

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОСТАБОРТНОГО СИНДРОМА

С позиций целостного психосоматического подхода рассматриваются причины возникновения и особенности течения постабортного синдрома как разновидности посттравматического стрессового расстройства. С использованием материалов работ зарубежных и отечественных специалистов дается системное изложение совокупности постабортных нарушений. Медицинский аборт определяется как тяжелое психотравмирующее жизненное событие, приводящее к насильственному разрушению психосоматической и имеющей онтологическую природу духовной взаимосвязи матери и внутриутробного ребенка. Раскрывается субъективная картина переживания женщиной сформировавшегося у нее интраперсонального конфликта, вызывающего характерные нарушения материнской сферы и семейных взаимоотношений и определяющего специфику психологической помощи.

Ключевые слова: целостный психосоматический подход, постабортный синдром, интраперсональный конфликт, семья.

На симпозиуме, посвященном проблеме искусственного прерывания беременности, проходившем в Гренобле в 1971 г., состоялась работа секции психиатров, рассматривающих медицинский аборт в качестве причины тяжелой психологической травмы женщины. Специалисты пришли к выводу, что матери несравнимо легче исторгнуть ребенка с помощью врачей из своей утробы, чем расстаться с памятью о нем. Накануне операции женщина закрывает на все глаза; комплекс психологических защит может месяцы, годы и десятилетия препятствовать осознанию случившегося, но рано или поздно в его работе происходит сбой [Angelo, 1992; Sandberg, 1980; Онищук, 2006].

Совокупность возникающих после аборта психологических проблем, психических и психосоматических нарушений определяется как постабортный синдром (ПАС). Впервые этот термин был введен в 1985 г. американским психотерапевтом доктором А. Спекгард. Психические последствия медицинского аборта подробно описаны канадским психиатром, профессором Ф. Нейем. Научно-исследовательские данные и результаты практической деятельности, касающиеся терапии постабортных нарушений, представлены в работах Д. Эльбрух, С. Стенфорд, В. Ру, А. Спекгарт, профессора П. Петерсена, М. Фурх, М. Симон и др. (см., например: [Ney et al., 1989; Spekhard, Rue, 1992; Селихова, 2002]).

В настоящее время существует более 250 публикаций по проблеме ПАС, проводятся научно-практические конференции международного уровня. Большой вклад в разработку этого направления вносят практические психологи и врачи, которые непосредственно осуществляют программы психологического сопровождения и комплексной психотерапии соответствующей категории женщин и их семей. Установлено, что переживание аборта отличается разной степенью осознанности, продолжительно по времени и включает в себя соматические, психологические, поведенческие и социальные компоненты. На особенности течения ПАС оказывают влияние культурно-этнические и религиозные факторы.

Согласно медицинскому определению, разработанному Американской ассоциацией психиатров, постабортный синдром – это разновидность посттравматического стрессового расстройства, которое является следствием психической травмы, вызванной событием, находящимся вне пределов обычного человеческого опыта [Sandberg, 1980; Spekhard, Rue, 1992; Селихова, 2002].

Винсент Ру (США) определяет ПАС как посттравматическое стрессовое расстройство, характеризующееся развитием симптомов, вызванных определенными психоэмоциональными реакциями на полученную вследствие аборта физическую и психологическую травму [Spekhard, Rue, 1992].

Существует четыре основных компонента ПАС:

1) прямое или косвенное участие в умерщвлении внутриутробного ребенка, что воспринимается как тяжелая психологическая травма;

2) неконтролируемое многократное и сопровождающееся страданиями переживание ситуации аборта;

3) повторяющиеся попытки избегания эмоциональной боли или отрицания воспоминаний о прерывании беременности как психотравмирующем событии;

4) возникновение симптомов, связанных с абортом и не имевших место до него, включая чувство вины за сохранение собственной жизни [Ney et al., 1989; Spekhard, Rue, 1992; Angelo, 1992].

Ш. Адкинс, автор программы по реабилитации женщин с постабортным синдромом (программа HEART-Healing the Effects of Abortion Related Trauma), предложил расширенное определение ПАС, считая, что это расстройство может развиваться как у женщин, так и мужчин из-за вызванных абортом и неразрешенных психологических и духовно-нравственных проблем [Адкинс, 2000].

При изучении социально-психологических последствий прерывания беременности Л. Фрид и П. Салазар использовали понятие «постабортный стресс», подчеркивая тем самым значимость возникающей у женщины после искусственного прерывания беременности стрессовой реакции. Этими же исследователями в соответствии с уровневой структурой личности была предложена модель воздействия на женщину медицинского аборта и связанных с ним факторов с выделением физических, психологических, духовных и социальных последствий, специфика проявлений которых в каждом отдельном случае зависит от ее индивидуальных особенностей. Основными критериями нарушения психологического состояния женщины после прерывания беременности являются чувство вины (73 %), агрессия (64 %), страх (82 %) и психотравмирующее воспоминание о событии (73 %) [Онишук, 2006].

Перечень проявлений ПАС, составленный Мюнхенской консультационной группой (Д. Реардона, С. Стенфорд и др.), включает следующие симптомы:

- шоковое состояние как реакция на психотравмирующую ситуацию, возникаю-

щие в последующем нарушения сна – бессонница, расстройство сна в виде кошмарных сновидений;

- постоянные мысли об аборте, поддерживающие неадекватное отношение к беременным женщинам и детям или панический страх при виде их; стремление забыть о случившемся, «исправить» аборт повторной беременностью;

- фобические реакции на внешние, напоминающие о совершенном аборте стимулы;

- сниженная концентрация внимания, гиперактивность; недостаточная эмоциональная вовлеченность в текущие события;

- агрессивные реакции экстра- и интрапунитивной направленности, эмоции гнева и ненависти по отношению к отцу ребенка, родственникам, осуществившему аборт врачу, всем лицам мужского пола;

- попытка самооправдания и психологической защиты с принятием социально активной позиции (становится деятельным сторонником или противником абортов, т. е. соответственно рекомендует другим женщинам сделать аборт или разубеждает их);

- многократные аборты;

- функциональные сексуальные расстройства, частая смена сексуальных партнеров;

- неослабевающее по силе переживание тяжелой утраты, ощущение внутренней опустошенности;

- потеря чувства собственного достоинства, депрессивный фон настроения, выраженное чувство вины, нечистоты, проклятия («этого Бог мне никогда не простит» или «этого я не смогу себе простить»);

- страх перед наказанием за содеянное, постоянная боязнь за рожденных детей и других членов семьи;

- зависимость от психотропных препаратов, различные формы аддиктивных расстройств;

- разной степени выраженности суицидальная настроенность [Бойкерс, Фассбендер, 1991; Spekhard, Rue, 1992].

Организация Heartbeat International, которая разрабатывает программы для терапии ПАС, описывает это патологическое состояние как склонное к хронизации психическое расстройство, симптомокомплекс которого образуют психотравмирующие воспоминания, реакция горя и самоосуждения женщины, ее неспособность простить

себя и других лиц, которые участвовали в связанной с абортом жизненной ситуации; чувство вины, гнева, беспомощности и отчаяния, сожаление о случившемся; недоверие и жестокость по отношению к окружающим, пониженная самооценка, депрессия, слезливость и тревожное беспокойство, расстройства сна; различные виды зависимостей, сексуальные нарушения, конфликтность в семейной сфере, неспособность поддерживать доверительные отношения с близкими, страх оказаться связанной личными обязательствами с ними или страх покинутости и отвержения [Адкинс, 2000].

