) и оценка собственной удачливости.

Базовые убеждения личности претерпевают серьезные изменения под влиянием перенесенных личностью детских психологических травм и травматических событий, в результате которых основательно разрушаются привычные жизненные представления и схемы поведения.

Таким образом, имплицитная концепция окружающего мира и собственного «Я» большинства здоровых людей может быть сформулирована следующим образом: «В этом мире хорошего гораздо больше, чем плохого. Если что-то плохое и случается, то это бывает, в основном с теми, кто делает что-то не так. Я хороший человек, следовательно, могу чувствовать себя защищенным от бед». Однако есть ситуации (экстремальный негативный опыт), резко противоречащие этой концепции. Их осмысление вызывает тяжелые и долговременные психологические проблемы: в одночасье индивид сталкивается с ужасом, порождаемым окружающим миром, а также с собственной уязвимостью и беспомощностью; существовавшая ранее уверенность в собственной защищенности и неуязвимости оказывается иллюзией, повергающей

личность в состояние дезинтеграции. Процесс же совладания с травмой, по Янофф-Бульман, состоит в восстановлении базисных убеждений: в случае успеха они становятся качественно иными, по сравнению с тем, какими были до травмы, однако восстановление происходит не полностью, а только до определенного уровня, освобождающего человека от иллюзии собственной неуязвимости. Картина мира индивида, пережившего психическую травму и успешно совладавшего с ней, таким образом, примерно такова: «Мир доброжелателен и справедлив ко мне. Я обладаю правом выбора. Но так бывает не всегда».

Шкалы методики: Образ «Я. Доброжелательность окружающего мира. Справедливость. Удача. Убеждение о контроле.

6. Опросник «Способы совладающего поведения» (Р. Лазарус, С. Фолкман, адаптация Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтяк, М.С. Замышляевой) [12] (Приложение 1).

Методика предназначена для определения копинг-механизмов, способов преодоления трудностей в различных сферах психической деятельности, копинг-стратегий. Данный опросник считается первой стандартной методикой в области измерения копинга. Методика была разработана Р. Лазарусом и С. Фолкманом в 1988 году, адаптирована Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтяк, М.С. Замышляевой в 2004 году.

Совладание с жизненными трудностями, как утверждают авторы методики, есть постоянно изменяющиеся когнитивные и поведенческие усилия индивида с целью управления специфическими внешними и (или) внутренними требованиями, которые оцениваются им как подвергающие его испытанию или превышающие его ресурсы. Задача совладания с негативными жизненными обстоятельствами состоит в том, чтобы либо преодолеть трудности, либо уменьшить их отрицательные последствия, либо избежать этих трудностей, либо вытерпеть их. Можно определить совладающее поведение как целенаправленное социальное поведение, позволяющее справиться с трудной жизненной ситуацией (или стрессом)

способами, адекватными личностным особенностям и ситуации, – через осознанные стратегии действий. Это сознательное поведение направлено на активное изменение, преобразование ситуации, поддающейся контролю, или на приспособление к ней, если ситуация не поддается контролю. При таком понимании оно важно для социальной адаптации здоровых людей. Его стили и стратегии рассматриваются как отдельные элементы сознательного социального поведения, с помощью которых человек справляется с жизненными трудностями.

Конфронтационный копинг. Агрессивные усилия по изменению ситуации. Предполагает определенную степень враждебности и готовности к риску.

Дистанцирование. Когнитивные усилия отделиться от ситуации и уменьшить ее значимость.

Самоконтроль. Усилия по регулированию своих чувств и действий.

Пункты:

Поиск социальной поддержки. Усилия в поиске информационной, действенной и эмоциональной поддержки.

Принятие ответственности. Признание своей роли в проблеме с сопутствующей темой попыток ее решения.

Бегство-избегание. Мысленное стремление и поведенческие усилия, направленные к бегству или избеганию проблемы.

Планирование решения проблемы. Произвольные проблемно-фокусированные усилия по изменению ситуации, включающие аналитический подход к проблеме.

Положительная переоценка. Усилия по созданию положительного значения с фокусированием на росте собственной личности. Включает также религиозное измерение.

7. «Тест смысло-жизненные ориентации» (методика СЖО) (Д. Крамбо и Л. Махолик, адаптация А. Леонтьева) [16] (Приложение 1).

«Цель в жизни», которую диагностирует методика, авторы определяют как переживание индивидом онтологической значимости жизни. Неудача в поиске человеком смысла своей жизни (экзистенциальная фрустрация) и вытекающее из нее ощущение утраты смысла (экзистенциальный вакуум) являются причиной особого класса душевных заболеваний – ноогенных неврозов, которые отличаются от ранее описанных видов неврозов.

1. Цели в жизни. Баллы по этой шкале характеризуют наличие или отсутствие в жизни испытуемого целей в будущем, которые придают жизни осмысленность, направленность и временную перспективу. Низкие баллы по этой шкале даже при общем высоком уровне ОЖ будут присущи человеку, живущему сегодняшним или вчерашним днем. Вместе с тем высокие баллы по этой шкале могут характеризовать не только целеустремленного человека, но и прожектера, планы которого не имеют реальной опоры в настоящем и не подкрепляются личной ответственностью за их реализацию. Эти два случая несложно различить, учитывая показатели по другим шкалам СЖО.

2. Процесс жизни или интерес и эмоциональная насыщенность жизни. Содержание этой шкалы совпадает с известной теорией о том, что единственный смысл жизни состоит в том, чтобы жить. Этот показатель говорит о том, воспринимает ли испытуемый сам процесс своей жизни как интересный, эмоционально насыщенный и наполненный смыслом. Высокие баллы по этой шкале и низкие по остальным будут характеризовать гедониста, живущего сегодняшним днем. Низкие баллы по этой шкале – признак неудовлетворенности своей жизнью в настоящем; при этом, однако, ей могут придавать полноценный смысл воспоминания о прошлом или нацеленность в будущее.

3. Результативность жизни или удовлетворенность самореализацией. Баллы по этой шкале отражают оценку пройденного отрезка жизни, ощущение того, насколько продуктивна и осмысленна была прожитая ее часть, высокие баллы по этой шкале и низкие по остальным будут характеризовать человека, который доживает свою жизнь, у которого все в

прошлом, но прошлое способно придать смысл остатку жизни. Низкие баллы – неудовлетворенность прожитой частью жизни.

4. Локус контроля – Я (Я – хозяин жизни). Высокие баллы соответствуют представлению о себе как о сильной личности, обладающей достаточной свободой выбора, чтобы построить свою жизнь в соответствии со своими целями и представлениями о ее смысле. Низкие баллы – неверие в свои силы контролировать события собственной жизни.

5. Локус контроля – жизнь или управляемость жизни. При высоких баллах – убеждение в том, что человеку дано контролировать свою жизнь, свободно принимать решения и воплощать их в жизнь. Низкие баллы – фатализм, убежденность в том, что жизнь человека неподвластна сознательному контролю, что свобода выбора иллюзорна, и бессмысленно что-либо загадывать на будущее.

Бланки, текст методик – Приложение 1.

2.1.1. Описательный анализ особенностей психологических факторов искусственного прерывания беременности

Для того, чтобы выявить выраженность различных социально-психологических факторов прерывания беременности у женщин, был осуществлен частотный анализ данных (описательная статистика) при помощи программы SPSS 22.0. Результаты обработки SPSS – приложение 3.

По результатам «Анкеты для беременных в ситуации репродуктивного выбора», представляющей общие социальные сведения о респонденте, об отношении к беременности, о причинах и последствиях аборта, были получены следующие данные:

Анкета была предложена женщинам, обратившимся в поликлинику за направлением на прерывание беременности и направленным для консультации психолога. Консультирование и анкетирование проводилось

только с добровольного согласия. Анкета составлена с целью помощи женщине, оказавшейся в непростой ситуации репродуктивного выбора.

Возраст обратившихся от 20 лет до 45 года. Срок беременности у большинства опрошенных (97%) примерно 6-7 недель, у трёх женщин (9%) – 10 недель. Первый раз обратились только 6% женщин в возрасте 19 и 20 лет. У всех остальных опрошенных (94%) в прошлом уже были прерывания беременности, у большинства (94%) по два аборта, 3% женщин сказали о пяти, ещё 3% – о шести прерываниях.

Замужем 85% обратившихся, лишь у 6% женщин не было стабильных отношений с мужчиной (отцом ребёнка), 9% состоят в гражданском браке. Безработной себя не назвал никто, 12% женщины находятся в декретном отпуске, 3% домохозяйки, остальные 85% имеют постоянную работу.

5% женщин не имеют детей, у 68% из обратившихся уже есть двое детей, у 18% – трое детей, у 6% – четверо детей, у 3% – пять детей.

Большинство женщин (88%) имеют собственное жильё, только 9% опрошенных сказали, что проживают на съёмной квартире, 3% – в общежитии.

В основном говорят о средних или маленьких доходах семьи, но не ниже прожиточного минимума. 18% женщин назвали материальное обеспечение хорошим. Половина опрошенных (50%) сказала о наличии ипотеки или кредитов в семье. Из всех опрошенных только 12% проживают совместно с другими членами семьи.

Все женщины обратились за консультацией по направлению врача. На вопрос об отношении отца ребёнка к беременности 39% женщин сказали, что первой реакцией было «давай оставим», 3% сказали «мне всё равно», остальные 42% предоставили женщине решать самой, но в случае положительного решения о беременности были бы не против. Об отношении родителей 12% женщин сказали о негативном или нейтральном отношении матери к беременности. О поддержке не сказал никто.

Основные называемые причины аборта (рис. 1):

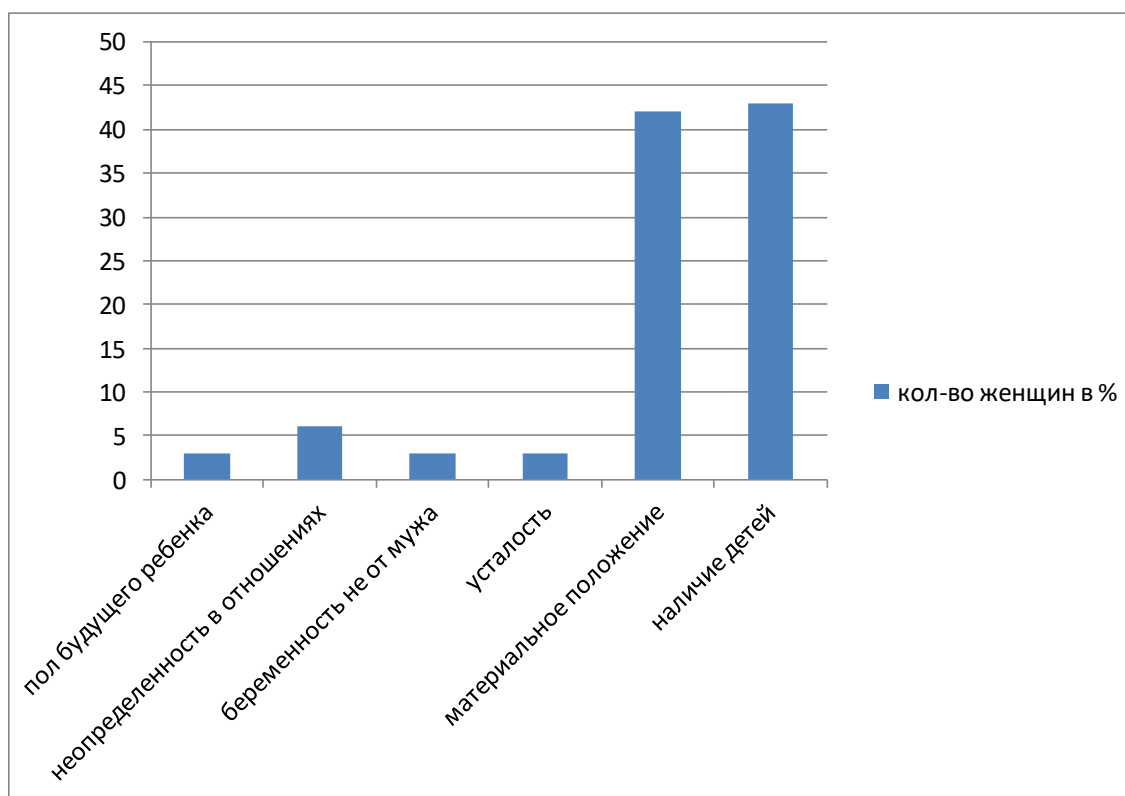


Рис. 1. Распределение испытуемых (n = 30) в процентах по причинам искусственного прерывания беременности.

