

Прерывание нежелательной беременности у подростков: психологические и психиатрические аспекты (обзор литературы)

О.Ю. Телятникова¹, И.В. Макаров²

¹Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия;

²Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева

Резюме. Анализ литературных данных дает основание рассматривать медицинский аборт в подростковом возрасте как событие, имеющее медицинское, социальное и индивидуальное значение. При этом акцент в исследованиях делается преимущественно на статистические показатели, изучение соматических и психоэмоциональных последствий искусственного прерывания беременности. На сегодняшний день отсутствуют комплексные клинические исследования расстройств адаптации у девушек-подростков, прервавших нежелательную беременность. В обзорной работе рассматриваются психологические и психиатрические аспекты прерывания нежелательной беременности у девочек-подростков.

Ключевые слова: подростковая беременность, аборт.

Terminating an unwanted pregnancy in adolescents: psychological and psychiatric aspects (review)

O.Yu. Telyatnikova¹, I.V. Makarov²

¹St. Petersburg State Pediatric Medical Academy;

²St. Petersburg V.M. Bekhterev Research psychoneurological Institute

Summary. In a review paper deals with the psychological and psychiatric aspects of the termination of unwanted pregnancies among teenage girls.

Key words: teen pregnancy, abortion.

Понятие адаптации. Процесс адаптации затрагивает непосредственное взаимодействие индивида и окружающей среды. С общенаучной точки зрения вопросы адаптации систем выходят значительно дальше непосредственного взаимодействия человека и его среды обитания. Согласно определению, предлагаемому в психологическом словаре (Петровский А.В., Ярошевский М.Г., 1990), адаптация рассматривается как приспособление строения и функций организма, его органов и систем к условиям среды. Таким образом, адаптация — это одно из центральных биологических понятий.

Динамическое взаимодействие с внешней средой сочетается со специфическим динамическим постоянством внутренней среды. В физиологическом аспекте это определяется как гомеостаз. Проводя параллели, в психологических концепциях принято говорить о характерном гомеостатическом уравновешивании, когда вызванное на границе общения с окружающей средой «возмущение» нивелируется за счет актуализации специальных «защитных систем». При фокусировке внимания на аспекте социальной адаптации человека нужно отметить, что именно это поле часто генерирует несоответствие между потребностью индивида и объективной данностью, что ведет к нарастанию внутреннего тревожного напряжения и переживанию индивидом субъективного дистресса (Лыскова Н. М., 2004). Г.Г. Овчинникова (1997) предлагает рассматривать адаптацию как способ

«уравновешивания форм проявлений субъективности («самости») и способов организации жизни субъектов в макро- и микроотношениях».

Согласно МКБ-10 психические нарушения, связанные напрямую с периодом приспособления к значительному изменению в жизни или стрессовому жизненному событию, рассматриваются в рамках «расстройств адаптации». Основными для всех проявлений адаптационных расстройств являются тревога и ее «эквиваленты»: возникающие как следствие чувство неспособности справиться с ситуацией, планировать, некоторое снижение продуктивности в ежедневных делах и т.п.

Значение механизмов психологической защиты в комплексе приспособительных реакций. В результате переработки напряжения, возникшего при взаимодействии индивида и среды, формируется эмоциональная реакция, принимающая затем ту или иную форму поведенческого выражения (Изард К., 1980). В то же время влияние внешнего события может оказаться устойчивым и привести к нарастанию тревожного напряжения без его видимой реализации вовне. Чтобы сохранить личностную систему в относительном равновесии, актуализируются базовые механизмы психической регуляции, такие как психологическая защита.

Согласно современным представлениям психологические защитные механизмы относят к процессам интрапсихической адаптации личности,

осуществляемой за счет подсознательной переработки поступающей информации, в которой участвуют все психические функции: эмоции, восприятие, память, мышление, интеллект, внимание (Никольская И.М., Грановская Р.М., 2001). Т.И. Семенова (2004) при изучении взаимосвязи интеллекта и механизмов психологической защиты указывает на то, что отличие защитных механизмов друг от друга преимущественно обусловлено степенью участия интеллектуальных способностей. А в процессе приспособления происходит формирование защитно-адаптивных комплексов, то есть устойчивой сцепленности между механизмом психологической защиты и стереотипом защитного поведения, препятствующей успешной адаптации. Таким образом, несмотря на сохранение относительно неизменной личностной системы, психологическая защита не всегда однозначно способствует эффективной адаптации, а в новом, более расширенном социальном контексте, наоборот, препятствует этому.

