

ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ АБОРТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ МОЛОДЕЖИ

И. С. Морозова, К. Н. Белогай, Ю. В. Борисенко, Т. О. Отт

PROBLEMS OF PREVENTION OF ABORTIONS AT YOUTH

I. S. Morozova, K. N. Belogay, J. V. Borisenko, T. O. Ott

Статья подготовлена при финансовой поддержке РГНФ, в рамках научно-исследовательского проекта № 14-36-01016a1 «Уровни регуляции репродуктивного поведения и репродуктивное здоровье молодежи», 2014 – 2015.

В статье анализируется проблема абортного поведения молодежи. Представлены стратегии работы психолога в предабортном консультировании. Рассмотрена работа психолога с ресурсами женщины, планирующей сделать аборт, в зависимости от типа поведения беременной, а также от типа ситуации, в которой она находится. Представлен психологический анализ этапов принятия решения об аборте или рождении ребенка.

In article the problem of abortions at youth is analyzed. Strategy of work of the psychologist in preabortion consultation. Work of the psychologist with the woman's resources is considered, which plans to make abortion, depending on type of behavior of the pregnant woman, and the type of situation in which it is located. Presents a psychological analysis of the stages of decision making about abortion or the birth of a child.

Ключевые слова: абортное поведение молодежи, профилактика абортов, предабортное консультирование.

Keywords: abortive behavior of young people, prevention of abortion, pre-abortion counseling.

Охрана материнства и детства является одной из основных приоритетных задач государства. При сложившейся демографической ситуации сохранение каждой беременности, каждого жизнеспособного и здорового плода и новорожденного, снижение внутриутробной и младенческой смертности приобретает для современного общества важнейшее значение. Столь пристальное внимание к этой проблеме связано в первую очередь с демографической ситуацией, сложившейся в России. Предпринимаемые меры, к сожалению, не повышают рождаемость в нашей стране на должный уровень. Основным путем решения проблемы сохранения детородной функции женщин являются уменьшение числа медицинских и криминальных абортов, профилактика нежелательной беременности. Профилактировать нежелательную беременность приходится в основном женщине, поскольку именно она принимает окончательное решение о сохранении зародившейся в ее теле новой жизни, или отказе от нее. Поскольку многие поведенческие акты напрямую зависят от личностных особенностей человека, способность проектировать и прогнозировать результаты собственной активности не всегда входят в число актуализированных состояний. Именно этим объясняется ситуация возникновения беременности, которую партнеры не планировали, и проблема ее сохранения или прерывания актуализируется в сознании каждого из участников. По данным многочисленных исследований в Российской Федерации аборт рассматривается как самый простой, экономичный способ решения возникшей проблемы. Согласно данным, приводимым О. Н. Безруковой, в нашей стране до 30 % женщин вынашивают нежеланную беременность, каждый восьмой ребенок в стране рождается вне брака [1]. Для сравнения – в США примерно половина беременностей, заканчивающихся родами, не планировалась [11]. Несмотря на значительное снижение количества абортов по сравне-

нию с советской эпохой, Россия в последние годы удерживает первое место в мире по количеству абортов на душу населения [10].

Следует подчеркнуть разнонаправленность точек зрения представителей различных сфер жизнедеятельности на данную проблему. Медики акцентируют внимание на праве женщины принимать собственное решение и видят свою функцию в обеспечении сбережения физического здоровья. Социологи и демографы прогнозируют рост смертности и снижение количества детей. Педагоги и представители религиозных организаций и конфессий призывают к общественному мнению о необходимости воспитания и образования подрастающего поколения в сфере репродуктивного поведения.

Мы поддерживаем позицию А. О. Чахоян, согласно которой культура репродуктивного поведения включает в себя понимание моральной ответственности за последствия полового контакта и соответствующий выбор средств по предотвращению нежелательной беременности [11]. Именно формирование культуры репродуктивного поведения, расширение представлений молодежи о различных способах контрацепции должна стать основой профилактики искусственных абортов, сохранения и укрепления репродуктивного здоровья населения, главным образом, молодого поколения [2]. Мы считаем важным подчеркнуть, что проблема выбора средств профилактики аборта прямо коррелирует со способами решения задач по укреплению института семьи, возрождению и сохранению духовно-нравственных традиций семейных отношений.