Основная причина развития ПАС имеет глубинный экзистенциальный характер и связана с восприятием аборта как операции по насильственному умерщвлению собственного ребенка. Главными симптомами ПАС в настоящее время считаются повторные и навязчивые воспоминания о ситуации искусственного прерывания беременности; вызывающие эмоциональную боль, осознание непоправимости произошедшего, переживание глубокого горя, скорбь по утраченному ребенку, ощущение сохраняющейся связи с ним. Такое состояние может длиться до следующей беременности, иногда последствия совершенного аборта проявляются в течение нескольких лет, у некоторых женщин остаются до последних дней жизни [Liley, 1971; Kent et al., 1978; Angelo, 1992].

Социальные факторы – такие, например, как легализация абортов, на частоту возникновения ПАС оказывают незначительное влияние. Рождение женщиной детей положительно отражается на течении расстройства, но не определяет его исход.

Последние исследования в области эмбриологии, генетики и перинатологии подтверждают, что с момента оплодотворения и на всех последующих стадиях своего развития ребенок является полноценным человеческим существом, а женщина с момента зарождения в ней новой жизни становится матерью. После аборта практически всегда сразу же или какое-то время спустя у нее появляются материнские чувства к своему не рожденному, но как будто продолжающему жить ребенку [Sandberg, 1980; Ney et al., 1989; Veber et al., 1991. P. 203; Spekhard, Rue, 1992].

Когда возникают первые проявления и признаки ПАС, женщина может не связывать их с медицинским абортом или не

вовне осознавать существование между этими двумя обстоятельствами причинно-следственной связи, что в частности вызвано действием механизмов психологической защиты: рационализации, подавления и отрицания. Выделяется три типа развития синдрома.

Первый тип реакций. Расстройство возникает непосредственно после травмы либо проявляется в течение года. Вызвано это тем, что женщина, которая глубоко переживает происшедшее не справляется с высоким уровнем психоэмоционального напряжения, и у нее возникает срыв компенсаторных защитных механизмов. Этот тип течения расстройства встречается в небольшом проценте клинических наблюдений и наиболее благоприятен в отношении прогноза и эффективного лечения, так как причины эмоциональных и психосоматических нарушений очевидны для пациентки, что в значительной мере облегчает планирование и проведение диагностического обследования и психотерапии.

Второй тип реакций. Постабортные нарушения могут проявляться в течение длительного периода, но их связь с прерванной беременностью остается вытесненной из сознания женщины. Периодически выраженность расстройства возрастает, а диапазон его проявлений расширяется, что наиболее часто происходит в годовщину сделанного аборта или несостоявшийся день рождения ребенка.

Третий тип реакций. Дебют расстройства возникает спустя годы после аборта, к этому времени совершившая его женщина успевает забыть об этом событии. «Боль долго сидела в засаде и однажды обрушилась на меня лавиной горя. Теперь я живу в аду, который сама себе создала. Когда смотрю телефильм или читаю в журнале чью-либо историю об упущенном шансе стать матерью, меня начинают душить рыдания, больше похожие на судороги, чем на плач. А хочется мне только одного – заснуть и никогда больше не просыпаться» [Уиллке, Уиллке, 2003; Онищук, 2006].

Синдром посттравматического стресса впервые был описан у ветеранов вьетнамской войны: симптомы расстройства проявились через десять и более лет после их возвращения к мирной жизни. Такая же многолетняя задержка имеет место и в случае аборта. Осознание тяжести последствий

жизненного события приходит внезапно и шокирует женщину, одновременно с этим появляются симптомы ПАС с дезорганизацией, состоянием оцепенения, анорексией, бессонницей. У многих из пострадавших от аборта женщин хорошо запечатлеваются в памяти жизненные обстоятельства, которые предшествовали началу процесса осознания: например, у подруги рождается ребенок, врачи диагностируют бесплодие или в результате перенесенного тяжелого заболевания появляются мысли о приближающейся смерти.

Ухудшение психологического состояния женщины после аборта наступает в результате углубляющегося и вызывающего негативные чувства рассогласования личностной сферы. Настроиваясь на операцию, беременная воспринимает аборт как единственно возможный выход из сложившейся жизненной ситуации, и когда проблема, как ей кажется, легко разрешается, у нее возникает чувство облегчения. Но после искусственного прерывания беременности наступает «кризис противоречий», который вызван большим расхождением между ожиданиями женщины и открывшейся ей действительностью: вместо психологического комфорта, чувства свободы и независимости, семейной гармонии и хорошего самочувствия, она приобретает конфликтное с самой собой и окружающим миром существование, отчуждение от близких людей, тягостное отвращение к супружеской близости; у нее появляются заболевания гинекологической, эндокринной и других систем организма, симптомы психических расстройств, а также пристрастие к алкоголю и наркотикам, употребление которых становится единственно действенным способом притупления непрекращающейся душевной боли.

К основным вариантам психологических проявлений ПАС относятся два: депрессивные переживания с деструктивным чувством вины и переходящие в агрессию чувство обиды и скорбь по утраченному ребенку.

Страдающие ПАС женщины рассказывают на психологических приемах: «Увидела, как двухлетний мальчик обнимает свою маму, и у меня возникла мысль: лучше бы я родила десять детей, чем эта бесконечная черная тоска, вина и тяжесть на душе...». Уже в первые сутки после аборта чувство вины испытывают 43 %, угнетенности 34 %

женщин, тогда как чувство облегчения всего 20 % и равнодушия 14 %. Вина является одной из базовых эмоций и тесно связана с переживанием страха и печали. Появление чувства вины сигнализирует о том, что совершен поступок, нанесший вред человеку, с которым провинившийся состоит в лично-относительно значимых отношениях [Sandberg, 1980; Изард, 1999; Галин, 2001].

В структуре ПАС чувство вины связано с осознанием женщиной ответственности за то, что произошло с ее внутриутробным ребенком, и мучительным переживанием разлуки с ним. Возникающие интрапунитивные реакции усиливаются под воздействием таких стрессогенных факторов, как наступившее вследствие аборта бесплодие, привычные выкидыши при последующих беременностях, рождение больного ребенка или смерть детей.

Страдающие ПАС женщины говорят о глубокой душевной или сердечной боли, смертной тоске, чувстве невосполнимой утраты: «Я чуть не истекла кровью во время аборта! А мое сердце кровоточит и сегодня...» [Бойкерс, Фассбендер, 2001]. Стремясь освободиться от «растущей в душе смертоносной опухоли», они пытаются поделиться своими переживаниями с близкими людьми, но их состояние только ухудшается после этого, так как они осознают, что их поступок невозможно простить и исправить. В результате появляется чувство безысходности, отчаяние, подавленность и страх. «Я никак не могла объяснить мужу, что виновата в смерти своего ребенка. У меня не было права так поступить с ним. Мне нет прощения...» [Бойкерс, Фассбендер, 2001].

Многие из женщин в отчаянии задают специалистам вопросы: «Неужели эта рана никогда не затянется?», «Сколько же она может мучить меня?». Исследовательница М. Уолд пишет: «Душевная боль остается в сознании абортировавшей своего ребенка матери как контрапункт на всю оставшуюся жизнь, хотя время и притупляет ее остроту» [Kent, 1980. P. 80; Angelo, 1992].