Именно эту неоднозначность механизмов психологической защиты подчеркивают многие исследователи. Б.В. Иовлев и Э.Б. Карпова (1999) указывают, что психологические защиты, как и воспаление, боль на физиологическом уровне, являются, с одной стороны, адаптивными реакциями, с другой — включаясь в патогенез болезни, играют вредоносную роль. Ф.В. Бассин (2000) обращал внимание на преимущественно «положительный момент» работы защиты. Б.Д. Карвасарский и Г.Л. Исурин (1998) считают психологическую защиту системой адаптации, направленной на защитное изменение значимости дезадаптивных компонентов отношений, с целью ослабления их психотравмирующего воздействия на Я-концепцию индивида, и подчеркивают, что частое использование, тесная связь с дезадаптивными стереотипами мышления, переживаний и поведения делают защитные механизмы патологическими. Л.И. Вассерман (1999) выделяет ситуационные и стилевые механизмы психологической защиты, делая акцент на том, что именно стилевые механизмы являются формой «псевдоразрешения внутренних конфликтов», относятся к пассивно-оборонительным типам защит и редуцируют тревогу и напряжение путем дезинтеграции различных уровней психологического функционирования.

Е.С. Романова и Л.Р. Гребенников (1996) поддерживают ту точку зрения, когда все защитные механизмы рассматриваются как адаптивные, если они используются индивидом в пределах среднестатистических показателей по группе, к которой индивид принадлежит. Эти же механизмы приводят к дезадаптации, если выходят за пределы нормы, в этом случае поведение индивида определяется не тем образом реальности, который является условно общим для его социального окружения. В основе этой неоднозначности авторы видят тот факт, что механизмы защиты являются продуктами конфликтов раннего онтогенеза.

Ф.Б. Березин (1988) предложил выделять психологическую защиту, препятствующую осозна-

нию факторов, вызывающую тревогу, позволяющую «фиксировать» тревогу, снижать уровень побуждений и модифицировать тревогу за счет формирования устойчивых концепций. В психотерапевтической энциклопедии (под ред. Карвасарского Б.Д., 1997) приводятся четыре группы механизмов психологической защиты, связанные с отсутствием переработки информации, ее блокирование или отрицание, с искажением информации; с разрядкой отрицательного эмоционального напряжения, с манипулятивным поведением; при этом отмечено, что общепринятой классификации механизмов психологической защиты не существует.

Механизмы психологической защиты и механизмы совладания рассматриваются многими авторами как взаимосвязанные процессы, основываются на тождественных процессах, но отличаются полярностью направленности либо на продуктивную, либо на слабую адаптацию (Сперальга Зуныга Хорхе Бернардо, 2000). Собственной основой для образования, развития и функционирования защитных механизмов психики считают ситуации, представляющие для личности «экзистенциальную значимость», когда противоречия максимально обостряются и требуют своего снятия. Для обозначения подобных ситуаций был предложен и используется в настоящее время термин «экзистенциальные ситуации» (Бассин Ф.В., 1968; Киршбаум Э.И., Еремеева А.И., 1993; Романова Е.С., Гребенников Л.Р., 1996).

Особенности психологической защиты в подростковом возрасте. Изучение психологической адаптации у подростков женского пола (Росинский Ю.А., 2001) показали, что типично подростковые расстройства психической адаптации являются характерными для периода полового созревания и встречаются с частотой 10,4% в общей популяции и 23,9% в группе с расстройствами психической адаптации. В их основе автор видит гипоталамо-гипофизарную дисфункцию, которая опосредована эндокринным дисбалансом, связанным с высоким темпом роста и половым созреванием. Описывая клиническую картину типичного «пубертатного» варианта расстройства психологической адаптации, Ю.А. Росинский (2001) указывает на то, что психовегетативные проявления, изменения полового поведения, неярко выраженные эмоциональные нарушения имеют транзиторный характер течения, и при отсутствии «патологически измененной почвы» данный вариант дезадаптации регрессирует в процессе или после завершения этой фазы онтогенеза. Отмечается, что нарушения психологической адаптации имеют достоверную связь с половым созреванием и гормональными отклонениями со стороны надпочечников и яичников. При этом социальные факторы имеют достоверные корреляции с расстройствами психологической адаптации, не выступая изолированно от биологических факторов, а скорее, сочетаются с ними.

Т.В. Тулупьева (2000) в своей монографии, посвященной исследованию психологических за-

щит в юношеском возрасте, одной из важных особенностей пубертатного периода считает смену значимых лиц и перестройку отношений со взрослыми. По ее мнению, в юношеском возрасте присутствуют все виды психологической защиты, но степень выраженности их не одинакова. Наиболее выражены проекция, что автор связывает с особенностью воспитания — «воспитания на примере», и рационализация. Причем частота проявления рационализации увеличивается с развитием и усложнением личности. Регрессия и замещение занимают последние места. Весьма отчетливы и половые различия напряженности психологической защиты: у девушек чаще присутствует реактивное образование, у юношей — вытеснение, интенсивность которого у девушек минимальна. Чем старше юноша и девушка, тем интенсивнее проявляется рационализация. С возрастом у девушек наблюдается усиление интенсивности реактивного образования: в период от 14 до 17 лет этот вариант защиты незначительно актуализирован, а с 17 до 18 — резко увеличивается его интенсивность. Также у девушек до 17 лет практически автором не выявляется изменения интенсивности отрицания, после семнадцати она несколько возрастает (на 17 %). Общая интенсивность психологических защит у девушек усиливается от 14 до 15 лет, затем с 16 до 17 лет она максимальна, после чего наблюдается некоторое незначительное ослабление психологической защиты.