3% женщин причиной аборта назвала пол будущего ребёнка – девочка, а нужен мальчик. 6% женщин не определились с отношениями с отцом ребёнка, у 3% опрошенных беременность не от мужа. 3% женщин говорили об усталости и желании выйти на работу, отсутствие помощи. Все остальные причиной называли 42% материальное положение, желание больше дать уже имеющимся детям, наличие ипотеки, 43% большое число уже имеющихся детей.

Все женщины сказали о том, что не использовали постоянно каких-либо методов контрацепции. 9% женщин сказали, что почти ничего не знают о том, как происходит развитие плода. Большинство опрошенных 91% знают, либо интересовались этим, но стараются не думать об этом, подробности знать не хотят. 45% женщин в процессе консультации сами произнесли слово убийство. Остальные 55% так же имеют негативное отношение к аборту. Половина опрошенных женщин 50% имеют положительное отношение к

беременности, резко негативное только 9%, остальные 41% не определённое. О медицинских и психологических последствиях аборта все опрошенные знают недостаточно.

На вопрос о гуманности все женщины ответили, что гуманнее конечно сделать аборт, чем оставить ребенка в детском доме после родов. В какой-либо серьёзной помощи никто из опрошенных не нуждается.

По полученным результатам в ходе проведения Гиссенского личностного опросника были получены следующие данные (см.рис.2):

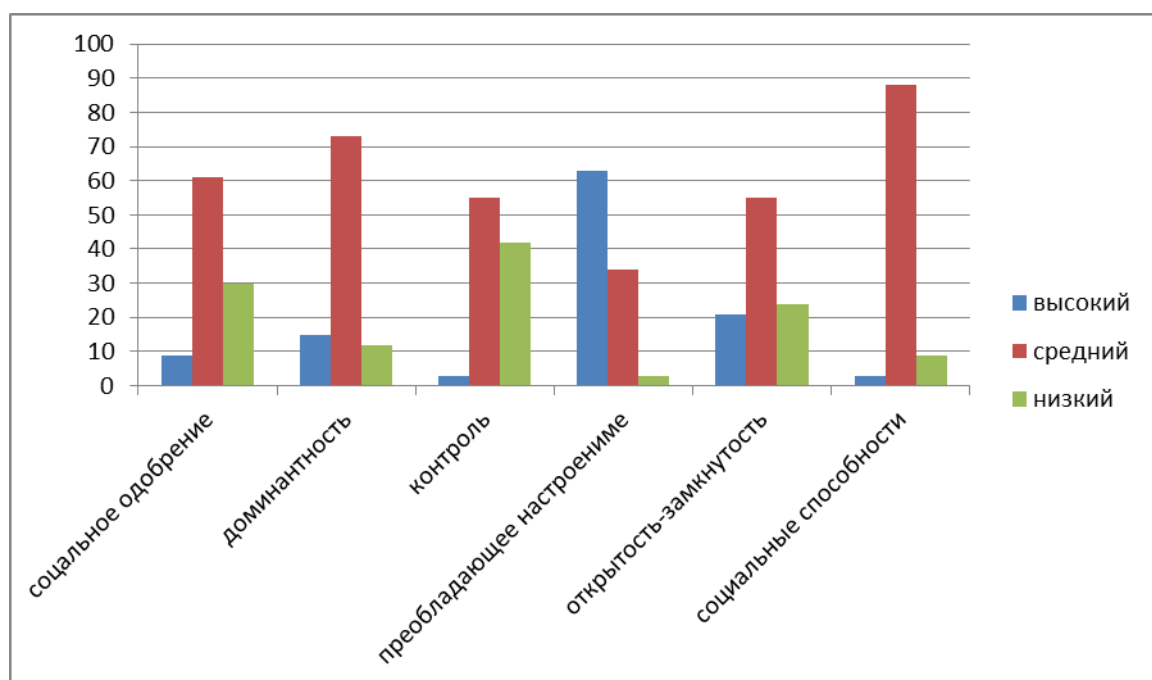


Рис.2. Распределение женщин ($n = 30$) по степени выраженности шкал Гиссенского личностного опросника, а именно: социальному одобрению, доминантности, контролю, преобладающему настроению, открытость-замкнутость, социальным способностям (в%).

По шкале «социальное одобрение» 9% испытуемых обладают высоким уровнем, следовательно, это женщины уверенные в своей положительной социальной репутации, привлекательности, популярности, способности добиваться поставленной цели, уважении и высокой оценке других людей. Для 61% опрошенных характерен средний уровень, следовательно, в разных ситуациях могут проявляться черты характерные для разных полюсов. 30%

респондентов обладают низким уровнем, следовательно, данных испытуемых характеризует субъективное представление о своей социальной репутации, непривлекательности, неуважении окружающих, неумении добиваться поставленной цели, непопулярности.

По шкале «доминантность» 15% испытуемых имеют высокие значения. Из этого можно сделать вывод о том, что для данных женщин характерно послушание, уступчивость, терпение. Эти взаимодополняющие личностные особенности отождествляются с психосоциальными защитными формами поведения, где противопоставляется агрессивность, импульсивность, притязания на первенство и терпеливость, покладистость, неспособность к агрессии, склонность к подчинению, зависимость. Для 73% опрошенных характерен средний уровень, следовательно, в разных ситуациях могут проявляться черты характерные для разных полюсов. У 12% респондентов выявлены низкие показатели, следовательно, для данных женщин могут быть характерны такие черты, как властолюбие, нетерпение, желание настоять на своем.

По шкале «контроль» (недостаточный контроль – избыточный контроль) у 3% респондентов выявлен высокий уровень, следовательно, для них характерна педантичность, усердие, правдивость до фанатичности, отсутствие склонности к легкомысленному, беззаботному поведению. Для 55% опрошенных характерен средний уровень, следовательно, в разных ситуациях могут проявляться черты характерные для разных полюсов. Для 42% опрошенных характерны низкие значения по данной шкале, из этого следует, что данных женщин может характеризовать неаккуратность, непостоянство, склонность к беззаботному поведению, легкомысленным поступкам, неумение распоряжаться деньгами.

По шкале «преобладающее настроение» для 63% респондентов характерен высокий уровень, следовательно, для данных женщин наиболее характерно преобладание гипоманиакального полюса, к которому относятся лица, редко испытывающие подавленность, не склонные к рефлексии, не

склонные к критическому отношению к себе, не скрывающие раздражения, независимые. Для 34% опрошенных характерен средний уровень, следовательно, в разных ситуациях могут проявляться черты характерные для разных полюсов. У 3% опрошенных выявлен низкий уровень, следовательно, у данных респондентов преобладает депрессивный полюс, подразумевающий частое состояние подавленности, склонность к рефлексии, робость, зависимость, умение скрывать чувство досады, самокритичность.

По шкале «открытость – замкнутость» у 21% испытуемых выявлен высокий уровень, из этого следует, что данные испытуемые характеризуют себя как замкнутых, недоверчивых, отстраненных от других людей, стремящихся скрывать собственную потребность в любви. Для 55% опрошенных характерен средний уровень, следовательно, в разных ситуациях могут проявляться черты характерные для разных полюсов. Для 24% респондентов характерен низкий уровень, следовательно, данные испытуемые характеризуют себя как доверчивых, открытых перед другими людьми, обладающих большой потребностью в любви, откровенностью.

По шкале «социальные способности» у 3% респондентов выявлен высокий уровень, из этого следуют, что данные испытуемые характеризуются активностью, общительностью, конкурентоспособностью, богатым воображением и способностью на сильные чувства. Для 88% опрошенных характерен средний уровень, следовательно, в разных ситуациях могут проявляться черты характерные для разных полюсов. Для 9% опрошенных характерен низкий уровень и социальная слабость, следовательно, такая личность характеризуется необщительностью, слабой способностью к самоотдаче, неспособностью к длительным привязанностям, бедной фантазией.

По полученным данным по тесту-опроснику для определения уровня самооценки С.В. Ковалева можно сделать следующий вывод (см.рис.3):

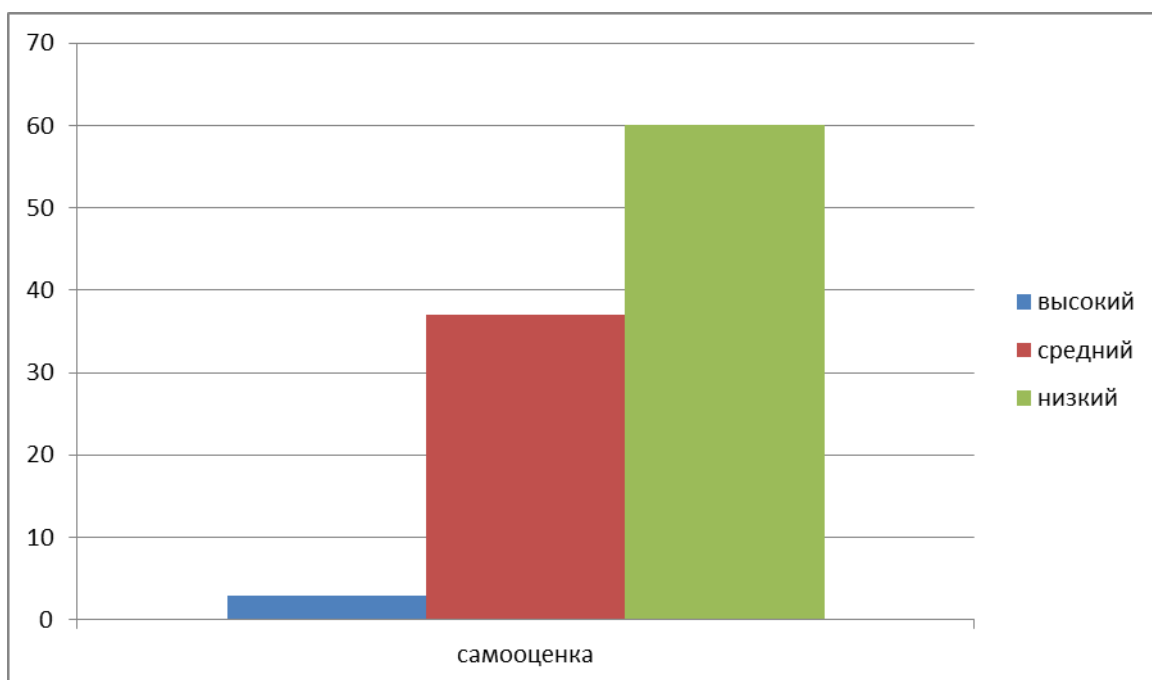


Рис. 3. Распределение испытуемых ($n = 30$) по уровню выраженности самооценки (в%).

Полученные результаты позволяют нам сделать вывод о том, что для 3% респондентов характерен высокий уровень самооценки, который может говорить о том, что человек способен адекватно реагировать на замечания в свой адрес, правильно оценивать свои действия, не поддаваясь сомнениям.

У 37% испытуемых выявлен средний уровень самооценки, который предполагает, что человек временами может ощущать некоторую неловкость в межличностных отношениях, недооценивать свои возможности, способности и себя самого.

Для 60% исследуемых характерен низкий уровень самооценки, который означает, что человек зачастую болезненно переносит критику и замечания в свой адрес, старается подстраиваться под мнение окружающих, излишне застенчив.