Осуществляя теоретико-методологический анализ причин выбора аборта в качестве способа репродуктивного поведения как системы действий, определяющих рождение или отказ от рождения ребенка, мы считаем важным остановиться на феномене брачно-семейных отношений. Нами сформулировано заключе-

ние о том, что произошли значительные изменения в содержании представлений о природе брака: из институционального явления, которое регулируется нормами и правилами, принятыми в конкретном социуме, он становится относительно свободным соглашением между супругами, своеобразным партнерством. Происходящее в сознании современного молодого человека разделение брачности, сексуальности и прокреативности, приводит к тому, что брак рассматривается людьми не только и не столько как способ удовлетворения потребности в детях, сколько как возможность удовлетворения других индивидуальных потребностей – эмоциональных, сексуальных, потребностей в личностной самореализации [8].

Данные, полученные в результате наших исследований, свидетельствуют о том, что факторы регулирования рождаемости на уровне личности, такие как потребность в детях, репродуктивные мотивы, индивидуально-психологические характеристики личности, ценность самого ребенка, психологическая готовность к родительству [7], оказывают определяющее воздействие на решение о рождении или отказе от рождения ребенка. Содержательные характеристики ценностно-смысловой сферы напрямую взаимосвязаны, на наш взгляд, с ориентацией женщин на абортное или контрацептивное поведение. При этом следует отметить, что если проблема контрацепции в основном касается вопросов выбора способов и ответственности, то проблема абортов связана с отношением к человеческой жизни, этическими, правовыми, политическими, экономическими вопросами, которые в каждой стране, в каждой семье и каждом случае решаются по-разному. И часто такое решение связано с отсутствием элементарных знаний, нежеланием брать на себя ответственность за жизнь другого человека, давлением ситуативных обстоятельств. Именно поэтому актуализируется проблема профилактики абортного поведения.

Эта проблема носит интегративный, всеобъемлющий характер и предполагает поиск решений, реализация которых определяется совместными действиями представителей различных сфер деятельности.

Именно поэтому задачей всех специалистов, работающих с молодежью, является разработка программ, методов и методик работы по формированию репродуктивной культуры поведения в различных жизненных ситуациях.

Мы предлагаем рассмотреть следующие направления профилактической работы с женщинами в ситуации кризисной беременности:

- расширение информационного пространства (книги, листовки, брошюры, видеоматериалы);
- проведение социальных акций (памятник нерожденным детям, молебен за убитых в утробе);
- сопровождение процесса формирования ценностно-смысловой сферы человека на различных возрастных этапах (беседы о семейных ценностях, проведение тематических конкурсов, фестивалей, парадов);
- оказание социально-психологической помощи (создание центров помощи беременным и их семьям в трудной ситуации, организация волонтерского движения, обучение специалистов).

Особое значение, на наш взгляд, приобретает наличие обязательного преабортного консультирования.

Деятельность психолога по доабортному консультированию осуществляется на основании приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 01.06.2007 № 389 «О мерах по совершенствованию организации медико-социальной помощи в женских консультациях». В качестве основной функции кабинета медико-социальной помощи заявлены мероприятия по предупреждению абортов, воздействие на психику женщины по формированию у женщины осознанной необходимости вынашивания беременности и дальнейшая поддержка в период беременности.

Востребованность практики доабортного консультирования актуализируется в сознании всех сотрудников акушерско-гинекологической службы. По мнению и теоретиков, и практиков женщина, желающая прервать беременность, перед получением направления на операцию, должна посетить специалиста по доабортному консультированию, и только потом принять окончательное решение.

Рассмотрим особенности проведения доабортного консультирования. В качестве первой особенности следует остановиться на задачах консультанта. В рамках решения первой задачи консультанту необходимо отделить в сознании женщины беременность от предшествующих и сопутствующих проблем. Актуализированная проблема женщины, оказавшейся в ситуации кризиса, требует осознания и разделения собственной точки зрения и позиции окружающих ее людей. Приходя на консультацию по принуждению, женщина чувствует чужое влияние, переживает собственную беспомощность и как результат не принимает на себя ответственность за решение. В литературе такие клиенты обозначены как «немотивированные» [4]. Такая ситуация представляет собой очевидный источник стресса для консультанта любой теоретической ориентации – неважно, в каком учреждении это происходит. Консультант вынужден помогать человеку, который не осознает необходимости ее для самого себя. Если немотивированный клиент все-таки вынужден по каким-либо причинам посещать консультанта, обычно свое нежелание взаимодействовать он выражает по-разному: пропускает встречи, безразличен ко всему, что происходит во время консультирования, отказывается принять долю ответственности за процесс консультирования. Иногда клиент всем своим видом показывает, что он просто отсиживает положенное время.