Наиболее часто встречаются три варианта пубертатного криза. Психологический криз созревания, который исчерпывается увеличением числа присущих этому возрасту психологических особенностей и противоречий, отличается парциальностью отклонений, диспропорциями психического созревания. Дисгармонический пубертатный криз заключается в личностных нарушениях по психопатическому и психопатоподобному типам и выражающийся преимущественно нарушениями поведения. Патологический криз включает в себя психические расстройства личностного регистра в виде «пубертатной психопатологии» (патологические фантазии, сверхценные идеи, неврологические и невротоподобные синдромы, аффективные нарушения, расстройства влечения, гебоидные состояния) (Гурьева В.А., Дмитриева Т.Б., 2001).

Особенности сексуального поведения в подростковом возрасте. На фоне нестабильности, характерной для подросткового периода, легко формируется девиантное поведение. В.В. Ковалев (1981) определяет понятие девиантного поведения как социально-психологическое явление, поскольку оно обозначает отклонение от норм межличностных взаимоотношений, принятых в данном конкретно-историческом обществе, то есть преимущественно отклонением от нравственных норм данного общества. С учетом характера объекта нашего исследования фокус нашего внимания направлен на особенности проявления сексуальной активности в подростковый период. В рамках реакции, обусловленной формирующимся сексуальным поведением возможно возникнове-

ние девиаций. Девиации сексуального поведения в подростковом возрасте могут быть сходны с истинными перверзиями, но в отличие от истинных подобные девиации всегда ситуационно обусловлены и являются преходящими. Наиболее угрожаемы в отношении сексуальных девиаций акселерированные и инфантильные подростки.

По мнению А.Е. Личко (1985), ранние половые отношения гетеросексуального типа могут быть рассмотрены как патологическая девиация, если только они начинаются до того, как наступает достаточное физическое созревание. Половая жизнь до физического совершеннолетия, но при достаточной физической зрелости может расцениваться как нежелательное явление с социальной точки зрения, но не как патологическая девиация. Ранняя сексуальная жизнь чаще всего встречается при гипертимной акцентуации, к ней склонны некоторые эпилептоидные, неустойчивые подростки. Частые половые отношения с непрестанной сменой партнеров часто сочетаются с ранней алкоголизацией, особенно у девушек (Личко А.Е., 1983; Долженко И.С. и соавт., 1996).

В силу вышеотмеченных особенностей подростков в рамках «нежелательного социального явления» может возникать сексуальное поведение — совершение действий сексуального характера, представляющего опасность для лица их совершающего или общества в целом. К нему относятся все виды сексуальных посягательств, поведение, приводящее к возникновению нежелательной беременности и распространению болезней, передающихся половым путем (Лунин И.И., 1994). Поведение подростка нередко носит черты виктимности. В литературе находят отражение факты, связанные с тем, что в последние десятилетия молодые люди сексуально информированы, активизируются извне, рано начиная половую активность, в то время как их профессиональное образование, вопросы социальной зависимости и окончание юности сдвигаются на треть и даже на четвертое десятилетия жизни (Толстов В.Г., Нагаев В.В., 2003).

Согласно статистическим исследованиям средний возраст начала половой жизни колеблется от 13,6 до 16,4 года. В.И. Кулаков (1997) приводит возраст 16,4+/-0,2 года, другие исследователи (Соколова И.И. и соавт., 1996) указывают на значительно более юный возраст — 14,6 года, А.Ф. Куперт, Т.Н. Кузнецова (1996) — на 13,6 года. Ориентируясь на приводимые данные, половые контакты имели от 9,1 % до 25 % школьников, от 42 % до 65 % учащихся ПТУ. По данным О.И. Тенковой (1994) к 17 годам 63 % молодежи вступает в сексуальные контакты. Часто сексуальные связи для них способ самоутверждения, разрядка, любопытство, «секс как общение». Ранние связи чаще всего весьма прозаичны, лишены «любовных» переживаний. Среди не достигших 14 лет в половую связь вступили 2 %; среди 14–15-летних — 13 %; 16–17-летних — 36 %. Мальчиков во всех возрастных группах больше, чем девочек (Гуркин Ю.А., 1995). Доля сексуально активных

девушек-подростков увеличивается с возрастом: от 3,2 % в группе 14–15-летних до 13,4 % в группе 16–17-летних и достигает 58,3 % в группе 18–19-летних. При анализе сексуального поведения подростков установлено, что каждая 4-я из числа сексуально активных девушек не имела постоянного партнера, причем в группе 14–15-летних эта доля была самая высокая — 66,7 % (Сотникова Т.И., Перминова С.Г., 1994). По данным Н.Г. Филатовой (1999), реальное репродуктивное поведение населения Ивановской обл. характеризуется началом половой жизни с 13 лет с равной частотой как у девочек, так и у мальчиков — 4,5 %, в возрасте 14 лет — 27,4 % у девочек и 16,4 у мальчиков, с 15 до 17 лет — до 28,5 % у девушек и 42,6 % у юношей.