Исходя из полученных данных описательного анализа по методике «Самооценки психических состояний» Айзенка, мы можем сделать вывод о следующем распределении испытуемых по переменным (рис. 4):

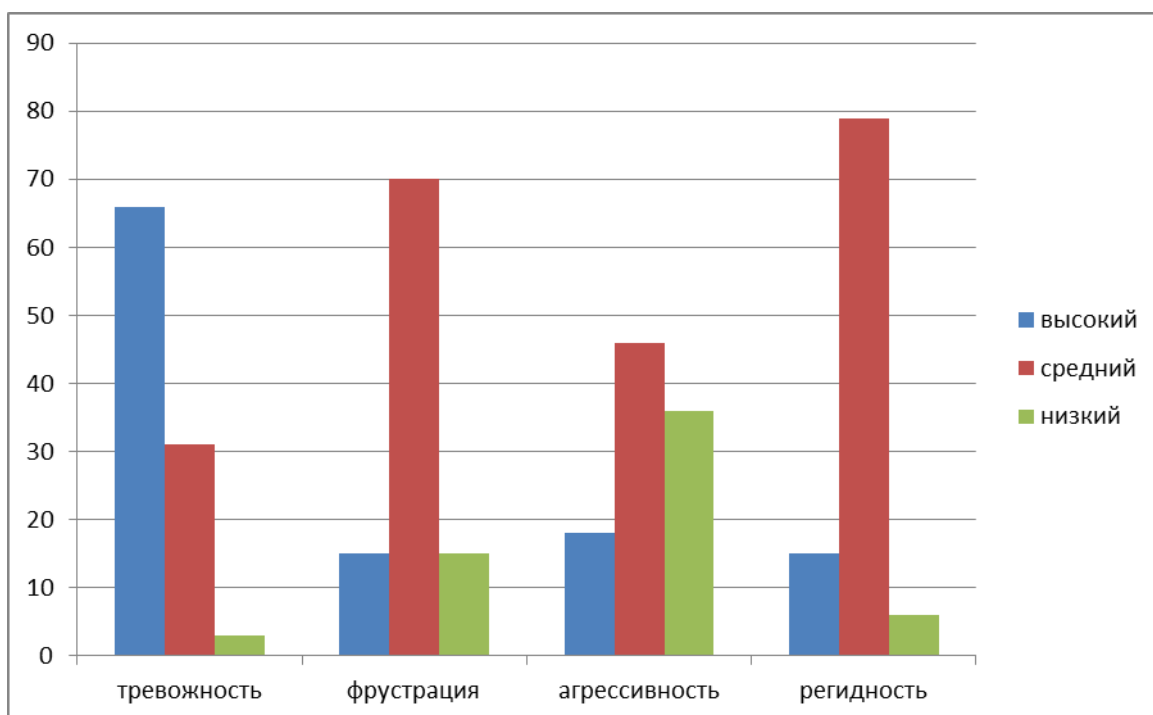


Рис. 4. Распределение испытуемых ($n = 30$) по степени выраженности переменных теста самооценки психических состояний Айзенка, а именно: тревожности, фрустрации, агрессивности, регидности (в%).

По шкале «тревожность» 3% испытуемых имеют низкий уровень. Из этого следует, что данные испытуемые не тревожны. 31% испытуемых имеют средний уровень. Следовательно, у них наблюдается средняя тревожность, находящаяся в пределах нормы. 66% испытуемых имеют высокий уровень. Из этого можно сделать вывод о том, что для них характерна высокая тревожность.

По шкале «фрустрация» 15% испытуемых имеют низкий уровень. Из этого следует, что испытуемые не имеют высокой самооценки, обладают устойчивостью к неудачам и не боятся трудностей. 70% испытуемых имеют средний уровень. Из этого можно сделать вывод о том, что у данных испытуемых может возникать состояние фрустрации. Высокий уровень фрустрации характерен для 15% респондентов, что свидетельствует о том, что они могут обладать низкой самооценкой и стремлением избегать трудности.

По шкале «агрессивность» 18% испытуемых имеют низкий уровень. Из этого следует, что данные испытуемые спокойные и выдержанные. 46% испытуемых обладают средним уровнем агрессивности. У 36% испытуемых выявлен высокий уровень. Из этого можно сделать вывод о том, что для этих испытуемых характерно проявление агрессии, невыдержанность, затруднения в общении с людьми.

По шкале «ригидность» 6% испытуемых имеют низкий уровень. Следовательно, данные испытуемые обладают легкой переключаемостью. 79% обладают средним уровнем выраженности ригидности. У 15% испытуемых выявлен высокий уровень. Из этого можно сделать вывод о том, что для них характерна выраженная ригидность, постоянство поведения, убеждений, взглядов.

Исходя из полученных данных с помощью методики исследования базисных убеждений личности (Ронни Янофф-Бульман, адаптация и рестандартизация М.А. Падун, А.В. Котельниковой), были получены следующие результаты (см. рис. 5):

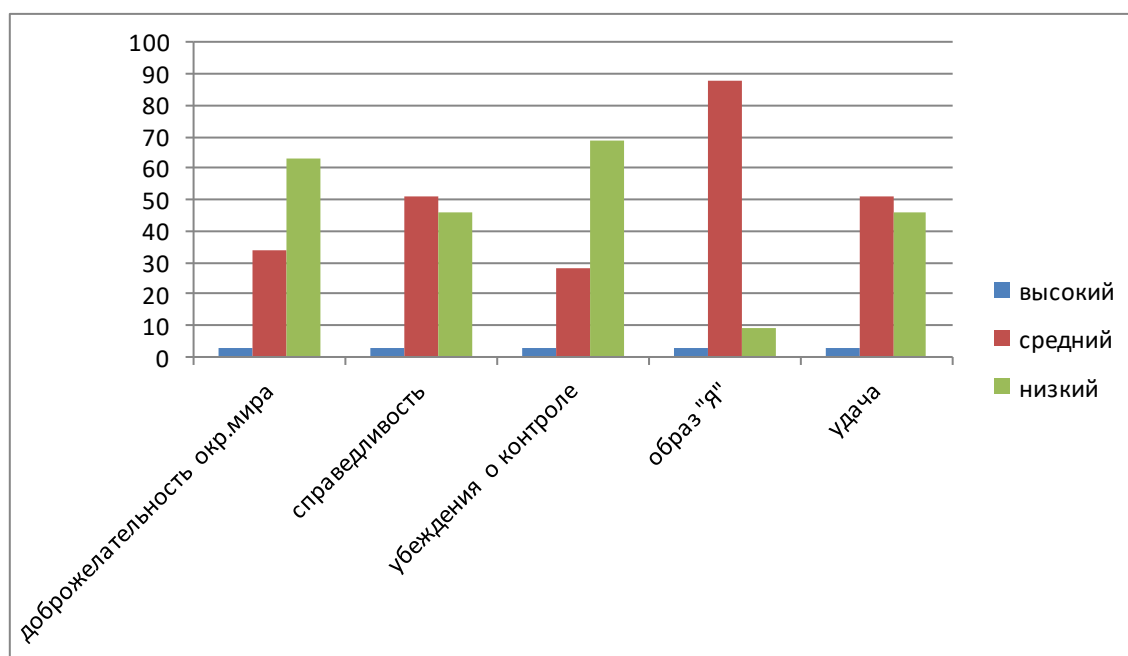


Рис. 5. Распределение испытуемых (n = 30) по степени выраженности базисных убеждений личности, а именно: доброжелательности окружающего мира, справедливости, убеждения о контроле, образу «Я», удачи (в%)

По субшкале «Доброжелательность окружающего мира», отражающей убеждения индивида относительно безопасной возможности доверять окружающему миру, заключающейся в базисном убеждении о доброжелательности-враждебности окружающего мира, 3% респондентов имеют высокие показатели, 34% опрошенных средние и 63% – низкие. Следовательно, большинство исследуемых считают, что окружающий мир достаточно враждебен по отношению к ним, что в мире больше зла, чем добра, в мире недостаточно смысла, большинство событий происходят случайно, не подчиняясь законам справедливости.

По субшкале «Справедливость», отражающей убеждение в том, что хорошие и плохие события распределяются между людьми по принципу справедливости: каждый получает то, что заслуживает, заключающейся в базисном убеждении о справедливости окружающего мира, 3% испытуемых имеют высокий уровень, у 51% респондентов выявлен средний уровень и для 46% опрошенных характерен низкий уровень. Следовательно, около половины респондентов, испытывают сомнения в том, что каждый получает то, что заслуживает.

По субшкале «Убеждения о контроле», заключающейся в базисном убеждении о контроле, отражающей убеждение человека в том, что он может контролировать происходящие с ним события для 3% респондентов характерен высокий уровень, у 28% опрошенных выявлен средний уровень и для 69% исследуемых характерен низкий уровень. Из этого можно сделать вывод о том, что большинство респондентов ощущают недостаточный контроль над происходящей ситуацией.

По субшкале «Образ Я», отражающей базисное убеждение о ценности и значимости собственного Я, заключающейся в убеждении индивида в том, что он хороший, достойный любви и уважения человек 3% респондентов имеют высокий уровень, для 88% опрошенных характерен средний уровень и у 9% исследуемых выявлен низкий уровень. Из этого следует, что у

большинства испытуемых показатели по данной шкале находятся в пределах нормы, у них присутствуют убеждения о ценности собственного «Я».

По субшкале «Удача», отражающей базисное убеждение об удаче, заключающейся в убеждении индивида в том, что он в целом везучий человек у 3% опрошенных выявлен высокий уровень, для 51% исследуемых характерен средний уровень и у 46% респондентов выявлен низкий уровень. Из этого можно сделать вывод о том, что около половины респондентов считают себя не везучими.

При проведении опросника «Способы совладающего поведения» (Р. Лазарус, С. Фолкман, адаптация Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтык, М.С. Замышляевой) были получены следующие данные (см. рис.6):

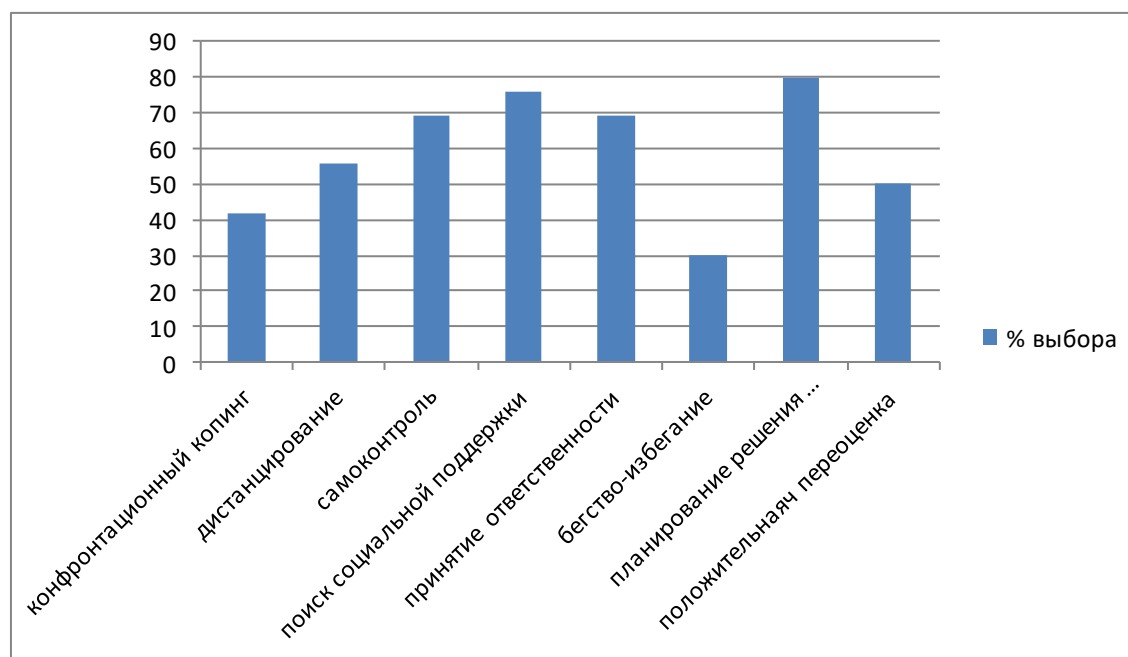


Рис. 6. Распределение испытуемых (n = 30) по выраженности копинг-стратегий (в%)

В ходе проведенного исследования было выявлено, что большинство испытуемых выбирают для себя в качестве основных следующие копинг-стратегии:

На первом месте располагается планирование решения проблемы, подразумевающее произвольные проблемно-фокусированные усилия по изменению ситуации, включающие аналитический подход к проблеме. На

втором месте расположился поиск социальной поддержки, отображающий усилия в поиске информационной, действенной и эмоциональной поддержки. На третьем месте оказались сразу две копинг-стратегии: самоконтроль, включающий усилия по регулированию своих чувств и действий, и принятие ответственности, заключающийся в признании своей роли в проблеме с сопутствующей темой попыток ее решения. На четвертом месте – дистанцирование, заключающееся в когнитивных усилиях отделиться от ситуации и уменьшить ее значимость. На пятом месте – положительная переоценка, подразумевающая усилия по созданию положительного значения с фокусированием на росте собственной личности. На шестом месте – конфронтационный копинг, отражающий агрессивные усилия по изменению ситуации, предполагающий определенную степень враждебности и готовности к риску. На седьмом месте – бегство-избегание, заключающееся в мысленном стремлении и поведенческих усилиях, направленных к бегству или избеганию проблемы.