Следующая задача консультирования заключается в том, чтобы выявить настоящие мотивы прерывания и сохранения беременности. В рамках реализации исследовательского проекта нами была разработана методика и изучены репродуктивные мотивы современной молодежи. Результаты свидетельствуют об изменении ценностно-смыслового аспекта репродуктивного поведения молодежи. Так, среди причин отказа от рождения ребёнка доминирующую позицию занял мотив, отражающий субъективное отношение к материальным (финансовым) затруднениям. Следующим по степени значимости оказался мотив, показывающий отсутствие стабильности в отношениях с партнёром. На третьем месте – мотив, также отражающий субъективное отношение к материальным трудностям (отсутствие собственного жилья) [6].

В процессе консультации важно помочь женщине осознать и откорректировать деструктивные мотивы сохранения беременности. Консультант должен стремиться к ослаблению напряженности. Упоминание об аборте в самом начале взаимодействия ставит барьер между консультантом и клиентом. Выстраивая диалог, консультанту необходимо отказаться от собственных интерпретаций. Расширяя репертуар когнитивных схем клиента, консультант обогащает эмоциональный опыт клиента, обеспечивает осознание и усвоение вариативных форм поведения в будущем.

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

1. *Первая реакция женщины на новость о беременности.* Осознавая себя в настоящем, женщина может оценить сложившуюся ситуацию и как позитивную, и как негативную.

2. *Сбор мнений.* Будучи членом определенной социальной группы, женщина информирует близких ей людей о беременности, получает в ответ определенные эмоциональные реакции, оценки, возможные варианты поведения. Возможно полное, частичное совпадение или не совпадение внешних оценок с внутренней позицией женщины.

3. *Провозглашение решения.* Женщина приходит в абортарий на операцию или сохраняет беременность. К этому моменту ее позиция, сформировавшаяся в момент получения новости о беременности, может укрепиться или измениться. На этом этапе осуществляется определенное действие.

4. *Оценка решения.* Отношение к свершившемуся факту может иметь краткий или растянутый во времени период формирования. Если первые три этапа требуют динамического отношения к принятию решения, то проживание последнего этапа зависит от индивидуально-психологических особенностей женщины, ее возраста, наличия или отсутствия других детей. Исследователи указывают на феномен «годовщины» – периода осмысления последствий своего поступка, оценки нереализованных возможностей, «тоски» по нерожденному ребенку [10]. Переоценка решения наступает иногда сразу, иногда через 15 – 20 и больше лет, иногда не наступает вовсе.

На следующем этапе доабортного консультирования консультант стремится помочь женщине найти внутренние ресурсы для преодоления кризисной ситуации, понять и осознать собственные установки и диспозиции относительно сложившейся ситуации и ее возможных последствий. Консультант создает условия для осуществления самостоятельного анализа причин возникновения кризисной беременности, оценки способов ее проживания или прерывания, прогнозов дальнейшего будущего, наступление которого возникнет обязательно при любом принятом решении.

Осуществляя совместный анализ ресурсов беременной, консультант организует обсуждение сильной и слабой стороны сложившейся ситуации. Чтобы не усилить противодействие, целесообразно вначале поговорить о «положительных последствиях»: «Каковы возможные последствия, если вы сделаете это? Что вы получите, приобретете в результате?». После того как женщина высказала все «за», психолог говорит: «Како-

вы возможные последствия, если вы не будете делать аборт, родите ребенка? Что вы получите, приобретете?». Важно помочь осознать клиенту, что данная ситуация не конечна. Последствия будут у любого решения. Каждый период развития содержит различный потенциал динамичности, в стабильные периоды этот потенциал ниже, в критических ситуациях он выражен более значительно. Сопровождая процесс переживания клиентом ситуации выбора, консультант помогает клиенту понять, что критические периоды содержат в себе как потенциал развития, так и регресса личности. Консультант должен очень четко выделять наличие этих противоречивых тенденций и сориентировать клиента на потенциал его развития.

Следует подчеркнуть, что каждая консультация неповторима и индивидуальна. Поиск решения, его реализация всегда зависит от женщины (наличие опыта прерывания беременности или его отсутствие, наличие детей, социальный статус, принадлежность к референтной группе, иерархия причин, подталкивающих её к выполнению принятого решения). Реализация решения во многом зависит от внешних факторов (члены семьи, прародители, родственники, друзья, общественное мнение).