При опросе подростков выявляются существенные расхождения между их представлениями об «идеальной» сексуальной жизни и фактами. Наиболее благоприятным началом половой жизни большинство считает 16-летний возраст, некоторые указывают на недопустимость добрачных половых связей, 69,5 % подростков отмечают отрицательное влияние раннего начала половой жизни. Риск раннего начала половой жизни связывают в 70,2 % с наступлением беременности, в 68,4 % с опасностью заражения заболеваниями, прерывание первой беременности считают вредным для здоровья 89,5 % (Полякова Л.В., 2000).

Н.Г. Филатова (1999) отмечает, что репродуктивная установка, направленная на желание иметь детей, в современных условиях имеет волнообразный характер: формируется в возрасте 4–6 лет на уровне расширенного воспроизводства (желаемое число детей 3), к 10–13 годам снижается до 1,6, с переходом в ранний репродуктивный период повышается до 2,1. Л.В. Полякова (2000) приводит следующие данные: 1,6 % не хотят иметь детей, 24,6 % — желают иметь одного ребенка, 56,8 % — двух, 6,6 % — трех, 1,2 % — четырех и более. Б.А. Колесников (1993) отмечает в своем исследовании, что репродуктивные установки у женщин до 20 лет носят негативный характер, но с возрастом до 80 % женщин желают иметь ребенка. Полученные данные характеризуют крайне низкие репродуктивные установки современных девушек-подростков.

Значение беременности в подростковом возрасте. В силу вышеуказанных возрастных особенностей девушки-подростки в возрасте 15–19 лет являются «группой риска» наступления нежелательной беременности (Сотникова Е.И., Перминова С.Г., 1994). Каждая третья девушка, живущая половой жизнью (30,8 %) имела беременности, 20 % — 2 беременности, 2,2 % — 3 беременности (Кулаков В.И., 1996).

Беременность, наступившая у девушки, не достигшей совершеннолетия, условно называется случайной, незапланированной. Этим подчеркивается отсутствие предвзвешенной настроенности на материнство, внезапное изменение социального статуса и жизненных планов. В.Г. Толстов и В.В. Нагаев (2003) отмечают, что до 95 % подростковых беременностей незапланированные.

Давая психологическую характеристику юных беременных, авторы указывают на ряд закономерностей: у девушки-подростка чаще всего отсутствуют муж, в родительских семьях присутствуют размытые детско-родительские отношения, отношения в родительской семье чаще конфликтные, девушки были в детстве больше привязаны к отцу — 25 %, к бабушке — 20 %, «ни к кому» — 55 %, отношения с отцом на момент наступления беременности характеризуются как дистанционные (43 %), наблюдается разрыв отношений (67 %); мать против вынашивания дочерью беременности практически во всех случаях, характеристика матери дается обычно как «эмоционально холодной». Нередко матери забеременевших девушек-подростков разведены. Характерным была акцентуация характера по истероидному (61,1 %) и эпилептоидному (38,9 %) типам, обращали внимание черты психического инфантилизма, наивности, эгоцентризма, нежелание прогнозировать будущие нежелательные события, опора в поведении в большей степени на желание, чем на объективные возможности. Выделяются два аспекта проблемы ранней беременности, касающиеся особенностей онтогенетического развития репродуктивной сферы: незавершенность расхождения мотивационных основ полового и родительского поведения и незавершенность сепарации от родителей, что блокирует специфически человеческий процесс объединения полового и материнского поведения в единый комплекс.

Е.В. Брюхина и Л.Т. Будрица (1994) отмечают, что психологические проблемы у беременных девушек-подростков связаны прежде всего со страхом за свое здоровье, за возможную бездетность в будущем. Чувство вины и стыда особенно усиливается при мысли, что надо обратиться к врачу. Стыд и страх являются основной причиной позднего обращения подростков за советом в связи с беременностью. Исследователи практически единодушно рассматривают беременность в подростковом возрасте (13–17 лет) как нежелательное явление, аргументируя эту точку зрения многочисленными наблюдениями, когда подростковая беременность и ее возможные варианты разрешения (роды, аборт, как медицинский, так и другие варианты) влекли за собой многочисленные осложнения медицинского и социально-психологического толка. Показано, что это пагубно отразилось на эмоционально-волевой сфере, ценностно-смысловых ориентациях подростков, формировании полового и материнского поведения (Орел В.И., 1991; Гуркин Ю.А. 2001; Толстов В.Г., Нагаев В.В., 2003).

В.Г. Толстов и В.В. Нагаев (2003) указывают, что у юных беременных в большинстве случаев наблюдаются отчетливые клинические проявления непсихотического уровня в виде эмоциональной лабильности (91,9 %), высокого уровня тревоги (78,1 %), страхов, связанных с ожиданием конкретных угрожающих событий (82 %), повышенной истощаемости и неустойчивости внимания (65,9 %).