Из этого можно сделать вывод о том, что данные женщины не избегают проблем, а готовы их преодолевать за счет анализа ситуации и возможных вариантов поведения, а также выработки стратегии разрешения при участии информационной, эмоциональной и действенной поддержки окружающих людей. В ходе исследования было установлено, что основной копинг-стратегией у всех трех групп женщин, решившихся на медицинский аборт, является планирование решения проблемы. Вероятно, в ситуации незапланированной беременности женщины сразу же начинают продумывать дальнейших ход действий, чтобы не упустить время её прерывания (до 12 недель).

По результатам проведенного исследования по «Тесту смысло-жизненных ориентаций» (методика СЖО) Д. Крамбо и Л. Махолик, адаптация А. Леонтьева можно сделать следующий вывод (см. рис. 7):

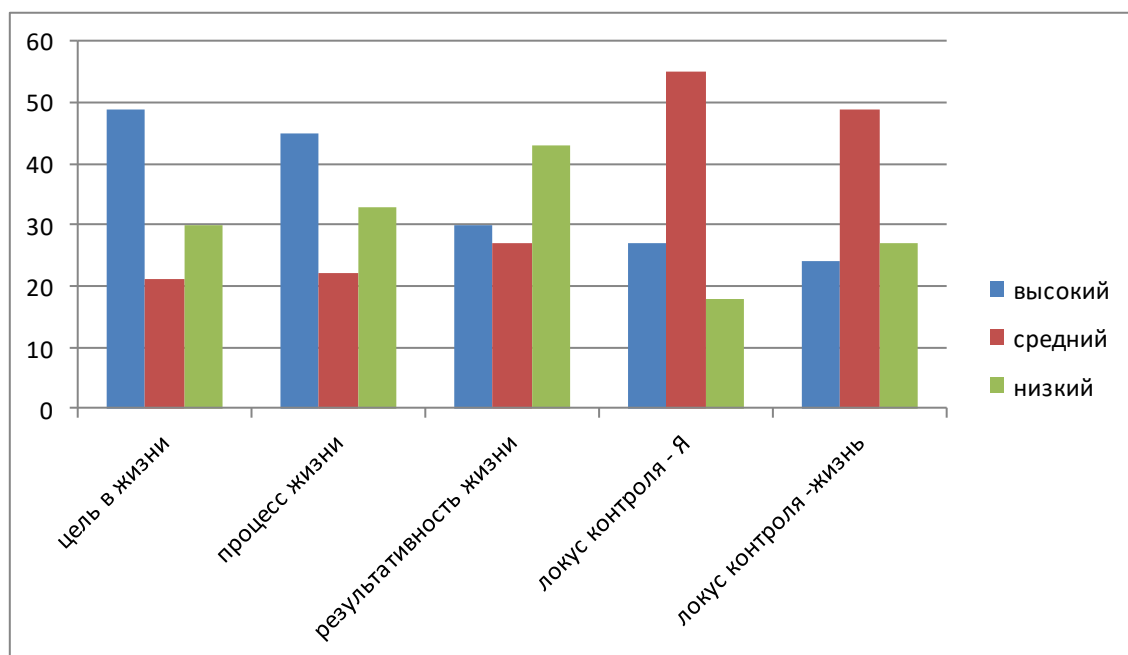


Рис. 7. Распределение испытуемых ($n = 30$) по степени выраженности смысложизненных ориентаций, а именно: цели в жизни, процессу в жизни, результативности жизни, локус контроля Я, локус контроля-жизнь (в%)

По шкале «Цели в жизни», характеризующей наличие или отсутствие в жизни испытуемого целей в будущем, которые придают жизни осмысленность, направленность и временную перспективу, 49% опрошенных имеют высокие баллы, следовательно, их можно характеризовать не только как целеустремленного человека, но и как прожектора, планы которого не имеют реальной опоры в настоящем и не подкрепляются личной ответственностью за их реализацию. У 21% респондентов выявлен средний уровень. Для 30% исследуемых характерны низкие баллы по этой шкале, которые даже при общем высоком уровне ОЖ будут присущи человеку, живущему сегодняшним или вчерашним днем.

По шкале «Процесс жизни или интерес и эмоциональная насыщенность жизни», заключающейся в том, что единственный смысл жизни состоит в том, чтобы жить и восприятие самого процесса своей жизни как интересного, эмоционального насыщенного и наполненного смыслом, для 45% опрошенных характерны высокие баллы по этой шкале, которые характеризуют данных испытуемых как гедонистов, живущих сегодняшним

днем. У 22% испытуемых выявлен средний уровень. Для 33% респондентов характерны низкие баллы по этой шкале – признак неудовлетворенности своей жизнью в настоящем; при этом, однако, ей могут придавать полноценный смысл воспоминания о прошлом или нацеленность в будущее.

По шкале «Результативность жизни или удовлетворенность самореализацией», отражающей оценку пройденного отрезка жизни, ощущение того, насколько продуктивна и осмысленна была прожитая ее часть, 30% исследуемых имеют высокие баллы по этой шкале и характеризуются как люди, которые доживают свою жизнь, у которых все в прошлом, но прошлое способно придать смысл остатку жизни. Для 27% опрошенных характерен средний уровень. У 43% респондентов наблюдаются низкие баллы, что свидетельствует о неудовлетворенности прожитой частью жизни.

По шкале «Локус контроля – Я» для 27% респондентов характерны высокие баллы, соответствующие представлению о себе как о сильной личности, обладающей достаточной свободой выбора, чтобы построить свою жизнь в соответствии со своими целями и представлениями о ее смысле. У 55% опрошенных выявлен средний уровень. Для 18% исследуемых характерны низкие баллы, что свидетельствует о неверии в свои силы контролировать события собственной жизни.

По шкале «Локус контроля – жизнь или управляемость жизни» у 24% респондентов выявлены высокие баллы, свидетельствующие об убеждении в том, что человеку дано контролировать свою жизнь, свободно принимать решения и воплощать их в жизнь. Для 49% опрошенных характерен средний уровень. У 27% исследуемых наблюдаются низкие баллы, что свидетельствует о присутствии фатализма, убежденности в том, что жизнь человека неподвластна сознательному контролю, что свобода выбора иллюзорна, и бессмысленно что-либо загадывать на будущее.

2.1.2. Результаты сравнительного анализа особенностей психологических факторов у женщин разных возрастных групп

Для того, чтобы установить специфику социально-психологических факторов прерывания беременности у женщин разных возрастных групп, проведен сравнительный анализ по U-критерию Манна-Уитни, который используется для оценки различий между двумя независимыми выборками по уровню какого-либо количественного признака, так как он не требует наличия нормального распределения сравниваемых совокупностей и подходит для сравнения малых выборок.

В ходе проведенного сравнительного анализа особенностей психологических факторов у женщин разных возрастных групп (1 группа – 20-35, 2 группа – 36-45) были получены следующие данные (см. рис. 8):

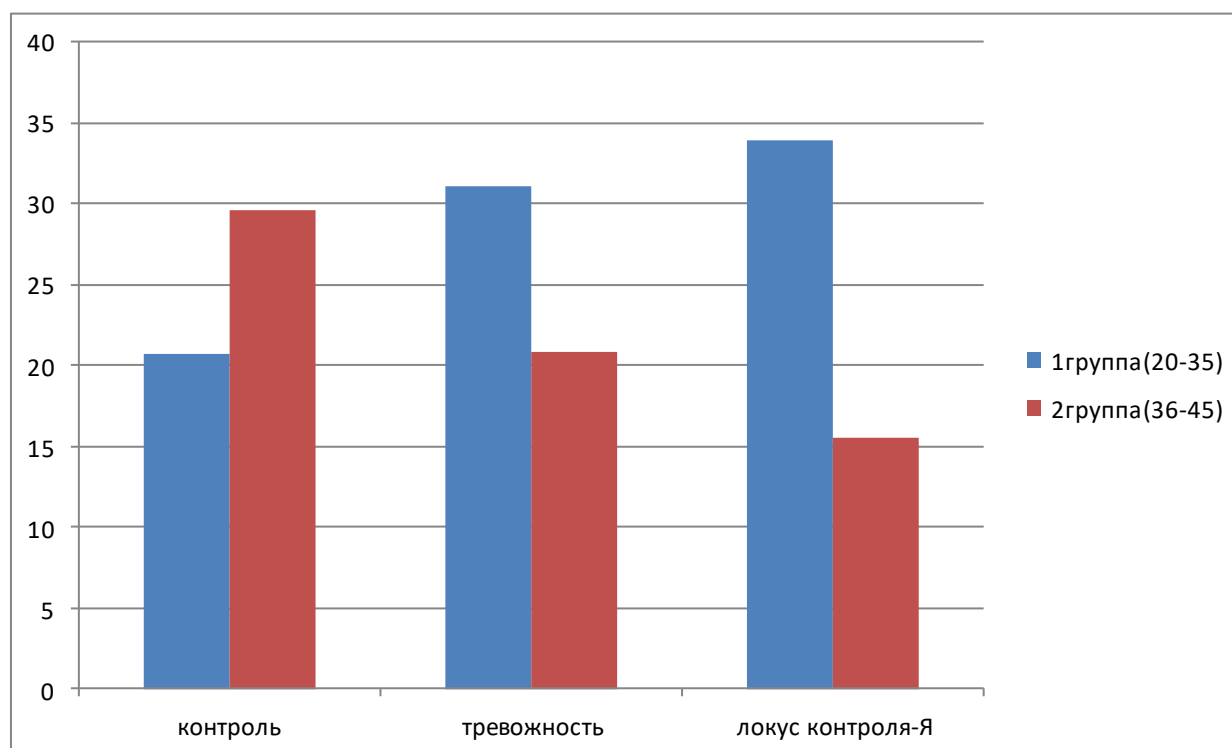


Рис. 8. Сравнительный анализ ($n = 30$) психологических факторов у женщин разных возрастных групп

Шкала «контроль» (недостаточный контроль – избыточный контроль) ($p \leq 0,05$) выше у второй группы, чем у первой группы. Следовательно,

испытуемые второй группы (36-45 лет) более склонны к педантичности, усердию и менее склонны к легкомысленному поведению.

Шкала «тревожность» ($p \leq 0,05$) выше у первой группы, чем у второй группы ср. ранг 20,08. Следовательно, респонденты первой группы (20-35 лет) наиболее часто испытывают чувство тревоги.

По шкале «Локус контроля – Я» ($P \leq 0,01$) выше у второй группы, чем у первой группы. Следовательно, исследуемые второй группы (36-45 лет) чаще имеют представления о себе как о сильной личности, обладающей достаточной свободой выбора, чтобы построить свою жизнь в соответствии со своими целями и представлениями о ее смысле, чем респонденты первой группы.

2.1.3. Характер взаимосвязи личностных особенностей, психических состояний, копинг-стратегий, смысложизненных ориентаций, базисных убеждений и самооценки

Для того, чтобы рассмотреть характер взаимосвязи личностных особенностей, психических состояний, копинг-стратегий, смысложизненных ориентаций, базисных убеждений и самооценки, применен корреляционный анализа с использованием коэффициента ранговой корреляции Ч. Спирмена. Данные представлены на рисунке 9:

Показатель самоконтроль коррелирует с показателем локус контроля – жизнь или управляемость жизни ($r=0,371$, $p \leq 0,01$). Данные взаимосвязи прямо пропорциональны, что свидетельствует о том, что чем более выражено проявление данной копинг-стратегии, заключающейся в признании своей роли в проблеме с сопутствующей темой попыток ее решения, тем больше проявляется убежденность в том, что человеку дано контролировать свою жизнь, свободно принимать решения и воплощать их в жизнь.

Показатель поиск социальной поддержки коррелирует с показателем доброжелательность окружающего мира ($r=0,462$, $p \leq 0,01$). Данные

взаимосвязи прямо пропорциональны, что свидетельствует о том, что чем больше выражена данная копинг-стратегия у испытуемых, отображающая усилия в поиске информационной, действенной и эмоциональной поддержке, тем больше они убеждены в безопасности и возможности доверять окружающему миру.