В большинстве своем беременные женщины, соглашаясь на аборт, видят в нем средство от депрессии, которая наступила вследствие незапланированной беременности. Однако происходит обратное: только после аборта им открываются в полной мере отличительные особенности жизни в де-

прессивном состоянии. «Никто не знает, как тяжело после аборта. У меня постоянно возникают приступы, после которых я уже не могу никого видеть и целыми днями лежу в постели с зашторенными окнами». О патологических изменениях настроения свидетельствуют 40 % женщин. У многих из них впервые появляются суицидальные мысли. Часто плачут без видимых причин 35 % женщин, примерно такое же их количество испытывает ничем не обоснованный интенсивный страх. Более половины из сделавших аборт женщин становятся психически неуравновешенными, жалуются, что утратили душевное спокойствие, и не надеются обрести его вновь. От угнетающих воспоминаний они стараются избавиться любым путем. Некоторые женщины, рассчитывая разрешить возникший у них тяжелый интраперсональный конфликт, прибегают к внешнему решению проблемы, например пытаются «исправить» ошибку повторной беременностью [Пултавская, 2002; Онищук, 2006].

Часто пациентки не признают аборт непосредственной причиной своего страдания, но охотно соглашаются с тем, что им необходимо справиться с депрессией. Неготовность осознать глубинные причины расстройства предрасполагает к формированию аддиктивного поведения, в основе которого лежит стремление уйти от реальности посредством изменения психического состояния с помощью употребления психоактивных веществ или участия в определенных видах деятельности. Это может быть химическая (чаще всего алкоголь, наркотические вещества) или ургентная зависимость. Последняя форма аддикции проявляется в стремлении к постоянной занятости, поддержанию ощущения нехватки времени с целью избежать ситуаций, провоцирующих возвращение к переживанию психотравмирующего события [Короленко, Донских, 1990]. Нередко возникает зависимость от психотропных препаратов (транквилизаторы, снотворные), применение которых в данном случае направлено на снятие эмоциональной боли, страха и чувства вины.

Второй вариант психологических проявлений ПАС выражается в учащении агрессивных реакций экстрапунитивной направленности, в появлении разочарования в жизни, тревожной настроенности, дисфории, повышенной эмоциональной возбуди-

мости. Женщина постоянно испытывает негативные чувства по отношению к супругу, родителям, другим родственникам и друзьям: «Они заставили меня прервать беременность, сделали навсегда несчастной и как ни в чем не бывало продолжают смотреть мне в глаза». У некоторых из женщин появляются новые, не свойственные им ранее, личностные черты: цинизм, недоверчивость, подозрительность и нетерпимое отношение к людям, эмоциональная холодность или недостаток сочувствия, обидчивость, ранимость и интерперсональная сенситивность, а также реакции инфантильного или гистрионического типа. Деадаптивные формы поведения отличаются эгосинтонией и проявляются в различных сферах жизни. Не находя в себе сил простить близких, сохранить доверительные отношения с ними, женщина лишает себя их поддержки. Ошибочная интерпретация близкими людьми ее поведения усугубляет отрицательную личностную динамику. Мужья склонны объяснять возникшие изменения во взаимоотношениях поздно проявившимся «плохим характером» жены, так как они остаются в неведении относительно истинных причин происшедших в семье перемен, что в дальнейшем нередко становится причиной развода [Angelo, 1992; Пирсон, 1998].

Если решение женщины прервать беременность было самостоятельным и добровольным, со временем она все равно начинает сомневаться в его правильности, но не сразу приходит к переосмыслению последствий когда-то происшедшего тяжелого жизненного события. Она может осуждать близких людей за их безнравственные поступки, оправдываться перед самой собой и окружающими: «Я не виновна, на фоне ужасающих преступлений нашего времени, когда люди погибают тысячами, мой аборт – это просто ничто». Но рационализация и отрицание своей вины, сравнение себя с другими женщинами («Не я одна, все так делают») приносит лишь временное облегчение [Veber et al., 1991; Пултавская, 2002].

Осознание того, что совершена ошибка сопровождается появлением агрессивных чувств по отношению к тем, кто так или иначе подтолкнул к аборту: родственникам, подругам, медицинским работникам. Женщина обвиняет врачей в том, что они не пытались отговорить ее от применения медицинского аборта, умолчали о его послед-

ствиях, ввели в заблуждение, предоставили недостоверную либо неполную информацию. Она вспоминает подробности того, как ей внушили, что аборт – это всего лишь операция по удалению «растущих тканей», способ возвращения месячных или метод контрацепции, и начинает чувствовать себя заложницей ситуации или жертвой злого умысла. «Мы с мужем как-то по привычке забрели на старую детскую площадку нашей семьи. И во мне вдруг проснулась совесть, мой внутренний голос, который снова зазвучал во мне: «Я не хотела этого. Что вы сделали со мной?». Недоверие к врачам растет, если они не понимают и не принимают состояния женщины или продолжают скрывать, что ее переживания типичны, объясняя их тяжесть и травматичность индивидуальными особенностями, например «слабостью нервной системы», приобретенной в детстве или пубертатном возрасте пограничной психической патологией и т. д. Если полностью отсутствует информация о ПАС, женщина начинает считать возникшее у нее расстройство исключительным явлением, стыдится своих чувств и симптомов болезни. Полностью утратив доверие к врачам, она задумывается над самыми тяжелыми для нее вопросами: «Как врачи поступили с останками моего ребенка? Что с ним случилось после его смерти?» [Kent, 1980; Бойкерс, Фассбендер, 1991; Angelo, 1992].

Продолжительное течение ПАС без оказания специализированной медико-психологической помощи имеет отрицательные социальные последствия. Женщина утрачивает перспективу будущего, с трудом заставляет себя выполнять профессиональные обязанности даже в тех случаях, когда до аборта работа ее полностью удовлетворяла. Полноценному функционированию в профессиональной сфере препятствуют появившиеся симптомы гормональной и психовегетативной дисфункции: «Я вынуждена была бросить работу, потому что обливалась потом, беспричинно краснела или бледнела, у меня постоянно дрожали руки...» [Пултавская, 2002].

Неблагоприятно отражаются на отношениях с окружающими нарушения эмоционально-волевого характера. Женщина становится восприимчивой к малозначимым событиям, сомневается в своих способностях при выполнении привычных для нее повседневных дел. Появляется выраженная

подвижность, неустойчивость, легкость смены эмоций, возникают состояния охваченности страхом, гневом или тоской. Может иметь место постоянно сохраняющаяся тягостная погруженность в связанные с абортом переживания, причем осознание неспособности думать о чем-либо другом сопровождается самообвинением и самоуничижением. Положение женщины осложняется тем, что она вынуждена демонстрировать во время социальных контактов личное благополучие, используя для этого «подходящую маску». Большую часть внутренних сил женщина тратит на то, чтобы скрыть свое истинное состояние [Veber, 1991].