Важный аспект для профилактики abortивного поведения – поиск ресурсов беременной женщины. К. Муздыбаев определяет ресурсы как все то, что человек использует, чтобы удовлетворить требования среды и совладать с ситуацией. Успешность адаптации к беременности напрямую зависит от характера и степени наличных и доступных ресурсов. Различают два крупных класса ресурсов: личностные ресурсы (психологические) – навыки и способности индивида, его психологические особенности и средовые (социальные) ресурсы, которые отражают доступность инструментальной, моральной и эмоциональной помощи со стороны социума. К личностным ресурсам беременной следует отнести уверенность в себе, психологическую готовность к материнству, конструктивные мотивы сохранения беременности, ценностную сферу, ориентированность на семью и ребенка. Все это будет теми ресурсами, которые поспособствуют адаптации к беременности и ее сохранению. Напротив, инфантильность, неумение брать на себя ответственность за свои поступки, психологическая неготовность к материнству, деструктивные мотивы сохранения беременности, ценности, вступающие в конфликт с принятием роли матери, будут способствовать выбору аборта. Средовые ресурсы – это наличие эмоциональной, материальной поддержки семьи, друзей, социальная защищенность на работе, наличие минимальной финансовой базы для обеспечения ребенка помогут принять решение в пользу сохранения беременности. Напротив, отсутствие жилья, отвержение со стороны родных, чувство социальной незащищенности и нестабильности будут подталкивать к мысли об аборте [9].

Рассмотрим типы поведения женщин и возможные действия консультанта (таблица).

Взаимодействие консультанта и клиента

№	Тип поведения клиента	Действия клиента	Действия консультанта
1	<i>Агрессивная закрытость.</i>	Дает односложные ответы. Воспринимает вопросы как копание в душе.	Демонстрирует позитивное отношение. Задает вопросы о том, что она знает по внутриутробному развитию ребенка, по процедуре аборта. Использует макеты внутриутробного развития, называет слова «ребенок», «мама», «радость». Использует техники выяснения. Применяет адекватный словарь.
2	<i>Молчаливое недоверие.</i>	Дает односложные ответы, но более отзывчива. Готова слушать. Берет информационные материалы с собой. Откликается на реальное предложение помощи.	Побуждает женщину назвать какие-либо причины выбора, чтобы было о чем говорить. Использует техники перефразирования. Выражает мысль клиента своими словами. Предлагает помощь (вещи на ребенка, продукты, подарочные книги).
3	<i>Частичная открытость.</i>	Говорит о мотивах прерывания беременности. Описывает частично свою ситуацию. Сдерживает слезы, стесняется и не желает показывать свои эмоции чужому человеку.	Поддерживает в проявлении эмоций. Использует приемы резюмирования, дальнейшее развитие мыслей собеседника. Сообщает о восприятии партнера, о том, как клиент воспринимается. Отражает чувства, демонстрируя понимание эмоционального состояния клиента и помогая осознанию своего эмоционального состояния.
4	<i>Доверительная открытость.</i>	Аргументирует варианты решения, описывает сомнения. Спрашивает совета, открыта к проявлению эмоций.	Активно слушает, способствует раскрытию, осознанию собственных мотивов и смыслов. Демонстрирует аутентичность, положительное и безоценочное отношение.
5	<i>Активный поиск (требование помощи).</i>	Открыта, настойчива. Чаще всего при получении помощи и просто моральной поддержки сохраняет беременность. Уходит от психологической работы по осознанию и прогнозированию будущего.	Обозначает границы помощи. Учитывает факт частичного принятия помощи именно в данной ситуации. Прогнозирует риски повторения подобной ситуации.

На заключительном этапе консультации консультант должен руководствоваться идеей о том, что принимать решение должна сама женщина, так как именно она не только создаст условия для рождения новой жизни, обеспечит ее физическое и психическое развитие, но и будет сопровождать становление личности, ее социализацию. Важно прогнозировать возможность прерывания беременности на более позднем сроке, если решение оказалось не достаточно осознанным самой женщиной, принятым под давлением со стороны консультанта.

Реализованная потребность отреагировать свои опасения и страхи, полученный во время консультации опыт переживания возможных вариантов решения, проведенный анализ идеальных перспектив осуществленных действий позволят женщине более уверенно смотреть в будущее и воспринимать его с определенной долей позитива. В ходе консультации необходимо отмечать возможные повторы, возвращения к определенным вопросам. Они указывают на самые интенсивные реакции, на наиболее эмоционально окрашенные области жизненного опыта. Такие повторы выполняют роль рубежных «показателей», и их учет обеспечивает достижение более высоких результатов самой консультации.

