

ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ ЖЕНЩИН, ПРЕРЫВАЮЩИХ БЕРЕМЕННОСТЬ АБОРТОМ

А.Н. Юсупова, О.Н. Камышева

*Кафедра биомедицины и медицинского права с курсом истории медицины (зав. — проф. В.Ю. Альбицкий)
Казанского государственного медицинского университета*

Согласно нашим исследованиям, выбор аборта как метода регулирования рождаемости во многом обусловлен субъективными причинами. Нерегулярное использование многими женщинами доступных им современных противозачаточных средств, игнорирование профилактики непланируемой беременности в принципе, несмотря на информированность о вреде аборта, опасение, мотивированное возможным вредным воздействием контрацептивных средств, неуверенность в достоверности информации по предохранению от нежелательной беременности отмечены нами у 77,9% женщин [1].

Полученные данные позволяют предположить, что личностный психологический фактор может играть существенную роль в репродуктивном и контрацептивном поведении женщин. Однако указанному аспекту репродуктивного здоровья до настоящего времени не уделялось должного внимания, и работ, посвященных данной проблеме, в отечественной литературе практически нет. Поэтому для изучения психологического статуса, оказывающего влияние на выбор аборта, нами были обследованы 200 женщин, обратившихся в женские консультации и гинекологические отделения г. Набережные Челны для прерывания беременности. Для психологического тестирования были использованы широко известный тест на личностную тревожность, разработанный Ч.Д. Спилбергом (США) и адаптированный Ю.Л. Ханиным, и опросник PEN Ганса и Сибиллы Айзенк в сокращенном варианте (исследовались психотизм и нейротизм).

Личностная тревожность характеризует склонность воспринимать большой круг ситуаций как угрожающие, реагировать на такие ситуации состоянием тревоги. Она предполагает личностную особенность к появлению тревоги, сомнений и неуверенности в ситуациях, оценки своей компетентности, действий и принимаемых решений. Шкала самооценки личностной тревожности определяет три уровня тревоги: низкий, умеренный и высокий. Последний прямо коррелирует с наличием психологических срывов, неадекватным поведением и психосоматическими заболеваниями, которые являются результатом высокой чувствительности к стрессу у лиц с этой личностной особенностью.

Шкала нейротизма и психотизма также отражает три степени реакций, характерных для подобных психических состояний. Человеку с высоким нейротизмом свойственны сверхчувствительные реакции, напряженность, тревожность, недовольство собой и окружающим миром. Шкала психотизма свидетельствует о способности к девиантному поведению, неадекватности эмоциональных реакций, высокой конфликтности лиц, имеющих высокие оценки по данной шкале.

Результаты наших исследований, продемонстрированные в табл. 1, показывают, что у обследованных женщин первое место по выраженности занимает тревожность. На втором месте стоит нейротизм, на третьем — психотизм. Полученные данные свидетельствуют о том, что доля лиц с интенсивно выраженными психическими реакциями среди женщин, прерывающих беременность искусственным абортом, очень значительна. Это значит, что психологический портрет подавляющего большинства из них не способствует позитивной адаптации, и их состояние, мотивации, поведение и поступки, исходя из присущих им особенностей, могут заметно отличаться от общепринятых.

Следует обратить внимание на то, что чем выше уровень тревожности, тем сильнее выражены нейротизм и психотизм (табл. 2). Следовательно, у женщин данной группы риск неадекватных психических реакций и вытекающих из этого последствий весьма высок.

Результаты анализа влияния социально-экономических факторов на примере материальной обеспеченности и жилищных условий показали, что они имеют значение главным образом для интенсивности психотизма: у 54,6% обследованных женщин с сильной выраженностью психических реакций — низкая и очень низкая обеспеченность, а 75,0% из

них живут в неблагоприятных жилищных условиях. Женщины с высокой тревожностью и высоким нейротизмом в большинстве случаев имеют среднюю и высокую материальную обеспеченность (85% и 91,2% соответственно) и проживают в отдельном собственном жилье (61,4% и 68,6% соответственно). При этом у лиц с высоким нейротизмом жилищно-бытовые условия и материальная обеспеченность не всегда хуже, чем у лиц с более низким уровнем нейротических реакций.

Большинство женщин с высоким уровнем тревожности (44,2%), нейротизма (39,4%) и психотизма (66,7%) не имеют семьи или живут в неполной семье. Возможно, характерные для этой категории женщин эмоциональная неустойчивость и конфликтность, особенно у женщин с высоким психотизмом, не способствуют согласию и взаимопониманию, созданию и укреплению семьи. Не случайно, что, например, 10,5% женщин с высокой тревожностью и 41,7% с высокой степенью психотизма проживают без мужа,

находясь при этом в зарегистрированном браке и, наоборот, у 25,0% женщин с высокой степенью психотизма, у 18,6% женщин с высокой тревожностью и у 17,0% женщин с высоким нейротизмом, проживающих с мужем, брак не зарегистрирован.