У имеющих в анамнезе аборт женщин встречается симптомокомплекс психического бесчувствия, получивший название «эмоциональный робот» (Roboter Feeling), в основе его развития лежит подавленный страх осознания последствий психотравмирующего события. Внешне это проявляется в искусственной манере поведения, эмоциональной холодности и отстраненности в процессе общения. «Я выполняю любую работу механически, перестала искренне радоваться, смеяться, даже плакать. Все безразлично для меня и серо». Описывая свое состояние, женщины говорят о гибели души, появлении ощущения внутренней пустоты, жалуются, что их жизнь остановилась: «Я превратилась в живой труп. Вам кажется, что я продолжаю жить, а на самом деле меня давно уже нет, я умерла вместе с моим ребенком» [Sim, 1963; Бойкерс, Фассбендер, 1991].

Аборт – это противоестественный акт, противоречащий человеческой природе, разрушительно воздействующий на самосознание и материнскую сферу женщины. У нее снижается самооценка, теряется уважение к себе, искажается структура комплекса женственности. Искусственное прерывание беременности осложняется семейной дезадаптацией. Большинство из сделавших аборт женщин испытывают серьезные трудности в поддержании гармоничных отношений с супругом, детьми и другими родственниками. Аборт оказывает влияние на всех членов семьи. Все чаще специалисты говорят о ПАС, стойких расстройствах настроения и нарушениях фрустрирующего типа у отцов абортированных детей. Мужчины по непонятной для них причине утра-

чивают способность радоваться жизни и жалуются на постоянное невезение. Им свойственно преодолевать депрессивное настроение посредством аддиктивных реализаций и активных форм поведения [Онищук, 2006].

Хотя супруги или партнеры сталкиваются с одним и тем же психотравмирующим жизненным событием, каждый переживает его лично. Реакции женщины и мужчины практически никогда не бывают конгруэнтными, не совпадает и степень выраженности психологической дезадаптации, характер появляющихся в различных сферах жизни проблем. В большинстве случаев возникает угроза целостности семьи: по статистике, 70 % состоящих в браке и неженатых пар расходятся в течение года после аборта. Прародители также могут переживать утрату своего потомства и нуждаются в признании реальности и значимости своих чувств [Liley, 1971; Kent, 1980].

Описан так называемый «синдром выжившего», возникающий у детей, которые были рождены в семье до аборта, в результате переживания ими чувства вины. Например, сын случайно узнавший или догадавшийся о том, что беременность матери была прервана, пытается ответить на чрезвычайно важный для него вопрос, почему родители ему позволили жить, а другому ребенку нет. Внутренний конфликт порождает чувство страха и глубинное недоверие, прежде всего к матери [Kent, 1980]. Наблюдения доктора Э. Шеридана подтверждают эти данные: «Ребенок, который чувствует, что скоро будет прибавление в семье обычно не желает этого. Если спустя какое-то время никто так и не появляется, у него может возникнуть мысль, что он обладает сверхспособностью «устранять» людей. А если ему становится известно, что для этого было что-то специально предпринято его матерью, он начинает бояться ее» [Veber et al., 1991].

Аборты понижают психическую сопротивляемость человека к насилию над детьми и к детоубийству. Канадский исследователь Ф. Ней пришел к выводу, что существует выраженная связь между применением аборта и плохим обращением с детьми. Происходит своеобразная блокада материнско-детских отношений, которая приводит к их деформации. Даже спустя много лет после аборта мать не в состоянии глубоко и

правильно понять внутренний мир и потребности своих детей, что нарушает их гармоничное развитие и социальную адаптацию. У таких детей обострено чувство страха, они не способны радоваться жизни, боятся потерять связь с матерью и поэтому ни на шаг не отходят от нее. Или их отличает агрессивное поведение в отношении родителей и других авторитетных лиц, склонность к аутодеструктивным проявлениям, суицидальному поведению. Страх преследует их всю жизнь. В молодом возрасте появляются трудности в построении доверительных отношений в семье и воспитании собственных детей. Согласно статистическим данным, повзрослевшие дети применявших аборт родителей в большинстве случаев сами одобряют аборт и передают такое отношение к этому методу регуляции рождаемости последующим поколениям. В связи с этим занимающиеся проблемой аборта специалисты говорят о культуре смерти современного общества, которая угрожает людям появлением чрезвычайно опасных и деструктивных социальных тенденций [Neu, 1989].

Ситуация совершенного аборта переосмысливается при подведении итогов прожитой жизни, оценке последствий определивших жизненный путь решений и поступков. «Состоящая в браке 40-летняя женщина была бездетна вследствие непроходимости маточных труб. Вместе с мужем она много сил отдавала общественной работе и благотворительности и была полностью удовлетворена семейными взаимоотношениями. Во время расширенного гинекологического обследования была обнаружена быстро растущая миома матки, требующая неотложного хирургического лечения. Психологическая реакция женщины на сообщение врачей о выявленном заболевании была очень тяжелой и продолжительной. Несколько месяцев спустя на приеме у психотерапевта она рассказала, что во время учебы в институте ей пришлось сделать аборт у «отличного хирурга». Вступив в брак она долгие годы надеялась опять забеременеть. Когда стало известно, что необходима операция, призрачная надежда стать матерью исчезла навсегда. Завершая свой рассказ пациентка обреченно произнесла: “Я убила своего единственного ребенка!”» [Sandberg, 1980; Angelo, 1992].

Личностно зрелые женщины глубоко и осознанно переживают абортный конфликт, более склонны к нравственной рефлексии. В процессе преабортного консультирования они в большей степени ориентированы на сотрудничество и расположены рассматривать вариант сохранения жизни ребенку. Исследователями отмечается также, что у женщин со сформированным религиозным чувством постабортный синдром протекает интенсивнее, идентификация и осмысление вызвавших его причин сопровождается положительной личностной динамикой, а психотерапевтическое лечение дает лучшие результаты. В некоторых случаях несостоявшиеся матери в поисках путей обретения душевного спокойствия начинают ухаживать за тяжелыми больными, усыновляют сирот или помогают на общественных началах тем женщинам, которые находясь в тяжелой жизненной ситуации, намереваются сделать аборт [Veber et al., 1991; Онищук, 2006].

Инфантильные, не развитые в духовном отношении и имеющие грубые нарушения материнской сферы женщины чаще убеждают себя в необходимости сделать аборт. Изживание внутреннего конфликта носит у них неосознанный характер и проявляется преимущественно в форме психовегетативных и психосоматических расстройств.

В некоторых случаях появляется навязчивое желание каким-либо мистическим способом восстановить разрушенную связь с абортированным ребенком. Постоянные мысли об этом создают сложности в воспитании рожденных детей. Если женщина бездетна, она ищет повод, чтобы навсегда отказаться стать матерью. Типична и обратная ситуация: несостоявшаяся мать пытается исправить совершенную ошибку и торопится «заменить» погибшего ребенка живым. Она надеется, что забота о новорожденном станет лекарством от душевной боли и заполнит возникшую в ее жизни пустоту. Чтобы реабилитироваться в собственных глазах, избавиться от поставленного на себе клейма «плохой матери», имеющая постабортные нарушения женщина формирует гиперопекающий стиль воспитания [Sandberg, 1980; Пуллавская, 2002].

Постабортный синдром описывается как комплекс симптомов, особенности развития и проявления взаимосвязей между которыми определяется целостностью психосоматической

организации человека. Дороте Эльбрух отмечает: «Совершающая аборт мать нарушает единство своей души и тела» (см.: [Бойкерс, Фассбендер, 1991]).

Течение возникших в результате психотравмирующего события соматических заболеваний усугубляет процесс психической дезадаптации, что в свою очередь приводит к появлению клинически выраженной психопатологии.