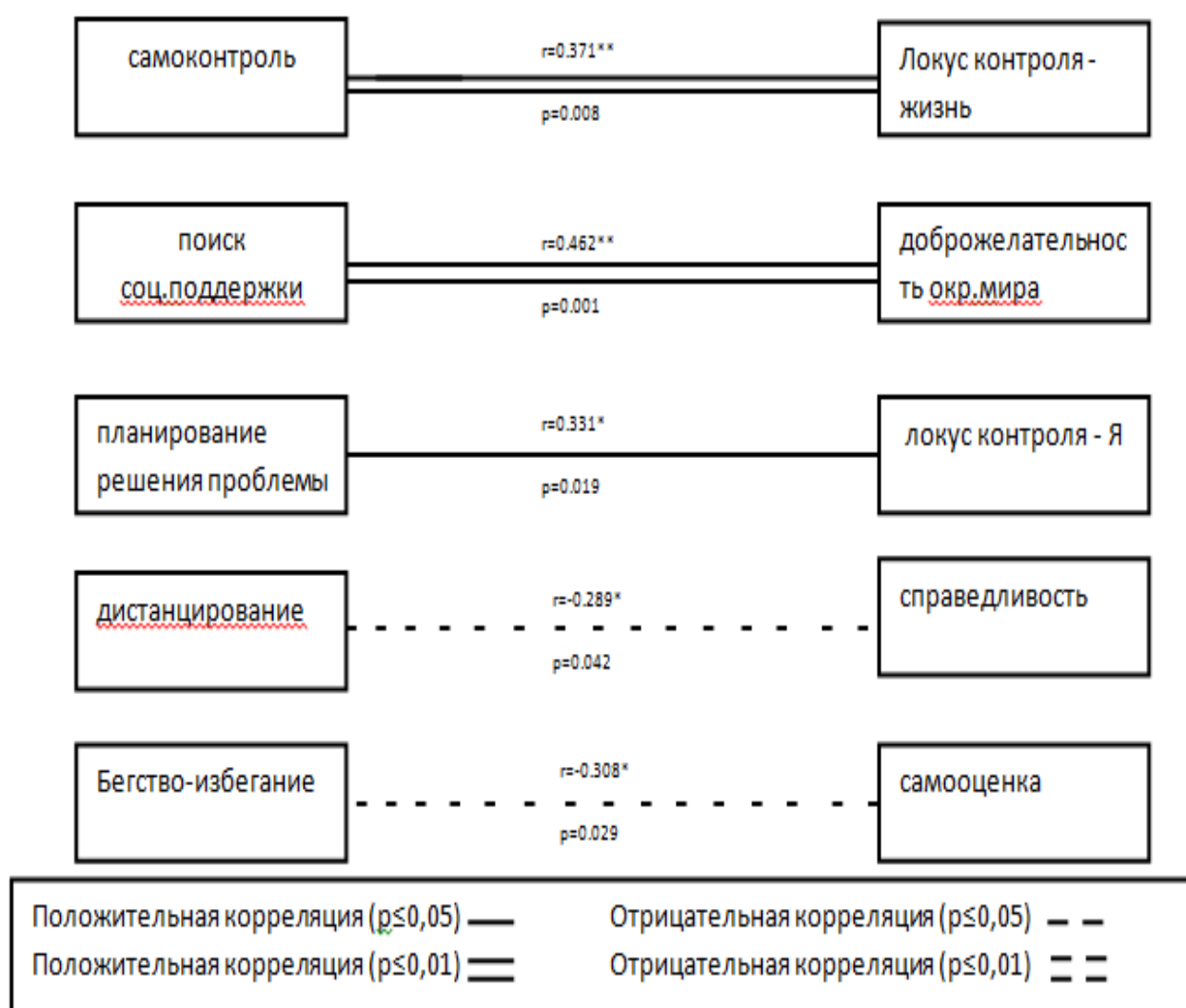


Рис. 9. Корреляционная плеяда, отражающая взаимосвязи между психологическими факторами искусственного прерывания беременности

Показатель планирование решения проблемы коррелирует с показателем локус контроля – Я ($r=0,331$, $p \leq 0,05$). Данные взаимосвязи прямо пропорциональны, что свидетельствует о том, что чем больше выражена данная копинг-стратегия, подразумевающая произвольные

проблемно-фокусированные усилия по изменению ситуации, включающие аналитический подход к проблеме, тем выше представлению о себе как о сильной личности, обладающей достаточной свободой выбора, чтобы построить свою жизнь в соответствии со своими целями и представлениями о ее смысле.

Показатель «дистанцирование» коррелирует с показателем «справедливость» ($r=-0,289$, $p \leq 0,05$). Данные взаимосвязи обратно пропорциональны, что свидетельствует о том, что чем больше проявляется в поведении данная копинг-стратегия, заключающаяся в когнитивных усилиях отделиться от ситуации и уменьшить ее значимость, тем ниже убежденность в том, что хорошие и плохие события распределяются между людьми по принципу справедливости: каждый получает то, что заслуживает.

Показатель бегство-избегание коррелирует с показателем самооценка ($r=-0,308$, $p \leq 0,05$). Данные взаимосвязи обратно пропорциональны, что свидетельствует о том, что чем выше склонность испытуемых прибегать к данной копинг-стратегии, заключающейся в мысленном стремлении и поведенческих усилиях, направленных к бегству или избеганию проблемы, тем ниже уровень самооценки, который означает, что человек зачастую болезненно переносит критику и замечания в свой адрес, старается подстраиваться под мнение окружающих, излишне застенчив.

2.1.4. Структура социально-психологических особенностей женщин

Для выявления структуры социально-психологических особенностей женщин, был проведен факторный анализ по следующим методикам: Гиссенский личностный опросник; тест-опросник для определения уровня самооценки (С.В. Ковалев); тест самооценки психических состояний Айзенка; методика исследования базисных убеждений личности (Ронни Янофф-Бульман, адаптация и рестандартизация М.А. Падун, А.В. Котельниковой); опросник «Способы совладающего поведения» (Р. Лазарус,

С. Фолкман, адаптация Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтяк, М.С. Замышляевой); «Тест смысло-жизненные ориентации» (методика СЖО) (Д. Крамбо и Л. Махолик, адаптация А. Леонтьева).

В ходе проведенного факторного анализа по методикам выделились 5 факторов, которые с достаточной полнотой описывают структуру социально-психологических особенностей женщин (71,4% дисперсии) (см. рис.1):

1 фактор. «Контроль» (11,01% дисперсии), включает в себя следующие переменные: контроль (0,578), преобладающее настроение (0,425), социальные способности (0,573), ригидность (0,222), доброжелательность окружающего мира (0,319), справедливость (0,357), убеждение о контроле (-0,232), процесс жизни (-0,567), локус контроля - жизнь (-0,263), планирование решение проблемы (-0,503), положительная переоценка (-0,339).

2 фактор. «Социальное одобрение» (14,06% дисперсии), включает в себя следующие переменные: социальное одобрение (0,635), цель в жизни (0,638), локус контроля - Я (-0,389).

3 фактор. «Доминантность» (13,86% дисперсии), включает в себя следующие переменные: доминантность (0,924), фрустрация (-0,400), удача (0,454), конфронтационный копинг (0,217), дистанцирование (0,194), принятие ответственности (0,334).

4 фактор. «Самооценка» (15,63% дисперсии), включает в себя следующие переменные: самооценка (0,771), тревожность (0,311), агрессивность (-0,299), образ-Я (0,213), результат жизни (-0,449), бегство-избегание (0,261).

5 фактор. «Открытость-замкнутость» (16,87% дисперсии), включает в себя следующие переменные: открытость-замкнутость (0,917), самоконтроль (-0,184), поиск социальной поддержки (0,193).

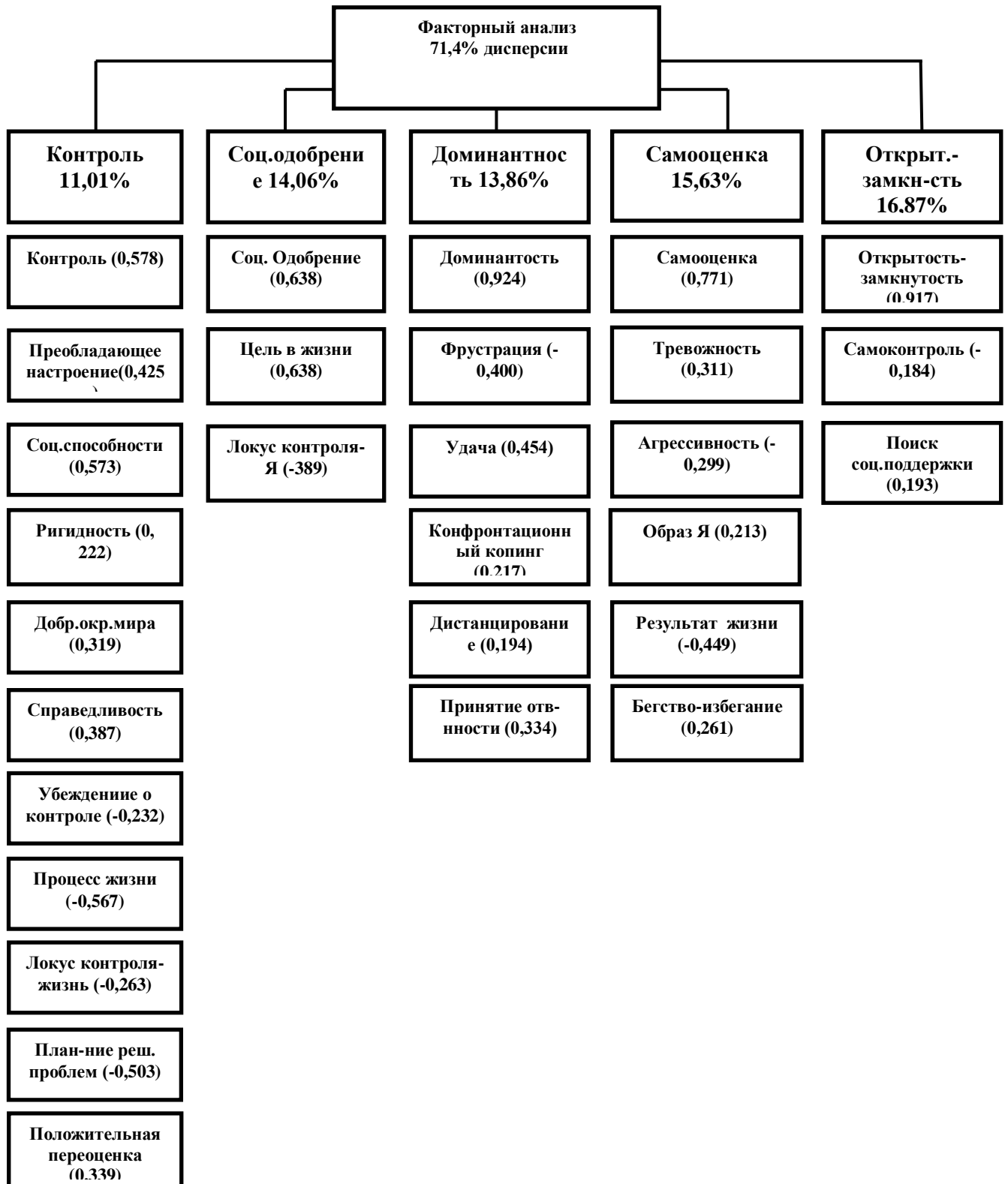


Рис. 10. Структура социально-психологических особенностей женщин

Таким образом, выделились обобщенные переменные (5 факторов), которые характеризуются: вовлеченностью личности в социальную среду, способностью и потребностью установления межличностных контактов; ориентированностью на будущее и социальное одобрение; доминантностью поведения; оценением своей жизни; способностью к самоконтролю.

2.2. Практические рекомендации психологам доабортного консультирования

Психическое состояние женщины в период обдумывания и принятия решения о прерывании или сохранении беременности характеризуется рядом особенностей, которые консультанту следует знать и уметь диагностировать для построения адекватного взаимодействия с пациенткой. Поведение женщины в данной ситуации, кажущееся порой противоречивым и непредсказуемым, обусловлено её психическим состоянием и закономерно из него проистекает.

Растерянность и шок

В случае известия о незапланированной беременности или подозрениях на какие-либо осложнения при желанной беременности женщина склонна испытывать растерянность. Основная мысль, звучащая в её сознании, – «Я не знаю, что мне теперь с этим делать». Внутренние ресурсы, направленные на конструктивное и планомерное решение проблемы, в состоянии растерянности снижены практически до нуля. Женщина может либо просто пребывать в состоянии психологической «оглушенности», либо искать совета, подсказки. Это состояние растерянности является психологически закономерной и понятной реакцией на незапланированную ситуацию, и в норме само проходит через некоторое время, после чего человек принимается за действия по решению проблемы.

Что с этим делать?

1. Успокоить, объяснить её состояние, посочувствовать.
2. «А Вам раньше доводилось попадать в неожиданные ситуации?