Г.В. Вержибок (1999) рассматривает беременность и роды в юном возрасте как серьезное испытание, так как они протекают в условиях функциональной незрелости организма, неадекватности адаптационных процессов, что создает высокий риск осложнений как для матери, так и для плода. Незрелость нервных процессов, часто встречающийся половой инфантилизм у девушек-подростков обуславливают неудовлетворительное формирование родовой доминанты, проявляющейся аномалиями родовой деятельности, высоким уровнем родового травматизма. Чем меньше гинекологический возраст, тем чаще возникают осложнения во время беременности и в родах. У юных беременных часто развиваются анемии, гестозы, гестационный пиелонефрит, угроза прерывания беременности. Высока вероятность преждевременных родов, осложнений в родах, гипоксии и гипотрофии плода (Брюхина Е.В., Будрица Л.Т., 1994; Сотникова Е.И., Перминова С.Г., 1994; Вержибок Г.В., 1999; Гуркин Ю.А. и соавт., 2001).

Во многих случаях нежелательная беременность заканчивается медицинским абортom. По данным исследователей в этой области соотношение родов при нежелательной беременности к абортom составило 1:5 (Куликов А.М., Кротин П.Н., 1996; Кулаков В.И. и соавт., 1997; Сидоров Г.А., 2000). При этом частота медицинских абортов среди подростков увеличилась как в относительных, так и в абсолютных числах.

Значение медицинского прерывания нежелательной беременности в подростковом возрасте. Искусственный аборт, несмотря на то что это далеко не безобидная операция, является самым распространенным в России методом планирования семьи. В России до 2,3 % от общего числа родов и до 15 % абортов приходится на женщин моложе 18 лет (Нерсисян Р.А., 1998).

Согласно мнению Э.К. Айламазяна (1997), искусственное прерывание беременности, несмотря на наличие значительно более эффективных и менее опасных средств контрацепции, по сегодняшний день является одним из самых широко используемых методов планирования семьи в России. Проблема включает не только медицинские аспекты, но затрагивает и морально-этические нормы как индивида, так и общества в целом.

В литературе отмечается, что в России аборт традиционно был запрещен. В 1649 году для совершивших это преступление закон предусматривал смертную казнь. В 18-м веке это наказание было отменено, но уголовный кодекс предусматривал лишение гражданских прав и тюремное заключение от 4 до 6 лет как для «пациентки», так и для лиц, производивших операцию. Легализация аборта произошла в 1920 году. В начале 30-х годов доступ к абортom начал сужаться, а в 1936 году искусственный аборт был запрещен. В результате увеличилось количество криминальных абортов. В 1952 году было вновь разрешено производить искусственное прерывание беременности в медицинском учреждении в течение 12 недель беременности, при условии, что с момента

предыдущего аборта прошло не менее 6 месяцев (Уварова Е.В., 2002).

По данным литературы в России в настоящее время прослеживаются следующие тенденции: частота искусственных абортов, оставаясь на достаточно высоком уровне, имеет выраженную тенденцию к снижению как в городской, так и сельской местностях; при этом частота абортов в городах остается в 2 раза выше, чем в селе; в структуре искусственного прерывания беременности увеличивается доля менее опасного для здоровья женщин вида — мини-аспирации; частота абортов у первобеременных среди женщин до 19 лет остается значительно выше, чем в более старших возрастных группах (Юсупова А.Н., 2000, 2001, 2004).

По мнению многочисленных исследователей, особенно неблагоприятными являются последствия аборта у девушек-подростков. У них осложнения встречаются более чем в 10 % случаев. Это в первую очередь нарушения менструального цикла, последующее невынашивание беременности, бесплодие (Брюхина Е.В., 1996; Юсупова А.Н., 2000, 2004). Риск, связанный с абортom, тем выше, чем больше срок беременности.

А.Н. Юсупова (2004) отмечает, что обращает на себя внимание достаточно высокий удельный вес искусственных абортов у первобеременных, составляющий 8–10 %, при этом среди этого контингента 95–97 % абортов приходится на возраст от 15 до 19 лет. Частота абортов у первобеременных в возрасте до 19 лет, независимо от места жительства, выше в 10 раз этого показателя в других возрастных группах. Ряд авторов отмечает низкие репродуктивные установки у современных девушек-подростков (Заболотная В.И., 2000; Полякова Л.В., 2000; Юсупова А.Н., 2001, 2004).

Согласно статистическим исследованиям девушки-подростки чаще прибегают к абортom в поздние сроки, иногда пытаются самостоятельно прервать беременность. На сроках выше 12 недель прервали беременность 57,2 % 14-летних, 61,3 % — 15-летних, 35,7 % 16-летних, 13,6 % 17-летних подростков. Возраст подростков, прервавших беременность, находится в обратной умеренной корреляционной связи со сроками ее прерывания (Сидоров Г.А., 2000).

Приводимый в литературе анализ структуры различных видов абортов у юных женщин показывает, что происходит уменьшение легального искусственного прерывания беременности за счет роста удельного веса других видов подросткового аборта (самопроизвольные, криминальные) (Юсупова А.Н., 2004).