Доктором философии и клиническим психологом университетской клиники г. Вюрцбурга М. Симон было обследовано 110 имеющих травматичный опыт аборта женщин. Конфликт у большинства из них проявлялся в скрытой форме, маскируясь соматическим расстройством и различными формами психовегетативных нарушений. М. Симон считает, что в большей степени на функционировании различных систем организма отражается неосознаваемое женщиной чувство вины и страха. Характер психореактивных связей, сформировавшихся под воздействием аффективно-эмоциональных факторов, определяет клиническую картину, длительность и течение соматических проявлений ПАС, их резистентность к терапевтическому лечению [Бойкерс, Фассбендер, 1991].

Самыми распространенными соматическими нарушениями являются гинекологические заболевания различной степени тяжести: маточные кровотечения, привычные выкидыши, нарушения менструального цикла с ярким психовегетативным и аффективным сопровождением: «Проблемы с месячными каждый раз напоминали мне о ребенке, и все начиналось сначала: мигрень, страх, боли, постоянные слезы. Мне никогда не выйти из этого заколдованного круга» [Уиллке, Уиллке, 2003].

Отдаленные медицинские последствия связаны с тем, что аборт является не физиологическим явлением, а грубым насильственным вмешательством в нейроэндокринные регуляторные механизмы. Происходит срыв в работе гипофизарно-гипоталамической системы, настроенной, как и весь организм женщины, на сохранение беременности, что и становится пусковым фактором соматического заболевания. Зачатие, вынашивание и рождение ребенка – последовательные этапы в реализации биологического инстинкта продолжения рода. Искусственное прерывание беременности можно

сравнить с крушением движущегося с большой скоростью поезда. Оперативное вмешательство длится 15–30 минут, но обеспечивающие доминанту беременности психофизиологические процессы за такое короткое время нельзя ни «затормозить», ни тем более «остановить». Поэтому в случае применения аборта неизбежно возникают различные формы функциональных расстройств.

Может развиваться психовегетативный синдром с признаками дисфункции сердечно-сосудистой системы (учащенное сердцебиение, боли в области сердца, лабильность артериального давления), пищеварительного тракта (метеоризм, аэрофагия, абдоминальный дискомфорт, неустойчивость стула) или различные формы дыхательного дискомфорта: «После аборта мне все время казалось, будто я в оковах! Я ощущала постоянный страх и начала задыхаться. А врачи не находят никаких отклонений!» [Angelo, 1992].

Типично возникновение соматоформного болевого расстройства, с характерными болевыми ощущениями, локализация и интенсивность которых не соответствуют иннервации, и их нельзя объяснить каким-либо из имеющихся у пациентки соматических заболеваний. Наиболее часто встречаются цефалгии, боли в области спины и в нижней части живота. «Я в течение многих недель страдала от сильной боли. “Это твоя больная фантазия, а не боль, сколько можно притворяться”, – слышала я постоянно от мужа. “Мне не понятны причины ваших жалоб”, – недоумевал врач. Я стонала и теряла последнее терпение, сочувствовала мне только мама» [Онищук, 2006; Уиллке, Уиллке, 2003].

Постоянно сохраняющийся у страдающих ПАС женщин высокий уровень психоэмоционального напряжения вызывает нарушение работы иммунной системы, что приводит к увеличению заболеваемости вирусными и бактериальными инфекциями с затяжным течением и осложнениями. В постабортный период могут развиваться и иметь неблагоприятное течение такие воспалительные заболевания кишечника, как неспецифический язвенный колит и болезнь Крона, в этиопатогенезе которых наряду с генетическими факторами большую роль играют психогенные и иммунные факторы.

К угрожающим жизни женщины последствиям аборта относятся новообразования

половых органов. Полная безысходность, одиночество, потеря смысла жизни, хронически подавляемое чувство вины приводят к опухолевой трансформации клеток тканей организма, с развитием процесса малигнизации. Описаны случаи течения ПАС, осложнившиеся раком молочной железы и злокачественными опухолями другой локализации. При беременности в организме женщины наблюдается значительное повышение концентрации эстрогенов в крови, что необходимо для роста и гиперплазии молочных желез и подготовке их к лактации. Аборт же внезапно вызывает выраженные изменения в гормональном балансе. Вероятность возникновения злокачественной опухоли молочной железы возрастает в тех случаях, когда после аборта молодая женщина систематически употребляет гормональные противозачаточные средства [Brind et al., 1996].

В книге «Кожные болезни как вестники души» французского врача-дерматолога и психотерапевта А. Магир описан случай непрерывно прогрессирующего, коморбидного депрессии и закончившегося летальным исходом кожного заболевания 22-летней пациентки. Причиной развития болезни стал аборт (см.: [Angelo, 1992]).

У переживших искусственное прерывание беременности женщин возникают сексуальные дисфункции: избегание половой близости, расстройства сексуального влечения. «Теперь я просто ненавижу своего партнера, мне отвратительны все мужчины и любые сексуальные отношения». Имеющие постабортные нарушения женщины переживают кризис женственности, стараются изменить свою внешность, чтобы стать менее привлекательными для мужчин. Они, понимая, что вынуждены были сделать аборт, так как допустили не предполагающие взаимной ответственности партнерские отношения, блокируют сексуально окрашенные паттерны поведения, чтобы избежать подобных связей в будущем. Женщины ограничивают социальные контакты, допускают небрежность в одежде, испытывают постоянный страх потерять контроль над собой и забеременеть повторно. Если сексуальные компоненты внешнего образа регулируются женщиной на бессознательном уровне, у нее появляется проблема избыточного веса, косметические дефекты. Нередки случаи, когда женщины начинают

вести беспорядочную сексуальную жизнь, становятся беззащитными перед сексуальными партнерами [Veber et al., 1991; Kent, 1980].

Тяжесть полученной женщинами психологической травмы объясняет высокую вероятность возникновения у них психических расстройств. «Когда я поняла, что разлука с моим ребенком никогда не кончится, мне стало казаться, что и моя собственная жизнь висит на волоске. Душа навсегда наполнилась ужасом, который словами не передать. Ночами кусаю в кровь губы, зову на помощь мать, а внутри – только мрак и боль, и мысль: скорее бы умереть...» [Spekhard, Rue, 1992].

Клинически выраженные формы психической патологии возникают у женщин после прерывания беременности в 80 % случаев, отличаются продолжительным течением и с трудом поддаются терапии [Sim, 1963].

С 70-х гг. прошедшего столетия психиатры и психологи-консультанты США и Европейских стран почти ежедневно сталкивались в своей профессиональной деятельности с болезненным состоянием женщин, предъявляющих жалобы на тягостное чувство бесперспективности жизни, отчуждения от окружающих, ощущение внутреннего оцепенения и «изоляции души от тела». Это состояние получило название «абортного невроза». Специалистами было замечено, что оно могло осложняться тяжелыми психическими и психосоматическими заболеваниями, дезадаптацией в различных сферах жизни.