Вы, наверное, сначала терялись, а потом находили способ решить проблемы, когда они переставали казаться столь страшными».

Чего делать нельзя.

Если женщина демонстрирует признаки растерянности, но не говорит о прерывании беременности, ни в коем случае нельзя в какой-либо форме предлагать ей прервать беременность! Не следует задавать пациентке вопрос о желании прервать беременность, лучше даже не упоминать слова «аборт» и «прерывание».

Амбивалентность (противоречивость, разнонаправленность)

В сознании женщины альтернатива аборт/роды всегда представлена как два возможных варианта развития событий. В связи с этим женщина, даже склоняясь к мысли о прерывании беременности (или утверждая, что она «уже все решила»), не может полностью отторгнуть или проигнорировать, не обдумывать возможность сохранения беременности и жизни с ребёнком. В душе она продолжает колебаться. Борьба этих двух вариантов приводит к внутреннему конфликту, переживание которого причиняет женщине страдания.

Что с этим делать?

1. Заметив признаки амбивалентности, следует спросить женщину, есть ли у неё хоть малейшие сомнения в правильности решения о прерывании беременности. Если сомнения есть, то лучше рекомендовать женщине отказаться от аборта и решать сопутствующие социально-психологические проблемы более адекватными методами (направить на консультацию к соответствующему специалисту, проинформировать о деятельности соответствующих служб, посоветовать ещё раз обсудить эту проблему с родственниками и т. д.). По-настоящему безвыходные ситуации встречаются довольно редко и, как правило, после серьезных размышлений и привлечения соответствующей помощи женщина или семья находят ресурсы,

обеспечивающие возможность вынашивания, рождения и воспитания ребёнка.

Данная рекомендация обоснована тем, что пациентки, реализовавшие решение о прерывании беременности в состоянии амбивалентности, в подавляющем большинстве случаев раскаиваются в своем поступке некоторое время спустя.

Многие из них сильно страдают и характеризуют свои дальнейшие переживания как «пожизненное чувство вины и горе». Особенно трагичными являются случаи, когда в результате аборта наступают осложнения, в том числе необратимые.

2. Если есть признаки амбивалентности, но женщина не говорит о своих колебаниях (но и не отрицает их), можно напрямую спросить у нее: «Вы сомневаетесь в принятом решении?» или проговорить своё впечатление в реплике специалиста обязательно должны прозвучать слова, указывающие на сомнения, колебания. Это даст женщине возможность раскрыть свои переживания. Если строить свой вопрос через слово «уверенность» (например, «Вы окончательно уверены в своем решении?»), то для пациентки это скорее будет означать необходимость формального подтверждения её согласия: «Я беседую с Вами, и у меня складывается впечатление, что Вы все ещё колеблетесь, что у Вас есть сомнения в том, что аборт – правильный выход». После подобных реплик женщина, скорее всего, заговорит о том, что её тревожит. Следует поощрять её к высказыванию амбивалентности («Расскажите об этом поподробнее», «Скажите, что именно заставляет Вас сомневаться?», «Каковы Ваши опасения в связи с абортом?»). Необходимо, чтобы женщина как можно более подробно высказалась. Это поможет ей лучше понять своё состояние, увидеть реальный уровень сложностей, более взвешенно принять решение.

3. Если женщина, явно проявляющая амбивалентность, на словах отрицает свои сомнения, полезно бывает указать ей на её невербальные проявления (например, так: «Хорошо, Вы уже все решили. Но почему Вы

плачете?»)». Если женщина признает, что ей все же тяжело принять это решение, можно продолжать беседу с целью выявления и осознания сомнений, амбивалентности, поиска альтернативного прерыванию беременности выхода.

4. После того, как пациентка выскажет свои сомнения и страхи, следует, на основании научных данных и клинического опыта, подтвердить, что из сказанного ею может реально произойти. Необходимо быть объективным, предоставлять правдивую информацию и избегать «ложного успокоения» пациентки. Например, женщина говорит, что боится медицинских осложнений и думает, что после аборта будет сожалеть о нерождённом ребенке. Специалисту следует честно подтвердить, что так действительно бывает, призвать женщину ещё раз сопоставить, с одной стороны, риск возможных последствий и, с другой стороны, усилия, которые от неё потребуются, если она решит сохранить беременность, при этом не забывая о её личных и внешних ресурсах, которые можно привлечь в этой ситуации. Она должна прочувствовать, решить, что для неё будет действительно лучше в масштабе всей жизни, а не ситуативно легче.

Чего делать нельзя:

1. Нельзя игнорировать яркие проявления амбивалентности. Колебания все равно через некоторое время тем или иным образом дадут о себе знать.

2. Нельзя, сталкиваясь с теми или иными проявлениями амбивалентности, обращаться к пациентке с общими фразами типа: «Не волнуйтесь, все будет хорошо», «Успокойтесь, все в порядке» и т. п. Во-первых, Вы не знаете, будет ли все хорошо. Ни один добросовестный врач не даст пациентке, идущей на прерывание беременности, гарантию безопасности и отсутствия осложнений. И что Вы будете делать, если случится так, что «не все хорошо»? Во-вторых, подобные реплики не успокаивают, а загоняют сомнения и переживания «внутрь» и создают лишь видимость спокойствия. Колебания, невысказанные и не проработанные,

могут в любой момент подняться на поверхность и сделать поведение женщины непредсказуемым, а могут, спустя довольно продолжительное время, выразиться в некоторых формах психического или психосоматического неблагополучия.

3. Нельзя скрывать эмоционально неприятную информацию об аборте (или просто обманывать пациентку) с целью её «успокоить». Во-первых, повторяем, Вы не можете дать гарантию того, что данная операция пройдет без осложнений. Во-вторых, по ныне действующим правовым нормам, пациент имеет право на информированное согласие на любое медицинское вмешательство. И в-третьих, просто с человеческой точки зрения, не забывайте о том, что прерывание беременности — это не просто операция, это очень серьезный шаг в жизни женщины и она имеет право идти на него с открытыми глазами, даже если это грозит определенными эмоциональными затратами для персонала.

4. Нельзя демонстрировать своё раздражение по поводу того, что женщина ещё не справилась со своими сомнениями и не приняла окончательное решение. Женщина не обязана принимать столь серьезное решение быстро и бесповоротно. От этого решения слишком много в её жизни зависит. Она имеет право получать информацию, задавать вопросы и на основании полученных данных пересматривать своё решение. Если Вы устали от этой конкретной пациентки, раздражены или ограничены во времени, лучше не торопить пациентку, а предложить ей проконсультироваться у кого-либо из Ваших коллег.

«Тоннельное сознание»

Это феномен, свойственный многим острым кризисным ситуациям, в частности, в подобном состоянии совершается большинство суицидов. «Тоннельное сознание» характеризуется тем, что человек не справляется с неожиданно «свалившейся» на него ситуацией, теряется и из множества возможных вариантов развития событий и собственного поведения видит только один (как будто находится в тоннеле). Известны случаи, когда

женщины, после подобных «успокоений», ложились на аборт, в последний момент уходили буквально с кресла, учиняли скандалы в отделении, преследовали врачей, которые их «обманули», отличительной чертой этого состояния является неспособность человека самостоятельно рассмотреть альтернативные варианты решения имеющейся у него проблемы (а порой даже задаться вопросом о наличии альтернативных вариантов).

В общем виде можно сказать следующее: прерывание беременности не является выходом из сложной ситуации. Просто женщина, не ожидавшая беременности, растерявшаяся, находясь в «тоннельном сознании», не видит альтернатив, воспринимает свою ситуацию как тупиковую.

Что с этим делать?

Прежде всего, нужно выслушать рассказ пациентки о причинах, жизненных сложностях, толкающих её на прерывание беременности. Слушать нужно внимательно, не перебивая, при необходимости задавать уточняющие вопросы. К тому, что говорит пациентка, следует относиться с доверием и уважением. Даже если Вам, как лицу не вовлеченному, её доводы кажутся абсурдными, для неё это – её реальные переживания, страхи, размышления. Вместе с пациенткой задаться вопросом, действительно ли то, что ей видится в будущем в связи с сохранением беременности, так неизбежно, тяжело, непереносимо. Может быть, она сможет справиться с этими сложностями. Целесообразно хотя бы коротко обсудить с пациенткой возможные альтернативы, привести известные из клинической практики или жизненного опыта примеры женщин, находившихся в подобной ситуации и нашедших возможность решить проблемы, не прибегая к аборту. В большинстве случаев срок беременности позволяет женщине потратить ещё несколько дней, она может хотя бы попробовать выйти из положения другим способом. А уж если не получится, то сделать аборт она ещё успеет.

При необходимости можно ознакомить пациентку с термином «тоннельное сознание», сообщить ей о том, что она сейчас находится в специфическом психологическом состоянии, которое известно в науке,

встречается в практике. Объяснить, что это состояние коварно и опасно тем, что «изнутри» него все видится гораздо более тяжелым, непреодолимым, неразрешимым, чем является на самом деле.

Чего делать нельзя:

Нельзя «заражаться» состоянием женщины и некритично воспринимать её доводы. Нельзя грубо её обрывать, произносить оценочные суждения по поводу её страхов и тем более её личности («Ну что Вы говорите! Это же просто чушь!», «Ерунда, это все глупости! Вам сколько лет?» и т. п.).

Тревога

Женщина, переживающая кризис прерывания беременности, испытывает много тревоги и страхов. Сюжет этих переживаний у каждой женщины свой, но общая черта все же есть: опасения женщины основаны на реальных сложностях, но, чаще всего, сильно преувеличены. Невольно вспоминается поговорка «У страха глаза велики». Это состояние коварно тем, что человек уже не может рассуждать здраво, трезво оценивать свои силы. Женщины, переменившие своё решение, сохранившие беременность, придя в себя, описывают это состояние как «временное умопомешательство» и бывают очень благодарны тем, кто помог им не поддаться панике. Это состояние носит транзиторный (преходящий) характер, оно со временем проходит. Однако если бы женщину в этот момент обследовал врач-психиатр, она могла бы получить диагноз из кластера «Расстройства, связанные со стрессом». В таком состоянии противопоказано принимать серьезные, ответственные решения.

Что с этим делать?

Прежде всего можно констатировать для женщины, что она пребывает в состоянии тревоги и растерянности. Следует предложить женщине не принимать окончательного решения в таком состоянии. Следует признать естественность и уместность её переживаний и тревог, реальность некоторых предстоящих проблем и трудностей, но при этом выразить надежду на то, что

она, возможно, недооценивает свои силы и возможности. Полезно предложить женщине обратиться к своему прежнему жизненному опыту, задать ей вопрос о том, случалось ли ей раньше попадать в ситуации, которые поначалу казались ей тупиковыми, но потом ей удавалось найти разумный конструктивный выход. Полезно бывает разобрать каждый сюжет страха по отдельности и поискать в жизни женщины (в её опыте, особенностях личности, эмоциональной и инструментальной поддержке со стороны родственников и знакомых, объективных обстоятельствах) ресурсы для субъективного и объективного преодоления высказанных опасений. Женщине можно посоветовать немного отдохнуть, выспаться, позаниматься чем-то для неё приятным, а после этого ещё раз обдумать свои тревоги, обсудить с членами семьи или консультантом, насколько они действительно правдивы и серьезны.

Чего делать нельзя:

Нельзя торопить женщину с принятием окончательного решения. В случае, если тревоги консультанта созвучны тревогам кризисной беременной, нельзя говорить «да, это действительно страшно» и «у меня то же самое». Авторитет, которым обладает консультант в глазах женщины, может сыграть злую шутку: подтверждение страха может усугубить и зафиксировать страх, с которым, возможно, женщина справилась бы без такой «помощи». Нельзя (в той или иной форме, из тех или иных побуждений) предлагать сюжеты для дополнительных страхов.

Подавленность

Кризисная беременность (неожиданная, начавшаяся при неблагоприятных, по мнению женщины, жизненных обстоятельствах) с эмоциональной точки зрения является тяжелым испытанием. Решение о прерывании беременности дается женщине нелегко. Фон настроения в этот период является сниженным, преобладают эмоции депрессивного спектра: тоска, печаль, растерянность, тревожно-депрессивные симптомы, апатия, чувство усталости, упадок сил, утрата интереса к прежде любимым делам.

Могут наблюдаться соматические компоненты депрессии: нарушения сна и аппетита, тягостные или болевые телесные ощущения. Обращаем внимание специалистов на то, что эти проявления могут быть связаны не с беременностью, а с сопровождающим её субдепрессивным состоянием. В тяжелых случаях может наблюдаться клинически выраженное реактивное депрессивное состояние.