А.П. Галлин (2001) сообщает, что наиболее частыми причинами аборта у подростков являются: отрицательное отношение к беременности близких, стремление не обременять свою личную жизнь, отсутствие условий для воспитания ребенка, желание продолжить учебу, работу. Большинство мотивов имеет социальную окраску, но даже при их устранении 40 % подростков не согласились бы пролонгировать беременность. Ряд авто-

ров отмечает, что аборт в подростковом возрасте приводит к смене активно-оборонительной жизненной позиции, характерной для этого возраста, на пассивно-созерцательную позицию (Юсупова А.Н. 2004).

Психозы в период после медицинского аборта описываются у тех пациентов, которые имели психические нарушения психотического уровня до аборта. По данным, представленным в литературе, основная масса выявляемых нарушений относится к пограничному уровню реагирования. Ряд исследователей указывают на развитие в период после аборта эмоциональной лабильности, субдепрессивных, ипохондрических переживаний, истерических проявлений (Молотов А.Н., 1962; Родкина Р.А., Сулейманова Т.Г., 1993; Adler N., 1975; Barnet B. et al., 1995). S.R. Wheeler, J.K. Austin (2001) рассматривают девушек-подростков,

прерывающих нежелательную беременность, как группу риска для возникновения различных депрессивных состояний.

В то же время многие авторы отмечают, что большинство женщин не демонстрируют значимых психических нарушений. Если нарушения выявляются, то их интенсивность снижается либо психическое состояние нормализуется в первые 4 месяца после прерывания беременности (Nikcevic A.V. и соавт., 1999).

Согласно мнению А.Н. Юсуповой (2000, 2004) подавляющее большинство женщин, прерывающих беременность искусственным абортom, склонны к максимально выраженным негативным психическим реакциям, которые носят устойчивый характер. Личностные особенности этой категории женщин препятствуют нормальной адаптации их в окружающей среде.

Литература

1. Айламазян Э.К. Планирование семьи. Методы контрацепции. Практическое руководство / Э.К. Айламазян. — СПб., 1997. 182 с.
2. Бассин Ф.В. О силе «Я» и психологической защите / Ф.В. Бассин // Хрестоматия по социальной психологии личности «Самосознание и защитные механизмы личности». Самара, 2000. С. 3–12.
3. Бассин Ф.В. Проблемы бессознательного (О неосознанных возможностях высшей нервной деятельности) / Ф.В. Бассин. — М., 1968. 468 с.
4. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека / Ф.Б. Березин. — Москва, 1988. 244 с.
5. Брюхина Е.В. Беременность и роды у девочек-подростков. Предупреждение осложнений, реабилитация. / Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук / Е.В. Брюхина. — Челябинск, 1996. 40 с.
6. Брюхина Е.В. Медико-психологические проблемы беременности, родов и абортom у подростков / Е.В. Брюхина, Л.Т. Будрица // Первая национальная конференция «Проблемы планирования семьи в России». — Москва, 1994. — С. 43–46.
7. Вассерман Л.И. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля (пособие для врачей и психологов) / Л.И. Вассерман, О.Ф. Ерышев, Е.Б. Клубова; НИПНИ им. В.М. Бехтерева. — СПб., 1999. 48 с.
8. Вержибок Г.В. Полоролевая дифференциация поведения в подростковом возрасте. / Автореф. дисс. ... канд. психол. наук: 19.00.04 / Г.В. Вержибок. — Минск, 1999. 26 с.
9. Галин А.П. Медицинские, социальные и психологические проблемы у юных женщин. / Автореф. дисс. ... канд. мед. наук: 14.08.18 / А.П. Галин. — Ижевск, 2001. 22 с.
10. Гуркин Ю.А. Основы ювенильного акушерства / Ю.А. Гуркин, Л.А. Сулопаров, Е.А. Островская. — СПб., 2001. 351 с.
11. Гуркин Ю.А. Врачу о половом воспитании девочек / Ю.А. Гуркин. — СПб., 1995. 46 с.
12. Гурьева В.А. Клиническая и судебная подростковая психиатрия / В.А. Гурьева, Т.Б. Дмитриева, В.Я. Гиндикин. — Москва, 2001. 480 с.
13. Долженко И.С. Психосоциальные аспекты контрацепции у подростков / И.С. Долженко, Е.А. Богданова, И.В. Кониная // 2-я конференция по гинекологии детей и подростков. — Барнаул, 1996. С. 74–76.
14. Заболотная В.И. Репродуктивное здоровье и поведение женщин Юга России / В.И. Заболотная. — СПб., 2000. 22 с.
15. Иовлев Б.В., Карпова Э.Б. Психология отношений. Концепция В.Н. Мясищева и медицинская психология / Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова. — СПб., 1999. 76 с.
16. Изард И. Эмоции человека / И. Изард. — Москва, 1980. 495 с.
17. Киришаум Э.И. Психологическая защита / Э.И. Киришаум, А.И. Еремеева. — Владивосток, 1993. 104 с.
18. Ковалев В.В. Социально-психиатрический аспект проблемы девиантного поведения у детей и подростков / В.В. Ковалев // Нарушение поведения у детей и подростков (особенности клиники, терапии и социальной адаптации). / Под ред. В.В. Ковалева. — Москва, 1981. С. 11.
19. Колесников Б.А. Социально-гигиеническая характеристика женщин, идущих на медицинский аборт, в условиях крупного промышленного города. / Автореф. дисс. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / Б.А. Колесников. — Оренбург, 1993. 26 с.
20. Кулаков В.И. Медико-социальные проблемы планирования семьи / В.И. Кулаков // Первая национальная конференция «Проблемы планирования семьи в России». — Москва, 1994. С. 14–15.