В настоящее время наиболее типичными для ПАС считаются проявления депрессивного круга, включающие триаду основных симптомов: пониженное настроение, замедленное мышление и двигательная заторможенность. Субъективно женщина испытывает тяжелые эмоции – подавленность, тоску, отчаяние. У нее снижены влечения, волевая активность, мотивация к выполнению определенных действий и осуществлению желаний; характерна бедность содержания мыслей, спонтанность, быстрая утомляемость и раздражительность. Может отсутствовать аппетит, появляется ранняя бессонница, изменяется восприятие времени. Доминируют связанные с абортom идеи самообвинения, самоуничижения, формируется комплекс вины с характерными мысля-

ми о бесполезности своего существования, безнадежности, безвыходности сложившейся ситуации. Имеет место низкий уровень фрустрационной устойчивости, падает самооценка. Всякое напоминание об аборте или предрасполагающее к печальным воспоминаниям одиночество усиливают остроту переживаний женщины. В случае тяжелых, длительно текущих депрессивных состояний возможны суициды. «В операционной врач расстроил меня, сказав, что ошибся, срок беременности больше, чем он предполагал. Когда одевалась, увидела ведро, в нем находился мой ребенок, он был размером с ладонь... С той ночи я все время плачу, как плачет новорожденный, беспомощно сжимая кулачки. Сколько раз стояла у окна с мыслями о самоубийстве, что меня удерживает – не знаю». Врачи отмечают увеличение суицидальных попыток в годовщины, относящиеся к прерванной беременности: приблизительный срок родов, дата аборта и т. п. [Sandberg, 1980; Angelo, 1992; Уиллке, Уиллке, 2003].

Возникающие в результате осознания реальности утраты абортированного ребенка переживания приводят к развитию тревожной и обсессивно-фобической симптоматики. Лишившись внутреннего спокойствия, женщина постоянно думает о случившемся с ней и ее ребенком, не имея возможности разделить свое горе с окружающими людьми. И так как любая смерть необратима, она не видит для себя выхода из жизненного тупика, который сама для себя создала. Осознание окончательности расставания с родным ей ребенком, трагичности его судьбы, невозможности для себя этой потери проявляется в возникновении генерализованной тревоги или парализующего страха, который начинает довлеть над чувствами и мыслями, определять жизненные выборы и поведение. Появляются навязчивые сомнения в себе с компульсиями проверок: женщина все время чувствует себя виноватой и тревожится, что неправильно выполнила что-либо или забыла сделать. Она постоянно беспокоится, что в семье случится трагическое событие. У некоторых пациенток наблюдается навязчивая медлительность, они подолгу сидят за столом во время еды или погружаются в задумчивость при выполнении различных дел. Симптомы заболевания воспринимаются ими как чуждые и неприятные, от которых невозможно само-

стоятельно освободиться. Часто постабортное расстройство приобретает форму развернутых панических атак с тревогой ожидания и вегетативной гиперактивностью в межприступный период. Особенно беспокоит женщину страх наказания за содеянное, постоянные опасения за жизнь и здоровье других детей, а также страх, что рожденные больными или заболевшие после совершенного аборта дети не простят ей, если узнают о причине их несчастья. Кроме того, для ПАС типичен страх осуждения случайно узнавшими об аборте малознакомыми людьми [Sim, 1963; Sandberg, 1980].

Характерны выраженные аффективные реакции на напоминающие о психотравмирующем событии внешние стимулы: долгие годы женщины не могут смотреть на младенцев и детей дошкольного возраста или, например, болезненно воспринимают шум пылесоса, ассоциирующийся у них с операцией вакуумной аспирации.

Имеют место диссомнии – затрудненное засыпание или трудности поддержания сна, парасомнии – тревожные сновидения, ночные кошмары с пробуждениями, которым предшествуют вскрикивания, плач или беспокойство, приступы паники и тревожные поведенческие проявления. Сновидения, в которых женщины видят своих нерожденных детей, вызывают особенно тяжелые переживания: во сне дети представляются матерям мертвыми, покалеченными, обезображенными либо просящими о помощи, страдающими, упрекающими, говорящими о своей любви. «Ужасные сны мучают меня каждую ночь. Я даже рассказать об этом не в состоянии. Бывает так, что и днем куда не гляну – всюду мертвые дети!» «Я постоянно вижу во сне свою дочку, ей как будто очень плохо, и она просит меня о помощи, ее несчастные глаза постоянно стоят передо мной» [Spekhard, Rue, 1992; Бойкерс, Фасбендер, 1991].

Вынашивание и рождение ребенка обновляет организм женщины, вселяет в нее надежду на будущее, открывает новые возможности, способствует личностному развитию. Прерывание беременности приводит к появлению или обострению уже имеющихся заболеваний, которые снижают качество жизни и осложняют течение последующих беременностей. У неблагополучных в отношении психического здоровья женщин постабортные эмоциональные проблемы

возникают существенно чаще, чем у психически стабильных. При диагностированном психическом расстройстве вероятность развития ПАС в три раза выше, чем в случае неотягощенного психиатрического анамнеза. Чем серьезнее психическое заболевание, тем быстрее развивается и тяжелее протекает ПАС. Еще в 1970 г. Всемирной организацией здравоохранения было сделано заявление, подтверждающее это: «Женщины, для которых разрешенные законом аборт считаются оправданными по причинам психиатрического характера, подвергаются более высокому риску постабортных психических расстройств» (см.: [Sim, 1963; Kent et al., 1978]).

Послеродовые психические заболевания – достаточно распространенное явление, их возникновение мало прогнозируемо, они редко бывают устойчивыми и почти никогда не рецидивируют. При оказании своевременной медикаментозной и психотерапевтической помощи возможно полное выздоровление родившей женщины [Blanton, Deschener, 1990; Уиллке, Уиллке, 2003].

Искусственное прерывание беременности, напротив, провоцирует длительные и тяжело протекающие психозы. «Двадцатилетняя девушка уехала к сестре и в тайне от родителей сделала медицинский аборт. Накануне первой годовщины этого события, у нее развилось психотическое состояние с галлюцинаторным синдромом, недержанием мочи и кала. В последующем состояние больной неоднократно ухудшалось в период менструаций». Описаны случаи, когда прервавшие первую беременность женщины спустя годы после аборта верили, что их ребенок жив. Постабортные психические нарушения в сравнении с послеродовыми расстройствами не исключают рецидивов, имеют тенденцию к хронизации, прогрессированию, плохо поддаются терапии. Всегда существует опасность развития тяжелого, сопровождающегося нарушением сознания острого психотического состояния как непосредственно после аборта, так и в отсроченном периоде. Так, например, в 34 случаях клинических наблюдений постабортного депрессивного психоза у 16 пациенток прогноз был неблагоприятным. (Для сравнения: из 199 женщин с послеродовой депрессией психотического уровня прогноз был хорошим у 197.) Таким образом, медицинский аборт, проведенный по

психиатрическим показаниям, может быть причиной прогрессирования психической патологии, в частности выступать фактором риска психотической депрессии и провоцировать суицидальное поведение. Если же принимается решение о сохранении беременности и создаются необходимые для ее благополучного течения условия, отрицательной динамики психического состояния женщины, как правило, не наблюдается [Ford et al., 1971; Sandberg, 1980; Пуллавская, 2002].