Можно предположить, что такие особенности семейной жизни являются причиной того, что у большинства обследованных с высокой степенью выраженности изучаемых личностных психологических реакций нет детей или имеется один ребенок. К этой группе относятся 68,6% женщин с высокой тревожностью, столько же — с высоким нейротизмом и 70,0% — с высоким психотизмом.

Высшее образование имели 20,9% женщин с высокой степенью тревожности, 17,1% — с высоким нейротизмом и всего 9,1% — с высоким психотизмом. Для женщин со средней и низкой выраженностью соответствующих реакций эти показатели выглядят следующим образом: для тревожности — соответственно 26,8% и 50,0%, для нейротизма — 24,7% и 37,5%, для психотизма — 22,1% и 28,1%. Отсюда социальный статус и семейное положение женщин с высокой тревожностью, психотизмом и нейротизмом могут быть источником неудовлетворенности, которая, в свою очередь, дополнительно к предрасположенности, трансформируется в отрицательные эмоции, приводящие к стрессу и различным нарушениям здоровья.

Сравнительный анализ заболеваний, которые были обнаружены у обследованных, выявил, что женщин с высокой степенью выраженности психических реакций как с общесоматическими, так и с гинекологическими болезнями больше, чем со средним и низким уровнем личностных психических реакций: 51,3% против 46,5% и 20,2% относительно общесоматической патологии и соответственно 57,9% против 52,2% и 30,3% относительно гинекологической. Что касается отдельных нозологических единиц, то относительно выше у этой группы женщин число заболеваний сердечно-сосудистой системы (17,7% против 9,7% и 2,5%), инфекционных и паразитарных заболеваний (4,1% против 0,5% и 0,0%), дисфункций яичников (8,0% против 5,3% и 0,0%) и доброкачественных новообразований гениталий (11,7% против 3,9% и 0,5%).

Таким образом, выраженность тех или иных личностных особенностей, первично детерминированных или вторично обусловленных, определяет в значительной мере различные возможности адаптации женщин в среде их обитания, влияет на уровень интеллектуального и социального роста, состояние здоровья, характер и мотивацию поступков. Об этом же свидетельствует их репродуктивное и контрацептивное поведение.

Несмотря на то, что у большинства обследованных с высокой степенью выраженности психологических реакций не было детей или они имели одного ребенка, 42,9% из них обратились по поводу прерывания первой беременности и 53,7% — по поводу прерывания второй. Это значительно выше числа обратившихся женщин по аналогичному поводу с более уравновешенными личностными реакциями. Например, женщин с умеренной тревожностью, прерывающих первую беременность, было 18,6%, вторую — 32,6%, женщин со средней степенью нейротизма — соответственно 33,0% и 34,1%, с такой же степенью психотизма — 35,8% и 26,9%. Более того, на вопрос об их действии в связи со следующей беременностью 37,7% женщин с высокой тревожностью, 33,3% с высоким нейротизмом и 45,4% с высоким психотизмом ответили, что они снова сделают аборт. Число женщин со средним уровнем соответствующих личностных реакций, ответивших аналогично на заданный вопрос, составило 28,6%, 26,5% и 29,9%. И все же большинство женщин (72,9% — с высокой тревожностью и 81,3% — с высоким нейротизмом) понимают, что необходимо предохраняться, чтобы не было нежелательной беременности. Такой диссонанс между пониманием проблемы и реальным поведением женщин с высокой тревожностью и выраженными невротическими и психотическими реакциями более правомерно, на наш взгляд, рассматривать в плоскости их психологии, нежели в области социальных и медико-биологических проблем.

Анализируя информированность женщин по вопросам планирования семьи и их контрацептивное поведение, мы выявили, что их информированность о современных высокоэффективных контрацептивах независимо от разницы психологических реакций была выше, чем о традиционных противозачаточных средствах. О первых из них (главным образом ВМС и гормональные таблетки) знали 62,4% женщин с низкой степенью выраженности личностных реакций, 57,5% — со средней степенью и 50,6% — с высокой. Несколько больше обследованных женщин отдавали предпочтение современным контрацептивам в будущем (62,8%, 61,6% и 56,9% соответственно). О вреде аборт были информированы также практически все женщины, участвующие в исследовании: с низкими уровнями реакций — 98,3%, со средними — 92,0% и с высокими — 91,9%.

Вместе с тем большинство женщин предохранялись от настоящей нежелательной беременности традиционными методами, отдавая первенство таким, как биологическая схема, прерванный половой акт и презерватив, и чем интенсивнее были выражены тревожность, нейротизм и психотизм, тем чаще применялись традиционные неэффективные контрацептивные методы и средства. Например, обследованные с высоким невротизмом использовали традиционные методы и средства в 79,1% случаев, со средним — в 70,3% и с низким — в 65,0%.