21. Кулаков В.И. Руководство по планированию семьи / В.И. Кулаков, В.Н. Серова, Н.Н. Ваганов. — Москва, 1997. 144 с.
22. Куликов А.М. Беременность и соматическое здоровье у юных женщин / А.М. Куликов, П.Н. Кротин // 2-я всероссийская конференция по гинекологии детей и подростков. — Барнаул, 1996. С. 64–65.
23. Кульбаева К.Ж. Социально-психологические аспекты беременности у подростков / К.Ж. Кульбаева, А.К. Шамова // 2-я всероссийская конференция по гинекологии детей и подростков. — Барнаул, 1996. С. 42.
24. Куперт А.Ф. О половом образовании девочек-подростков / А.Ф. Куперт, Т.Н. Кузнецова, Н.Л. Шагина // 2-я всероссийская конференция по гинекологии детей и подростков. — Барнаул, 1996. С. 47–48.
25. Лаплани Ж. Защита / Ж. Лаплани, Ж. Понталис // В кн.: Хрестоматия по социальной психологии личности «Самосознание и защитные механизмы личности». — Самара, 2000. С. 357–394.
26. Ледина А.В. Искусственный аборт и его последствия / А.В. Ледина, А.А. Куземин // Русский медицинский журнал. — 1998. Т. 6. № 15. С. 14–16.
27. Левитас С.Г. Проблема беременности у подростков: пути решения / С.Г. Левитас // Вторая всесоюзная конференция по гинекологии детей и подростков: тезисы докладов. — М., 1990. С. 56.
28. Леонгард К. Акцентуированные личности / К. Леонгард. — Ростов-на-Дону, 1997. 544 с.
29. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации у подростков / А.Е. Личко. — Ленинград, 1983. 255 с.
30. Личко А.Е. Подростковая психиатрия: руководство для врачей / А.Е. Личко. — Ленинград, 1985. 416 с.
31. Лунин И.И. Сексуальное просвещение как фактор профилактики сексуальных посягательств / И.И. Лунин // Первая национальная конференция «Проблемы планирования семьи в России». — Москва, 1994. С. 15.
32. Лыкова Н.М. Теории стресса и копинга / Н.М. Лыкова. — Москва, 2004. 14 с.
33. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. — СПб., 1994. 303 с.
34. Молотов А.Н. Послеабортные невротические состояния. Очерки гинекологической психиатрии / А.Н. Молотов. — Кишинев, 1962. 166 с.
35. Налчаджян А.А. Психологические защитные механизмы / А.А. Налчаджян // В кн.: Хрестоматия по социальной психологии личности «Самосознание и защитные механизмы личности». — Самара, 2000. С. 395–481.
36. Нерсесян Р.А. Современные тенденции в развитии методов контрацепции: обзор литературы / Р.А. Нерсесян // Проблемы репродукции. — 1998. Т. 4. № 5. С. 18–21.
37. Никольская И.М. Психологическая защита у детей / И.М. Никольская, Р.М. Грановская. — СПб., 2001. 504 с.
38. Овчинникова Г.Г. Социально-психологическая адаптация как фактор становления Я-концепции подростков: автореф. дисс. ... канд. психол. наук: 19.00.04 / Г.Г. Овчинникова. — Москва, 1997. 32 с.
39. Орел В.И. Юные матери и их дети / В.И. Орел. — Уфа, 1991. — 104 с.
40. Полякова Л.В. Заболеваемость девочек-подростков и организация медико-социальной помощи по сохранению репродуктивного здоровья (социально-гигиеническое исследование): автореф. дисс. ...канд. мед. наук / Л.В. Полякова. — Оренбург, 2000. 28 с.
41. Психотерапевтическая энциклопедия. / Под ред. Б.Д. Карвасарского. — СПб., 1997. 743 с.
42. Родкина Р.А. Особенности течения беременности и родов у первородящих юного возраста / Р.А. Родкина, Т.Г. Сулейманова // Современные проблемы детской и подростковой гинекологии, тезисы конференции. — СПб., 1993. С. 94.
43. Романова Е.С. Механизмы психологической защиты. Генезис, функционирование, диагностика / Е.С. Романова, Л.Р. Гребенников. — Мытищи, 1996. 144 с.
44. Россинский Ю.А. Клинико-биологические особенности проявлений расстройств психологической адаптации у подростков женского пола: автореф. дисс. ...канд. мед. наук: 10.00.18 / Ю.А. Россинский. — Томск, 2001. 31 с.
45. Савенко Ю.С. Проблема психологических компенсаторных механизмов и их типология / Ю. С. Савенко // Хрестоматия по социальной психологии личности «Самосознание и защитные механизмы личности». — Самара, 2000. С. 622–639.
46. Салливан Г.С. Интерперсональная теория в психиатрии / Г.С. Салливан // Пер. с англ. — СПб: Ювента, 1999. 347 с.
47. Северова Е.А. Некоторые вопросы концепции саногенеза / Е.А. Северова. — Советская медицина, 1980, № 10. С. 100–103.
48. Семенова Т.И. Взаимосвязь интеллекта и механизмов психологической защиты: автореф. дисс. ... канд. психол. наук: 19.00.04 / Т.И. Семенова. Москва, 2004. 28 с.
49. Соколова И.И. Беременность до 20. Проблемы репродуктивного здоровья / И.И. Соколова, И.С. Савельева, Ю.Б. Белохвостикова // 2-я всероссийская конференция по гинекологии детей и подростков. — Барнаул, 1996. С. 88–89.
50. Сотникова Е.И. Репродуктивное поведение и контрацепция у подростков / Е.И. Сотникова, С.Г. Перминова // Первая национальная конференция «Проблемы планирования семьи в России». — Москва, 1994. С. 67–68.
51. Сперальта Зуньига Хорхе Бернардо. Особенности психологических ресурсов личности в раннем юношеском возрасте (копинг-стратегии, защитные механизмы, социальный интеллект и общий интеллект): автореф. дисс. ...канд.