Депрессивные реакции могут быть вызваны не только негативными событиями, но и позитивными значимыми переменами в жизни, так как подобные изменения, несомненно, являются стрессорами. В шкалу жизненных стрессов входят не только смерть близких, разводы, увольнения и т.д., но рождения детей, свадьбы, переход на новую (лучшую) работу. Депрессивное реагирование в этих случаях является своего рода «защитным торможением», которое дает человеку время адаптироваться к новым условиям. О возможности и динамике (тенденции к угасанию) таких реакций следует проинформировать женщину, переформулировать её подавленность, которую она воспринимает как «нежелание» беременности и рождения ребёнка, в естественную реакцию на значимое для неё событие.

Что с этим делать?

В случае, если женщина интерпретирует своё состояние (особенно соматические компоненты) как неблагоприятное течение беременности, ей следует разъяснить связь её самочувствия с чувством подавленности. Информировать женщину об особенностях восприятия и оценки информации в этом состоянии (переоценка тяжести событий, недооценка своих сил) и о транзитном (временном) характере данного состояния. Информировать женщину о том, что подобные состояния вызываются стрессами любой модальности: тот факт, что ей сейчас плохо, не обязательно говорит, что она не хочет этого ребёнка. Это может говорить о том, что ситуация, в которую она попала, очень значима для нее. Искать ресурсные сферы – источники удовольствия, эмоционального комфорта, «хорошего настроения», уверенности.

Чего делать нельзя:

Как и в случае с другими негативными переживаниями, искажающими оценку информации, консультанту нельзя «заражаться» этим эмоциональным состоянием и некритично воспринимать доводы женщины. С другой стороны, нельзя небрежно относиться к озвученным переживаниям и отзываться о них в легкомысленно-пренебрежительном тоне («Ерунда, на это даже не стоит тратить время»). Нельзя оказывать моральное давление, актуализировать страхи, чувство вины. Человек в состоянии подавленности практически беззащитен перед таким давлением.

Эмоциональная нестабильность

Настроение женщины может быть крайне нестабильным. Это является отчасти реакцией на стресс, а отчасти физиологическим состоянием, связанным с беременностью и обусловленным гормональными изменениями. Особенно это свойственно женщинам, которые и до беременности отличались импульсивностью, неустойчивостью аффекта. Выраженные колебания настроения являются противопоказанием для быстрой реализации решения о прерывании беременности, так как уже вечером после аборта эмоциональное состояние женщины может резко измениться. В таком случае женщина пожалеет об аборте, будет в нём раскаиваться, чувствовать себя виноватой или испытывать агрессию в адрес врача, давшего направление и совершившего вмешательство по прерыванию беременности. В редких случаях есть риск формирования у женщины суицидоопасного состояния вплоть до совершения попытки самоубийства.

Что с этим делать?

Необходимо спросить женщину, свойственны ли её характеру колебания (резкие смены) настроения или не замечала ли она за собой таких особенностей в последнее время (во время беременности), бывало ли с ней так, что она чувствовала себя совершенно беспомощной или подавленной в связи с какими-либо незначительными событиями, на которые она вдруг в свое время обратила бы гораздо меньше внимания.

Также нужно наблюдать за состоянием женщины во время консультации. Это даст дополнительную диагностическую информацию. Сообщить женщине о выявленных Вами особенностях её эмоциональной сферы и поделиться мыслью о том, что, в связи с этими особенностями, целесообразным является принятие решения в спокойной обстановке (можно обеспечить с помощью психологического консультирования) в течение некоторого более или менее продолжительного времени. Можно поделиться опасением, что, при смене эмоционального состояния, отношение к беременности и аборту, на который она сейчас записывается, также изменится.

Чего делать нельзя:

Пожалуй, в данном случае нельзя делать только одну вещь: быстро, по первому требованию выписывать направление на аборт. Особенно если день визита для записи и день предполагаемого прерывания беременности недалеко отстоят друг от друга.

Отрицание (психологическая защита)

Женщина в описываемом состоянии пытается защититься от неприятной для неё информации. В большинстве случаев женщины перед прерыванием беременности не хотят ничего слышать о возможных последствиях этой процедуры для их здоровья (и, косвенно, для здоровья их будущих детей), о том, как прерывание беременности может сказаться на психическом состоянии женщины и отношениях в её семье (в том числе, с рожденными детьми). Как правило, в ответ на попытки информирования о возможных осложнениях, пациентки приводят ряд стандартных возражений. Например, такие: «Не надо меня пугать, я и так нервничаю, мне и так тяжело», «Я все это знаю (читала, уже делала, сама медик и т. д.)», «Я уже решила, меня не удастся переубедить», «Я взрослый человек, сама отвечаю за свои поступки, сама в состоянии решить», «Да, все это страшно, но у меня нет другого выхода», «Не лезьте не в своё дело (мне в душу и т.п.)!».

Что с этим делать?

Консультанту следует иметь в виду, что попытки женщины отказаться от информации о прерывании беременности основаны не на имеющемся незнании или твердой решимости (как она сама пытается это представить), а на защитном механизме. В связи с этим некоторая настойчивость, проявленная консультантом, будет не бестактностью, а попыткой не оставлять пациентку

без помощи в тяжелой для неё ситуации. В случае выраженного отрицания консультант может начать свою речь примерно так: «Я понимаю, что Вы уже приняли решение. Я не могу и не имею право заставлять Вас его менять. И никто этого не может. Однако по действующему законодательству пациент имеет право на информированное согласие на любое медицинское вмешательство. Поэтому я обязан рассказать Вам о последствиях. Кроме того, часто бывает так, что женщины думают, что они знают достаточно, однако при наступлении осложнений выясняется, что это было не так, они потом жалеют о прерывании беременности и даже испытывают гнев по отношению к тем, кто их не предупредил, хотя должен был. «Я Вас не разубеждаю и не пугаю, я лишь исполняю свои служебные обязанности – даю Вам возможность принять решение не вслепую, а на основании достоверной информации, взвешенно и разумно».

Чего делать нельзя:

Категорически нельзя при сильно выраженном отрицании предъявлять эмоционально шокирующую информацию. Усиление психологической защиты (и, как следствие, невозможность эмоционального контакта с консультантом, доверия к нему и его словам) будет обеспечено. Нельзя конфронтировать с отрицанием женщины, что называется, «в лоб». Например, «Вы не хотите об этом думать, потому что боитесь. Но думать об этом и знать надо. А незнание не защитит Вас, и будет у Вас то-то и то-то». Отрицание – достаточно сложное в работе психолога явление. Оно может само ослабевать при установлении доверительных отношений, при

ощущении женщины, что она находится в психологической безопасности. Попытки «пробить» отрицание приводят к обратному эффекту.

Защитная агрессивность

Есть женщины, которые на попытки приступить к консультации реагируют агрессией. Агрессия может быть прямой – крик, упреки, брань и оскорбления, а может быть косвенной – неуместная ирония, перевод разговора на посторонние темы, молчание в ответ на вопросы и прочие проявления саботажа. Такого рода агрессия пациенток напрямую связана с сильным отрицанием и, соответственно, амбивалентностью. Естественной реакцией человека, столкнувшегося в такой ситуации с агрессией, является отступление. Однако, зная, чем вызвана агрессия в данном случае, необходимо попытаться все же работать с такой женщиной.

Что с этим делать?

Прежде всего, нужно попробовать снизить агрессию. Прямая конфронтация («Как Вы себя ведете? Вы сейчас разговариваете со специалистом, который выполняет свои прямые должностные обязанности!» и т. п.) здесь мало уместна, но в случае необходимости может быть допущена. Лучше начать со следующей фразы: «Я понимаю, что Вам очень неприятны разговоры на эту тему. Это тяжелое решение, и, похоже, Вы нервничаете. Здесь все понятно, я не обижаюсь. Но все же в мои обязанности входит проговорить с Вами некоторые моменты относительно намерения прервать беременность, проинформировать Вас о последствиях».

Далее можно по необходимости произнести текст, приведенный для работы с отрицанием. В работе с агрессивной женщиной консультант должен быть предельно мягок, терпелив и осторожен. Для консультанта может быть полезным обратить внимание на свои собственные чувства. Они могут дать диагностическую информацию о характере конфликтов пациентки (и, следовательно, это можно использовать как подсказку для выбора тематики дальнейшего разговора). Если при взаимодействии с женщиной консультант чувствует раздражение и желание «поставить её на место», то для женщины,

скорее всего, актуально давление со стороны кого-то из её окружения с целью склонения к тому или иному решению, борьба за отстаивание ею права принять своё собственное решение. Если же консультант чувствует безнадежность, бессилие, субъективную невозможность общаться с данной пациенткой, то весьма вероятно, что у женщины есть серьезные личные эмоциональные проблемы, связанные с данной беременностью, отношением к деторождению, имеющимся опытом материнства и т. п.

Необходимо относиться с критикой к привычным социальным стереотипам, например, к таким как: рождение ребенка до брака, рождение ребенка после 40 лет, рождение третьего и последующих детей. Несомненно, лучше рожать детей в браке и в тот период времени, когда организм молод и здоров, но подобные рассуждения могут быть уместны при подготовке к беременности или на этапе планирования отношений с мужчиной. В случае, если беременность уже наступила, необходимо не игнорировать, а принять эту реальность такой, как она есть, и начать искать вместе с женщиной позитивные стратегии, поддерживающие, помогающие, жизнеутверждающие, исключая разрушительное воздействие на женщину и ее внутриутробного ребенка.

Чего делать нельзя:

1. Отвечать агрессией. Это исключит возможность конструктивного диалога и сведет консультацию к ссоре/скандалу.
2. Относиться к такому поведению как к следствию твердого решения об аборте.
3. Поддаваться привычным социальным стереотипам восприятия ситуации женщины.

Одиночество

На что бы ни ссылалась женщина, аргументируя решение о прерывании беременности, как бы ни складывались обстоятельства её жизни, сколько бы людей из её окружения ни поддерживали (или разубеждали) её в этом решении, решение все равно принимает только она сама, она несет за

него ответственность, и именно ей, только ей одной предстоит перенести медицинское вмешательство со всеми вытекающими последствиями. Женщина очень одинока в этот период своей жизни. Она остро нуждается в поддержке и участии, во внимательном слушателе, который помог бы ей разобраться в чувствах, даже если она реагирует на помощь агрессивно.

Что с этим делать?

Консультант может попробовать озвучить, выразить словами ощущение одиночества. Это часто помогает в налаживании контакта, а также обостряет у женщины понимание масштаба взятой на себя ответственности, способствует осознанию женщиной себя уже не только жертвой обстоятельств, но и человеком, способным по-разному вести себя в этих обстоятельствах. Важно и то, что женщины, осознающие своё одиночество, беспомощность перед лицом данной проблемы, лучше откликаются на предложенную помощь, вовлекаются в поиск альтернативных путей выхода из кризиса, принимают поддержку.

Чего делать нельзя:

1. Неконструктивной представляется апелляция к «праву женщины самостоятельно распоряжаться своим телом». Дело как раз в том, что она может только самостоятельно им распорядиться. По большому счету ведь никто не разделит с ней ни физические последствия, ни моральную сторону того или иного решения. И «декларации», похожие на «это взрослый самостоятельный человек, который свободно принял данное решение» напоминают скорее оставление человека без помощи, чем уважение к правам личности.

Выводы по главе 2

На основе проведенного эмпирического исследования можно сделать следующие выводы:

- Исходя из проведенного описательного анализа, мы сделали следующие выводы: большинство женщин считают, что окружающий мир достаточно враждебен по отношению к ним, испытывают сомнения в том, что каждый получает то, что заслуживает, ощущают недостаточный контроль над происходящей ситуацией. Данная категория женщин не избегает проблем, а готовы их преодолевать за счет анализа ситуации и возможных вариантов поведения, а также выработки стратегии разрешения при участии информационной, эмоциональной и действенной поддержки окружающих людей. В ходе исследования было установлено, что основной копинг-стратегией у всех групп женщин, решившихся на медицинский аборт, является планирование решения проблемы. За направлением на прерывание беременности обращаются женщины репродуктивного возраста, здоровые, состоящие в браке или имеющие партнёра. У многих уже есть двое и больше детей, серьёзных материальных и жилищных проблем нет, хотя материальное положение как причина называется чаще всего. Отношение к аборт имеет негативную оценку.