Уровень знаний по вопросам планирования семьи (контрацепции) снижается с ростом интенсивности психологических реакций. Число женщин в целом, с высокой степенью тревожности и с такой же степенью нейротизма и психотизма, которые не умели применять имеющиеся у них контрацептивные средства, считали свою информацию о контрацептивах недостоверной и боялись осложнений, связанных с использованием противозачаточных средств, составило 53,5%, со средней степенью выраженности соответствующих реакций — 37,9% и с низкой — 31,9%. От 6,3% женщин с низкой до 20,2% с высокой выраженностью личностных реакций (с высоким психотизмом до 36,4%) расценивали работу женской консультации по вопросам информирования и обучения методам контрацепции как неудовлетворительную.

Среди нерегулярно применяющих противозачаточные средства также было больше женщин с высокой степенью личностных психологических реакций — 12,0% (с высоким психотизмом — 27,3%) против 9,6% со

средней степенью и 9,9% с низкой.

Роль такой причины возникновения нежелательной беременности, как отсутствие необходимых контрацептивов, у женщин данной группы меньше. На эту причину указали 18,9% женщин с личностными реакциями высокой степени интенсивности по сравнению с женщинами со средней (24,0%) и низкой (25,7%) степенями. Это вполне закономерно, поскольку они чаще пользуются традиционными методами и средствами контрацепции, которые наиболее доступны и просты в применении.

Итак, подавляющее число женщин, прерывающих беременность искусственным абортom, склонны к максимально выраженным негативным психическим реакциям, которые имеют устойчивый характер. Личностные особенности женщин этой категории препятствуют нормальной адаптации их в окружающей среде, трансформируются в отрицательные эмоции и ухудшают здоровье, являясь определяющим фактором в неадекватном поведении, поступках и отношении к различным ситуациям.

Мы полагаем, что подобные личностные психологические характеристики женщин доминируют в организации их микросоциума, репродуктивном и контрацептивном поведении и в предпочтительности прерывания беременности ее профилактике. Следовательно, эти женщины представляют собой группу высокого риска распространенности абортom, различных нарушений репродуктивной функции на всех этапах ее реализации и воспроизводства потомства.

Личностные психологические особенности подобного рода не являются изначально негативной чертой. Достичь их оптимального уровня возможно путем применения различных корректирующих методов. Для этого в женских консультациях и учреждениях планирования семьи необходимо активнее внедрять работу психологической службы, сотрудники которой могли бы проводить тестирование, выявляя тем самым женщин с повышенным риском в отношении распространенности абортom, развития соматической патологии и заболеваний репродуктивной системы, и при необходимости выполнять соответствующую психологическую коррекцию. Тем более, что Положением о женской консультации и Центре планирования семьи и репродукции в штатном расписании предусмотрены должности психологов. Однако, как показывает опыт, руководители этих ЛПУ не всегда и не в полной мере используют возможности этих специалистов в работе с женщинами. Кроме того, для работы с данной группой женщин необходимо привлечение и других специалистов, в том числе социальных работников и юристов.

Таблица 1

**Особенности личности женщин, прерывающих беременность искусственным абортom
(в % к числу обследованных)**

| Психологические параметры | Выраженность | | |
|---------------------------|--------------|-------------------|---------|
| | низкая | средняя умеренная | высокая |
| Тревожность | 1,5 | 32,3 | 66,2 |
| Нейротизм | 5,7 | 69,3 | 25,0 |
| Психотизм | 40,7 | 50,7 | 8,6 |

Таблица 2

Зависимость проявлений нейротизма и психотизма от уровня тревожности (в %)

| Уровень психических реакций | Тревожность | | |
|-----------------------------|-------------|-----------|---------|
| | низкая | умеренная | высокая |
| Нейротизм | | | |
| низкий | 28,6 | 42,9 | 28,6 |
| средний | 0,0 | 39,3 | 60,7 |
| высокий | 0,0 | 14,7 | 85,3 |
| Психотизм | | | |
| низкий | 1,8 | 37,5 | 60,7 |
| средний | 1,6 | 30,2 | 68,2 |
| высокий | 0,0 | 27,3 | 72,7 |

ЛИТЕРАТУРА

0

1. Юсупова А.Н. Стратегия реформирования регионального здравоохранения. — Матер, ежегод. научно-практ. конф. ЦНИИОИЗ. — М., 28—29 мая, М., 2000 г.-С. 178-180.
2. Атлас для экспериментального исследования отклонений психической деятельности человека (под ред. И.А. Полищука, А.Е. Видренко. — Киев, 1980.

Поступила 23.03.01.

PERSONAL PSYCHOLOGIC PECULIARITIES OF ABORTED WOMEN

A.N. Yusupova, O.N. Kamysheva

Summary

It is established that the significant part of aborted women is susceptible to pronounced negative psychic reactions (personal alarm, psychotism, neurotism) which have stable nature. Women with such personal psychologic characteristics present a group of highW risk of abortion propagation, various disorders of reproductive function and reproductive behaviour. In women dispensaries and in family planning service institutions it is necessary to introduce the psychologic testing to reveal persons of this risk group and to perform the corresponding psychologic correction for prevention of undesirable pregnancy.