- психол. наук / Сперральта Зуньига Хорхе Бернардо. — СПб., 2000. 34 с.
52. Таенкова И.О. Репродуктивное поведение и контрацептивный метод молодежи / И.О. Таенкова // Проблемы репродукции. 1994. Т. 3. № 4. С. 43–46.
 53. Толстов В.Г. Психология подростковой беременности / В.Г. Толстов, В.В. Нагаев. — Сыктывкар, 2003. 47 с.
 54. Тулупьева Т.В. Психологические защиты и особенности личности в период ранней юности / Т.В. Тулупьева. — СПб, 2000. 260 с.
 55. Уварова Е.В. Современные контрацептивные мероприятия с точки зрения надежности защиты репродуктивной системы сексуально активных подростков / Е.В. Уварова // Русский медицинский журнал.—2002. Т. 10. № 15. С. 25–27.
 56. Филатова Н.Г. Оптимизация системы профилактики и реабилитации репродуктивного здоровья и поведения населения раннего репродуктивного возраста: автореф. дисс. ...канд. мед. наук / Н.Г. Филатова.- Иваново, 1999. — 28 с.
 57. Юсупова А.Н. Аборты в России / А.Н. Юсупова.— Москва, 2004. 206 с.
 58. Юсупова А.Н. Социальная детерминация частоты абортов на российских территориях / А.Н. Юсупова. — Москва, 2000. 28 с.
 59. Юсупова А.Н. Аборты: региональные особенности, причины, стратегия и тактика профилактики: автореф. дисс. ... д-ра. мед. наук / А.Н. Юсупова. — М., 2001. 36 с.
 60. Dennis M. Styne. Половое созревание у мальчиков и девочек: физиология и нарушения. Репродуктивная эндокринология. В 2-х томах / Dennis M. Styne, Melvin M. Grumbach. — Москва, 1998. Т. 1. С. 422–530.
 61. Adler N. Emotional responses of women following therapeutic abortion / N. Adler // Am J. Psechiatry. — 1975. P. 45.
 62. Barnet B. Association between postpartum substance and depressive symptoms, stress, and social support in adolescent mothers / B. Barnet, A.K. Duggan, M.D. Wilson // Pediatrics. — 1995. Vol. 96.— № 4. P. 659–666.
 63. Bromham D.R. Trying to prevent abortion / D.R. Bromham, E.J. Oloto // J. Child Psychol Psychiatry. — 1998 May. Vol. 39. № 4. P. 543–553.
 64. Nikcevic A.V. Investigation of the cause of miscarriage and its influence on women's psehological distress / A.V. Nikcevic, S.A. Tunkel, A.R. Kuczmierczyk, K.H. Nicolaidis // J. Obstetrics and Gynecology. — 1999. Vol. 106. № 8. P. 808–813.
 65. Wheeler S.R. The impact of early pregnancy loss on adolescent / S.R. Wheeler, J.K. Austin // MCN Am J. Matern Child Nurs. — 2001, May-Jule. Vol. 26. № 3. P. 154–159.

Сведения об авторах

Телятникова Ольга Юрьевна — ассистент кафедры психиатрии и наркологии Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии. E-mail: micolg@mail.ru

Макаров Игорь Владимирович — д.м.н., гл. науч. сотр., руководитель отделения детской психиатрии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. E-mail: ppsy@list.ru