- установлена следующая специфика социально-психологических факторов прерывания беременности у женщин разных возрастных групп: шкала «контроль» (недостаточный контроль – избыточный контроль) выше показатель во 2 группе – 36-45. Шкала «тревожность» выше в 1 группе – 20-35. По шкале «Локус контроля – Я» показатели выше у 2 группы – 36-45.

- При рассмотрении характера взаимосвязи личностных особенностей, психических состояний, копинг-стратегий, смысло-жизненных ориентаций, базисных убеждений и самооценки, получены следующие взаимосвязи: между показателем самоконтроля и показателем локус контроля – жизнь или управляемость жизни; показателем поиска социальной поддержки и

показателем доброжелательность окружающего мира; показателем планирование решения проблемы и показателем локус контроля – Я; показателем дистанцирование и показателем справедливость; показателем бегство-избегание и показателем самооценка.

- В структуре социально-психологических особенностей женщин выделились обобщенные переменные (5 факторов), которые характеризуются: вовлеченностью личности в социальную среду, способностью и потребностью установления межличностных контактов; ориентированностью на будущее и социальное одобрение; доминантностью поведения; оценением своей жизни; способностью к самоконтролю.

- Разработаны практические рекомендации психологам доабортного консультирования.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Материнство всегда было и будет главной составляющей жизнедеятельности женщины. В нём осознание её высшего предназначения и смысла жизни во всей его полноте. Поэтому проблема прерывания беременности была и останется актуальной всегда.

Целью нашего исследования было выявление социально-психологических факторов, определяющих выбор женщин разных возрастных групп при принятии решения об искусственном прерывании беременности и разработке практических рекомендаций психологам доабортного консультирования.

Конкретизировано научное представление о социально-психологических факторах искусственного прерывания беременности. Определены и обоснованы индивидуально-психологические особенности, копинг-стратегии, базисные убеждения, самооценка и психическое состояние женщин, взявших направление на процедуру прерывания беременности. Предложен комплекс методов исследования психологических факторов женщин, решившихся прервать беременность. Данные станут основой для более углубленного изучения психологии беременной женщины.

Полученные результаты имеют значение для осуществления профилактики проявления негативных психологических, личностных, ситуативных причин, провоцирующих принятие женщинами решения о прерывании беременности. Это позволит осуществлять более целенаправленное и адресное консультирование как самих женщин, планирующих прерывание беременности, так и медицинского персонала женских консультаций. Материалы исследования могут быть полезны при разработке лекционных курсов и спецкурсов по психологии развития психологии семейных отношений.

В результате проведенного исследования, гипотеза о том, что на решение о прерывании беременности оказывают влияние социально-

психологические факторы и личностные характеристики женщин, планирующих прерывание беременности; что на копинг-стратегии женщин, решившихся на прерывание беременности, влияют смысложизненные ориентации, самооценка личности, базисные убеждения; что у женщин разных возрастных групп меняется соотношение психологического, личностного и ситуативного обуславливания принятия решения об искусственном прерывании беременности; что решения об искусственном прерывании беременности обусловлено спецификой эмоциональной сферы, подтвердилась полностью, а разработанные рекомендации психологам доабортного консультирования, будут способствовать повышению компетентности специалистов и приобретению навыков эффективного взаимодействия с клиентами.

Таким образом, проблемой является не столько сама беременность, сколько отношение к ней. Поэтому задача психолога или врача акушера-гинеколога заключается в представлении нежеланной беременности с потенциально положительной стороны, подчеркивая в первую очередь радости материнства и стремясь максимально расширить поле восприятия ситуации и видение имеющихся возможностей её разрешения.

По полученным данным были составлены практические рекомендации психологам доабортного консультирования, так как проблемой является не столько сама беременность, сколько отношение к ней. Поэтому первая задача преабортного консультирования – отделить в сознании женщины беременность от предшествующих и сопутствующих проблем. Беременность не создаёт проблем жизни женщины, а только вскрывает те проблемы, которые уже давно существовали. Вторая задача консультирования – выявить истинные мотивы прерывания и сохранения беременности. Третья задача – это совместный анализ личностных и средовых ресурсов беременной, увидеть как женщина оценивает свои ресурсы, в чём видит самую проблемную сторону, и в чём – опору(сильная сторона ситуации).

ЛИТЕРАТУРА

1. Агарков В.А. Базовые принципы психотерапии последствий психической травмы. Нарушение регуляции возбуждения // Вопросы психологии экстремальных ситуаций. 2010. № 1. С. 11-16.
2. Адлер А. О нервическом характере. СПб.: Изд-во, 1997- 338 с.
3. Айвазян Е.Б. и др. Телесный и эмоциональный опыт в структуре внутренней картины беременности, осложненной акушерской и экстрагенитальной патологией // Вестн. Моск. ун-та. Сер. 14. Психология. 2002. №3. С. 3-9.
4. Анцупов А.Я., Шипилов А.И. Конфликтология: учебник для вузов. 4-е изд, испр. И доп. М.: Эксмо, 2009. - 551 с.
5. Белкина Е.А. Этико-философский анализ специфики дилемм биоэтики на примере проблемы прерывания беременности // Научные ведомости Белгородского государственного университета, 2011, №20, С. 243-247.
6. Берн Э. Игры, в которые играют люди. Люди, которые играют в игры или Games People Play. What Do You Say After You Say Hello? – М.: ЭКСМО-Пресс, Апрель Пресс, 2001. – 640с.
7. Гасратова А.И., Леут Е.В., Актуальность проблемы аборта. Медицинская и социальная значимость // Международный студенческий научный вестник, 2016, С. 1-10.
8. Гроф С. Холотропное сознание. Три уровня человеческого сознания и их влияние на нашу жизнь. – М.: АСТ, 2002. - 272 с
9. Дементий Л.И., Василевская Ю.Г. Особенности копинг-стратегий беременных с разным типом психологического компонента гестационной доминанты / Л.И. Дементий, Ю.Г. Василевская // Вестник Омского университета. Серия «Психология». – 2013. – № 1.С. 6-12.
10. Дойч Х. Психоанализ женских сексуальных функций. — М.: ERGO, 2013. – 108с.

11. Колесов Д. В. Нравственность и пол: психологические аспекты. М.: МСПИ: Флинта, 2000. 232 с.
12. Крюкова Т.Л., Куфтяк Е.В. Опросник способов совладания (адаптация методики WCQ) // Журнал практического психолога. М., 2007. № 3 с. 93-112.
13. Куликов Л. В. Психические состояния / Сост. и общая редакция Л. В. Куликова. СПб.: Питер, 2001. - 512 с.
14. Куценко О.С. Аборт или Рождение? Две чаши весов. / Пособие для психологов и других специалистов, работающих с женщиной и ее семьей в ситуации репродуктивного выбора. СПб: Любавич, 2011. – 392 с.: с илл.
15. Куценко О.С. Отношение матери беременной женщины как фактор, влияющий на решение о рождении ребенка // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. Социальная психология. 2010. Выпуск № 136. С. 163 – 173.
16. Леонтьев Д.А. Тест смысложизненных ориентаций (СЖО). – М.: Смысл, 2000. -18 с.
17. Летягина С.К. Сравнительный анализ социально-психологических факторов удовлетворительности браком в русских и осетинских семьях. Изв. Саратов. ун-та. 2012. Т. 1. Сер. Акмеология образования. Психология развития, вып. 3. С. 36-40.
18. Малюченко И.Ю. Психологическая помощь при постабортном синдроме и перинатальных потерях // Перинатальная психология и психология родительства. 2008. № 2. С. 84-92
19. Методическое письмо Минздрава России от 17.07.2017 № 15-4/10/2-4792 «Психологическое консультирование женщин, планирующих искусственное прерывание беременности».
20. Мустафаева А., Мамедов В., Медицинское право- составная часть биоэтики и новое направление юридической науки // Журнал-Евразийская адвокатура. 2013, № 6. С. 78-86.

21. Наследов А.Д. IBM SPSS Statistics 20 и AMOS: профессиональный статистический анализ данных. – СПб.: Питер, 2013. – 416 с.: ил.
22. Нартова-Бочавер С.К. «Coping behavior» в системе понятий психологии личности / С.К. Нартова- Бочавер // Психологический журнал. – 1997. – Т. 18. – № 5. – С. 20-30.
23. Основы психологической безопасности [Электронный ресурс]. Часть 3. Раздел: Становление воителя. – Режим доступа: http://becmology.ru/blog/warrior/security_intro03.htm#m10
24. Падун М.А., Котельникова А.В. Методика исследования базисных убеждений личности. Лаборатории психологии и психотерапии посттравматического стресса ИПРАН, Москва. 2007 г. - 206 с.
25. Пайнз Д. Бессознательное использование женщиной своего тела. Издательство: Восточно-Европейский Институт Психоанализа. 2000 г., - 198 с.
26. Петрова Н.Н. Психологические факторы искусственного прерывания беременности // Вестник Санкт-Петербургского университета. – 2006. – Сер. 11, Вып. 3. – С. 120-124.
27. Пренатальные факторы риска. Приказ Минздрава СССР от 22.04.1981 №430 «Об утверждении инструктивно-методологических указаний по организации работы женской консультации».
28. Психологическое доабортное консультирование. Методические рекомендации. Москва: «Центр общественных инициатив», 2009. -70 с.
29. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия. / М.: Изд#во журнала Status Praesens, 2011,- 688 с.
30. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. – М.: Бахрах-М, 2011.- 672 с.
31. Ранк О. Травма рождения и её значение для психоанализа. – М.: «Когито-Центр», 2009. - 239 с.

32. Саввина О.В. Причины легализации абортов в XX веке и современные дебаты о моральной допустимости абортов // Журнал - научная статья, 2014, №3, 20-28 с.
33. Севитова Н.Е.. Право на жизнь: аборт как этическая проблема современного общества // Научный журнал NovaInfo, 2016, №48, С. 35-41.
34. Сидорова Т.В., Аборт как социальное явление // Вятский медицинский вестник, 2009, №1 , - 145 с.
35. Турецкая Г.В. Женщина и работа: Совмещение работы и семьи различными категориями работающих женщин // Социологические исследования. 2001. №1.С. 181-186.
36. Филимонов С.В., Микиртичян Г.Л., Отношение врачей и населения к проблеме аборта и статуса эмбриона // Журнал акушерства и женских болезней , 2004, №3. С. 47-51.
37. Филиппова Г.Г. Психология материнства: Учебное пособие. — М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002. – 240 с
38. Фрейд З. Введение в психоанализ. Лекции / пер. с нем. М.: ООО «Фирма СТД», 2003,- 623с.
39. Фромм Э. Искусство любви. Исследование природы любви. — М.: Педагогика, 1990. – 156с.; СПб.: Азбука, 2001. – 221с.
40. Хантер А. Развитие терапии родовых и внутриутробных травм / А. Хантер, Ш. Уорд // Пренатальная терапия. – М., 1998. – С. 113–145.
41. Хеллингер Б. Порядки любви. Как жизнь и любовь удаются вместе. – М.: Институт консультирования и системных решений, 2013. – 360 с.
42. Хорни К. Психология женщины. Самоанализ. – СПб: Питер, 2013. – 320 с.
43. Хьелл Л., Зиглер Д. Теория личности. СПб., 2000. - 609 с.
44. Шайгородский Ю. Ж. Точка отсчета. – Омск, 1992. – С. 19–22.
45. Эльячефф К., Эйниш Н. Дочки-матери. 3-й лишний? Институт общегуманитарных исследований: Изд- во «Кстати», 2006.- 430 с.

46. Эриксон Э. Проблема эго-идентичности // Реферативный журнал, серия «Социология». 1991. № 2. С. 159.

47. Якухина В.И. Особенности детерминации решения о прерывании беременности у женщин разных возрастных групп // Вестник ГУУ. 2018. №9. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-determinatsii-resheniya-o-preryvanii-beremennosti-u-zhenschin-raznyh-vozzrastnyh-grupp> (дата обращения: 06.10.2019)

48. Epstein S. Cognitive-experiential, an integrative psychodynamic theory of personality // Bulletin of the Academy of Clinical Psychology. 2003. V.9. P.5-10.

49. Janoff-Bulman R. Rebuilding shattered assumptions after traumatic life events: coping processes and outcomes // Coping: The psychology of what works / Ed. C.R. Snyder. NY: Oxford University Press, 1998.

50. Maslow A.H. Neurosis as a Failure of Personal Growth // Humanitas. – 1966, III.

51. Psylab.info – энциклопедии психодиагностики. Гиссенский личностный опросник.