Трудно переносимые страдания, переживание жизненного краха и отчаяния являются причиной формирования суицидального поведения. «Пропавшая после автокатастрофы семнадцатилетняя девушка была найдена на кладбище. Находясь в состоянии тяжелой депрессии после совершенного аборта, она вычислила, в какое время должен был родиться ее ребенок, и “назначила” себе на этот день аварию». Статистические данные свидетельствуют о большей частоте встречаемости завершенных суицидов у женщин после аборта, по сравнению с беременными, сохранившими ребенка¹. Осознание ответственности за его жизнь является своего рода защитным фактором и препятствует реализации суицидальных мыслей. «Уровень самоубийств после аборта в три раза превышает общий уровень и в шесть раз превышает уровень самоубийств в послеродовой период». Статистика суицидов для родивших женщин составила 5,9 на сто тысяч; после самопроизвольного выкидыша – 18,1, а после аборта – 34,7 (см.: [Gissler, 1996; Уиллке, Уиллке, 2003]).

В подробном отчете за период с 1950 по 1965 г. «Смертность от криминальных абортов и самоубийств при беременности» (Миннесота, США), приводятся следующие факты: «За пятнадцать лет в штате Миннесота было четырнадцать самоубийств психически больных матерей или одно на каждые 93 000 родов. Десять из них покончили с собой после родов, а четыре – в период беременности. Двенадцать из четырнадцати женщин-самоубийц находились в состоянии психотической депрессии, две страдали шизофренией и только четверо из них консуль-

тировались у психиатра. Количество самоубийств за то же время среди небеременных женщин составило 3,5 на 100 000 населения, среди здоровых беременных женщин – 0,6 на 100 000 населения». В отчете делается вывод, что искусственный аборт по психиатрическим показаниям необходимо отнести к научно необоснованным и с позиций медицинской практики неоправданным мерам. В арсенале терапевтических воздействий существуют более гуманные и эффективные по сравнению с абортом методы лечения психически больных беременных.

Распространенность суицидального поведения среди женщин, имеющих в анамнезе искусственное прерывание беременности, по современным данным, сопоставима с суицидальными потерями вследствие алкогольной зависимости. В Америке существует национальное общество для оказания психотерапевтической и клинико-психологической помощи женщинам с незавершенными суицидами после пережитого аборта, которое создавалось по образцу общества «Анонимные алкоголики» (М. Ухтман, директор Центра анонимных самоубийц в Огайо) [Gissler, 1996; Уиллке, Уиллке, 2003].

Риск суицидального поведения повышается по мере углубления осознания женщиной безнравственности и непоправимости совершенного ею поступка: «Я очень плохая женщина, безжалостная преступница, убившая ни в чем не повинного беззащитного ребенка...». Подобные мысли сопровождаются тяжелыми угрызениями совести, которые превращают жизнь женщины в непрекращающиеся страдания. «Я прозрела и оказалась в совсем другой, жестокой реальности. Я – часть этой реальности. У меня цепенеет душа, я с трудом сдерживаю крик отчаяния». Аборт теперь оценивается как событие, повлекшее за собой смерть ребенка, который был полноценным человеком. Мать осознает реальность его короткой жизни, то, что эта жизнь могла и должна была продолжаться [Бойкерс, Фассбендер, 1991].

В сравнении с другими видами утрат в случае аборта родительское горе переживается особенно тяжело и длительно. Тяжесть ситуации усугубляется тем, что мать точно знает, что гибель сына или дочери произошла в результате ее решения и действий, более того, внутри ее собственного тела, кото-

¹ Для справки: в Бирмингеме (Англия) за 7 лет 119 женщин младше 50 лет совершили самоубийство. Ни одна из них не была беременной. За период с 1938 по 1959 г. 13 500 шведским женщинам отказано в аборте. Только трое из них покончили с собой.

рое сохраняет память о случившемся. Вступая в конфликт со своей телесной сферой, женщина начинает сомневаться, что сможет рожать здоровых детей, страдает от психосоматических заболеваний. У нее не остаются конкретных воспоминаний о ребенке, отсутствует место его захоронения. Если сначала безобразность ребенка помогает женщине закрыть глаза на то, что она прерывает его жизнь, то в дальнейшем это же обстоятельство осложняет процесс идентификации с ребенком, утяжеляет чувство потери и вины [Kent, 1980; Spekhard, Rue, 1992].

В результате аборта мать и отец лишаются части себя самих, статуса родителя, здоровой семьи. Когда умирают старшие члены семьи, человек расстается со своим прошлым, когда умирает его ребенок он теряет свое будущее. Высокая травматичность постабортных переживаний связана не только с тем, что искусственное прерывание беременности противоречит законам природы и нравственным основам жизни, нарушает реализацию базовой родительской функции, но и с неоказанием родителями адекватной поддержки ближайшим социальным окружением. Считается, что отец и мать не могут горевать о ребенке, если аборт был сделан по их желанию, поэтому им отказывается в праве на скорбные чувства и болезненное состояние. Кроме того, в случае потери пренатального ребенка нет выраженного феномена отсутствия, необходимого для признания другими людьми того, что действительно произошла смерть человека [Liley, 1971; Ney et al., 1989].

Зарубежными исследователями описаны тяжелые психологические и психические последствия отказа матери от ребенка [Condon, 1986; Blanton, Deschener, 1990]. Существует сходство между состоянием матерей, оставивших своего ребенка в период новорожденности, и женщин, страдающих ПАС. Отказ от материнства родившей женщины также приводит к возникновению у нее стойких психосоматических нарушений, депрессивных и тревожных расстройств. Психосоматические симптомы, переживание тоски, гнева и вины не исчезают даже спустя десятилетия после отказа, в 48 % случаев чувство потери со временем возрастает. С другой стороны, одно лишь изменение решения в пользу воссоединения с ребенком улучшает психосоматическое

состояние женщины. Установлено, что матери, ничего не знающие о своем ребенке, находятся в худшем психологическом состоянии, чем те, которым что-либо известно о нем. Уверенность роженицы в благополучии малыша, от которого она отказалась, имеет на нее положительное психологическое воздействие. Несмотря на отказ от ребенка, у женщины сохраняется эмоциональная привязанность, духовная связь с ним и потребность в реализации материнских качеств. М. Ю. Колпакова, описывая особенности психологической работы с «отказницами», отмечает, что у женщин с редуцированным чувством материнства, отрицательно оценивающих свою актуальную жизненную ситуацию, обнаруживается тяжелый интраперсональный конфликт, приводящий к возникновению психосоматических расстройств и являющийся одной из главных причин психических аномалий, которые лежат в основе их девиантного поведения. Препятствующие формированию привязанности к ребенку противоречия возникают между духовно-нравственными ценностями матери-отказницы и эгоцентрической установкой, противодействующей ее совести, что приводит к подавлению потребности в любви и материнского чувства. Отказываясь от ребенка физически, мать не может полностью прервать сохраняющуюся на глубинном личностном уровне связь с ним. Даже при условии несформированной материнской привязанности и физического отчуждения от ребенка духовная связь сохраняется и так или иначе обязательно дает о себе знать [Радионова, 1997; Колпакова, 1999].

Диагностика ПАС требует проведения лонгитюдных исследований и комплексного клинико-психологического обследования в составе долгосрочной личностно ориентированной психотерапии. Своевременному проведению психодиагностического обследования и оказанию эффективной специализированной помощи препятствуют отсроченный дебют негативных последствий аборта, неочевидность и неосознанность существования причинно-следственной связи между появившимися патологическими проявлениями и перенесенным ранее медицинским вмешательством, неразделенность переживаний женщины с семьей и близкими, ее неготовность довериться помогающим специалистам.