Помимо индивидуальной работы с кризисной беременностью эффективной, на наш взгляд, является тренинговая работа с молодыми женщинами (18 – 25 лет) по программам формирования материнской позиции и контрацептивной культуры женщин – выбора контрацепции в противовес аборту [10].

Обобщая полученные в работе результаты, мы можем утверждать, что программа по доабортному консультированию должна быть направлена на решение следующих проблем:

- 1) мотивирование женщины на обсуждение альтернативных способов поведения;
- 2) поиск конструктивных мотивов в мотивационной структуре женщины, поиск контраргументов и проработка причин отказа от рождения ребенка;
- 3) обнаружение неосознаваемых барьеров в отношении рождения ребенка и их проработка (чему помогает использование рисуночных и эмоционально-образных приемов в работе).

Литература

1. Безрукова О. Н. Материнство в контексте социальных и психологических проблем репродуктивного здоровья // Биосоциальная природа материнства и раннего детства / под ред. А. С. Батуева. СПб.: СПбГУ, 2007.
2. Гаврилова Л. В. Репродуктивное поведение населения РФ в современных условиях // Планирование семьи. 1997. № 4. С. 8 – 6.
3. За жизнь. Защита материнства и детства: опыт и методика работы / сост.: С. В. Чесноков, свящ. И. Тарасов. М.: Лепта Книга, 2011. 464 с.
4. Кочюнас Р. Основы психологического консультирования. М., 2000.
5. 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., 2011. Режим доступа: <http://www.prolife-science.ru>
6. Морозова И. С., Белогай К. Н., Борисенко Ю. В., Отт Т. О. Апробация опросника «репродуктивные мотивы» // Вестник Кемеровского государственного университета. 2014. № 3(59). Т. 3. С. 140 – 145.
7. Морозова И. С., Белогай К. Н., Борисенко Ю. В., Отт Т. О. К проблеме детерминации репродуктивного поведения молодежи // Вектор науки Тольяттинского государственного университета. 2014. № 1(27). С. 130 – 134.
8. Морозова И. С., Белогай К. Н., Борисенко Ю. В., Отт Т. О. Построение уровневой модели регуляции репродуктивного поведения молодежи // Вестник Кемеровского государственного университета. 2014. № 2-1. С. 167 – 172.
9. Муздыбаев К. Стратегия совладания с жизненными трудностями. Теоретический анализ // Журнал социологии и социальной антропологии, 1998. Вып. 2. Т. 1.
10. Технологии формирования конструктивной репродуктивной мотивации и профилактики abortивного поведения молодежи: учебно-методическое пособие / сост. И. С. Морозова, К. Н. Белогай, Ю. В. Борисенко, Т. О. Отт. Кемерово, 2014. 156 с.
11. Чахоян А. О. Врач акушер-гинеколог как агент формирования репродуктивного поведения женщины: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Волгоград, 2011.

Информация об авторах:

Морозова Ирина Станиславовна – доктор психологических наук, профессор, заведующая кафедрой общей психологии и психологии развития КемГУ, ishmorozova@yandex.ru.

Irina S. Morozova – Doctor of Psychological Sciences, Professor, Head of Chair of General Psychology and Psychology of Development, Kemerovo State University.

Белогай Ксения Николаевна – кандидат психологических наук, доцент кафедры общей психологии и психологии развития КемГУ, belogi@mail.ru.

Kseniya N. Belogay – Candidate of Psychological Sciences, Senior Lecturer, Department of General Psychology and Psychology of Development, Kemerovo State University.

Борисенко Юлия Вячеславовна – кандидат психологических наук, доцент кафедры общей психологии и психологии развития КемГУ, evseenkova@mail.ru.

Juliya V. Borisenko – Candidate of Psychological Sciences, Senior Lecturer, Department of General Psychology and Psychology of Development, Kemerovo State University.

Отт Татьяна Олеговна – кандидат психологических наук, доцент кафедры общей психологии и психологии развития КемГУ, Olegovna5555@ya.ru.

Tatyana O. Ott – Candidate of Psychological Sciences, Senior Lecturer, Department of General Psychology and Psychology of Development, Kemerovo State University.

Статья поступила в редколлегию 14.07.2015 г.