Проводимое психологами анкетирование, как правило, не выявляет эмоционально-психологических нарушений, так как оно осуществляется в течение первых недель или месяцев после аборта, когда женщина еще испытывает облегчение, поскольку верит, что возникшая в ее жизни проблема устранена. ПАС относится к сфере «невидимой» боли: то, что женщина действительно чувствует и переживает в глубине личного бытия, разительно отличается от того, что она сообщает о себе в анкете. В Канаде проводилось исследование, в ходе которого опрашивались применявшие аборт женщины. Из тех испытуемых, которые в своих ответах отрицали наличие связанных с абортом проблем, была случайным образом отобрана группа, с которой в последующем проводилась каузальная психотерапия. Полученные в ходе ее проведения данные резко контрастировали с результатами анкетирования, включая те случаи, когда женщины относили аборт к неизбежному, единственно правильному в их жизненной ситуации поступку. Таким образом, было показано, что у женщин непротиворечивое при рациональном рассмотрении решение прервать беременность сосуществует с полным неприятием аборта на глубинном личностном уровне [Kent, 1980; Уиллке, Уиллке, 2003].

С. Стенфорд и К. Струк отмечают, что поскольку психологические последствия искусственного прерывания беременности связаны с надындивидуальными смысловыми структурами и приводят к потере жизненных ориентиров и нравственных ценностей, то для борьбы с ними женщине собственных личностных ресурсов, как правило, недостаточно. Возникающие после аборта психические нарушения по своей природе близки к описанным В. Франклом ноогенным неврозам. Рассматривать лежащий в основе ПАС интраперсональный конфликт необходимо с позиций холистического подхода, предполагающего иерархичность организации человека, единство его телесной, душевной и духовной сфер. Конфликт является следствием противостояния личности ее интегральной структуре – совести, и в наиболее тяжелых случаях вызывает состояние растерянности, смятения и дезориентации: «Внутри – развалины, в голове – хаос и путаница, ничего в себе не понимаю. Не могу разобраться, что хочу от

жизни, а что мне не нужно». Оказывающий помощь при развитии ПАС психолог должен сам принимать совесть как реальность внутренней жизни человека. Женщина способна признать, что аборт, о котором она почему-то так отчаянно пыталась забыть, действительно негативно повлиял на ее жизнь, если у нее есть глубокое взаимопонимание с кем-либо из членов семьи или сформировались доверительные отношения со специалистом. Осознание содержания и онтологической сущности интраперсонального конфликта облегчает его разрешение и улучшает психосоматическое и психологическое состояние пациентки. При благоприятной семейной ситуации и в случае оказания своевременной квалифицированной психологической и медицинской помощи симптоматика ПАС постепенно купируется, восстанавливается контакт с окружающим миром, семейные взаимоотношения и социальные связи. Женщина прощается с прошлым, учится сохранять память о нем и жить по-новому в настоящем [Ney et al., 1989; Spekhard, Rue, 1992].

Список литературы

Адкинс Ш. Постабортный синдром и его терапия. Программа организации Heartbeat International по терапии постабортного синдрома. М., 2000. 43 с.

Бойкерс И., Фассбендер П. Психические расстройства после аборта. Аугсбург-Бонн, 1991.

Галин А. П. Медицинские, социальные и психологические проблемы аборта у юных женщин (возможности реабилитации): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Ижевск, 2001.

Изард К. Э. Психология эмоций. СПб., 1999.

Колтакова М. Ю. Особенности психологической работы с матерями – «отказницами» // Московский психотерапевтический журнал. 1999. № 1.

Короленко Ц. П., Донских Т. А. Семь путей к катастрофе. Новосибирск, 1990.

Онищук Е. Ю. Влияние прерывания беременности на психологическое состояние женщины // Перинатальная психология и психология родительства. 2006. № 3. С. 43–50.

Пирсон Э. Defending the Cause of the Fatherless. 1998. [Электронный ресурс]. Режим

доступа: <http://www.cmserver.org/library/cat/abort.php?id=6>. Дата обращения 02.03.2008.

Пултавская В. Влияние прерывания беременности на психику женщины. М., 2002.

Радионова М. С. Динамика переживания женщиной кризиса отказа от ребенка: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 1997.

Селихова О. А. Медицинские и духовные аспекты посттравматического стрессового расстройства на примере постабортного синдрома. 2002. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.humanities.edu.ru/db/msg/46124>. Дата обращения 02.03.2008.

Уиллке Дж., Уиллке Б. Мы можем любить их обоих. Аборт: вопросы и ответы. М., 2003.

Angelo E. J. Psychological Sequelae of Abortion // *Linacre Quart.* 1992. Vol. 59 (2).

Blanton T. L., Deschner M. F. Biological Mothers' Grief: The Postadoptive Experience in Open Versus Confidential Adoption // *Child Welfare.* 1990. Vol. 69 (6). P. 525–535.

Brind J. et al. Induced Abortion as an Independent Risk Factor for Breast Cancer: A Comprehensive Review and Analysis // *J. of Epidemiology and Community Health.* 1996. No. 50. P. 481–490.

Condon J. T. Psychological Disability in Women who Relinquish a Baby for Adoption // *Med. J. Aust.* 1986. No. 144. P. 117–119.

Ford C. et al. Abortion, is it a Therapeutic Procedure in Psychiatry? // *JAMA.* 1971. Vol. 218. No. 8. P. 1173–1178.

Gissler M. Abortion / Suicide Link // *Br. Med. J.* 1996. Dec. 6.

Kent I. Abortion Has Profound Impact // *Family Practice News.* June 1980.

Kent I. et al. Emotional Sequelae of Elective Abortion // *British College of Med. Jour.* 1978. Vol. 20. No. 4.

Liley A. A Case Against Abortion. *Liberal Studies.* N. Y.: Whitcombe & Tombs, Ltd., 1971.

Ney P. et al. Mental Health and Abortion // *Psychiat. Jour.* 1989. Vol. 14. No. 4.

Ney P. Relationship Between Abortion and Child Abuse // *Canada Jour. of Psychiatry.* 1979. Vol. 24. P. 610–620.

Sandberg E. Psychology of Abortion in *Comprehensive Handbook of Psychiatry.* 3rd ed. L.: Kaplan & Friedman Publishers, 1980.

Sim M. Abortion and the Psychiatrist // *British Medical Jour.* 1963. Vol. 2. P. 145–148.

Spekhard A., Rue V. Post Abortion Syndrome // *J. of Soc. Issues.* 1992. Vol. 48. No. 3.

Veber L. et al. Post Abortion Grief // *Psychol. Sequel. of Ab., Humane Med.* 1991. Vol. 7. No. 3.

Материал поступил в редколлегию 21.01.2009

E. Ya. Polyakova

CLINICOPSYCHOLOGICAL ASPECTS OF POSTABORTAL SYNDROME

Causes of genesis and characteristics of course of postabortal syndrome as a type of posttraumatic stress disorder are considered from the point of view of the holistic psychosomatic approach. Systemic exposition of the whole set of postabortal derangements are given resting upon works of foreign specialists and specialists of our country. Medical abortion is defined as a painful psychologic traumatic life event that leads to forcible destruction of psychosomatic and ontological spiritual interconnection of a mother and her intrauterine child. A subjective picture of woman's experience of her intrapersonal conflict that provokes typical derangements of a maternal sphere and family relations is explained. This picture determines a specificity of psychological care.

Keywords: holistic psychosomatic approach, postabortal syndrome, intrapersonal conflict, family.