

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования
«ТЮМЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

ИНСТИТУТ ПСИХОЛОГИИ И ПЕДАГОГИКИ
Кафедра общей и социальной психологии

РЕКОМЕНДОВАНО К ЗАЩИТЕ
В ГЭК И ПРОВЕРЕНО НА ОБЪЕМ
ЗАИМСТВОВАНИЯ

Заведующий кафедрой

к.психол.н.


О.С. Андреева

2019 г.

3.07

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

(магистерская диссертация)

РЕТРОСПЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА ЖЕНЩИНАМИ СВОЕГО
РЕПРОДУКТИВНОГО ВЫБОРА

37.04.01 Психология:


«Психологическое консультирование»

Выполнила работу
Студентка 2 курса
очной формы обучения


(Подпись)


Чайко
Елена
Викторовна

Научный руководитель
(профессор,
доктор психол. наук)


(Подпись)

Доценко
Евгений
Леонидович

Рецензент
(руководитель отдела кадров
ООО «Жилкомсервис»,
кандидат психол. наук)


(Подпись)

Дукман
Алёна
Александровна

г. Тюмень, 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. РЕПРОДУКТИВНЫЙ ВЫБОР КАКА НАУЧНАЯ ПРОБЛЕМА ...	9
1.1. Раскрытие понятия кризисной беременности и репродуктивной свободы женщин	9
1.1.1. Феномены, отражающие характер репродуктивного выбора женщины	9
1.1.2. Общественная значимость проблемы искусственного прерывания беременности	12
1.1.3. Практическая значимость доабортного консультирования и его проблемы	15
1.2. Обзор литературы по теме кризисной беременности	17
1.2.1. Ценностный выбор как центральная проблема преабортного консультирования.....	17
1.2.2. Моральный или юридический запрет: за и против	21
1.2.3. Исследования репродуктивного выбора и принятия решений как психологической проблемы	24
1.3 Репродуктивный выбор как поступок.....	27
1.3.1. Преабортное состояние как особая задача на поступок	27
1.3.2. Репродуктивный выбор как поступок: от ситуативности к зрелости.....	31
1.3.3. Постабортный синдром как результат незрелого поступка	35
1.4. Выводы по главе 1	36
ГЛАВА 2. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ВЫБОРА ЖЕНЩИН.....	38
2.1. Организация и проведение исследования	38
2.1.1. Планирование исследования	38
2.1.2. Ход исследования.....	40
2.1.3. Обработка данных.....	40
2.2. Результаты исследования	44
2.2.1. Анализ количественных результатов.....	44
2.2.2. Качественный анализ результатов	47
2.2.3. Обобщённый анализ результатов	54
2.3. Выводы по главе 2.....	55
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	56
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	58
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	66
Приложение 1.	66
Приложение 2.	70
Приложение 3.	84
Приложение 4.	85
Приложение 5.	86

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность.

Как сообщается в документе, опубликованном на официальном сайте Росстата, на 1 июня 2017 года численность населения в России составила 146,8 миллиона человек. Это на 31,1 тысячу меньше, чем в начале года. Причиной уменьшения населения, по данным статистиков, стал рост естественной убыли населения. Так, с января по май 2017 года число умерших россиян превысило число родившихся в 1,2 раза. В 28 субъектах Российской Федерации превышение составляло от 1,5 до 2 раз. Естественный прирост населения зафиксирован в 21 субъекте РФ, в то время как в 2016 году превышение рождаемости над смертностью отмечалось в 33 регионах страны. Всего за первые пять месяцев 2017 года скончались 791 тысяча жителей страны, рождаемость составила 679,2 тысячи человек. Естественная убыль населения составила 111,8 тысячи человек. Численные потери населения компенсирует миграционный прирост. Таким образом, мы видим, что демографическая ситуация в нашей стране обострена, и в задачи государства входит принятие мер по её улучшению.

Повлиять на сложившуюся ситуацию в рамках государственной демографической политики можно в том числе и с помощью мероприятий по увеличению рождаемости (повышение качества оказания медицинских услуг; социально-экономические программы, направленные на улучшение качества жизни, и др.). Одним из способов увеличения рождаемости является сохранение незапланированной беременности. Большое значение приобретает нарастающая в обществе тенденция к изменению отношения к репродуктивному выбору женщины.

Репродуктивный выбор – это выбор беременной женщины между вынашиванием плода или прерыванием беременности. В соответствии с действующим российским законодательством любая женщина имеет право на искусственное прерывание беременности, то есть женщина вправе

самостоятельно решать вопрос о материнстве. По закону на женщине не лежит обязанность вынашивания плода при каждой беременности.

Одним из вариантов решения проблемы демографии является консультирование женщин в ситуации репродуктивного выбора. Реализация данного проекта на уровне государства является существенным вкладом в решение проблемы демографии. Также большое значение имеет и консультирование женщин, которые обращаются к психологам с проблемой сожалений по поводу совершённого репродуктивного выбора. Во время беременности женщина может испытывать переживания, связанные с принятием решения в отношении ребенка. Беременная женщина, независимо от её дальнейшего репродуктивного выбора, нуждается в психологическом, а зачастую и в социальном сопровождении. В этом случае сопровождение определяется необходимостью организации мер медицинской и психологической поддержки, щадящего психического здоровья пациентки.

Степень проработанности проблемы.

В своём исследовании мы считаем важным рассмотреть репродуктивный выбор женщины с точки зрения поступка, как осознанного совершения действия, обладающего такими характеристиками, как убеждения, ценности, черты характера.

В связи с высокой актуальностью темы, затронутой в нашем исследовании, проблема психологического консультирования женщин, находящихся в состоянии репродуктивного выбора, не изучена в полной мере. На уровне государственной политики ведётся полемика – противники аборт требуют их запрета, а сторонники права на аборт настаивают на том, что аборт – личное дело женщины. Многие люди в проблеме аборт видят прежде всего моральную проблему, связанную с правом нерождённого ребёнка на жизнь. Ведутся споры о том, прерывается ли при аборте уже существующая человеческая жизнь или эмбрион ещё не может считаться человеком? Ещё один моральный вопрос касается того, что в приоритете – право женщины на распоряжение своим телом или право плода на жизнь? Общество решает

вопрос, который больше относится к моральному аспекту. Женщины, которые находятся в состоянии репродуктивного выбора, стоят перед ценностным выбором.

Таким образом, **проблема** исследования в том, что, как правило, чаще всего изучаются процесс репродуктивного выбора и факторы, которые на него влияют, но при этом остаются неизученными последствия репродуктивного выбора, в то время как предметом обращения женщин к психологу становятся сожаления о прерывании беременности (как один из критериев постабортного синдрома).

Объект – репродуктивный выбор женщины как поступок.

Предмет – соотношение зрелости поступка и оценки своего репродуктивного выбора.

Цель – изучить репродуктивный выбор женщины как поступок, выявить взаимосвязь между репродуктивным выбором женщины и зрелостью принятых решений (поступков).

Задачи:

1. Провести теоретический анализ источников по проблеме изучения репродуктивного выбора, а также последствий совершённого репродуктивного выбора.

2. Теоретически описать репродуктивный выбор как поступок.

3. Провести эмпирическое исследование с целью получения интерпретируемых данных.

4. Интерпретировать полученные данные исходя из гипотезы исследования.

Гипотезы:

1. Сожаления о принятом решении с большей вероятностью возникают у женщин, чьё решение в момент репродуктивного выбора обладает признаками незрелого поступка.

2. Женщины, у которых после совершения репродуктивного выбора прошло от 3-х до 10 лет, выражают сожаления чаще, чем женщины, которые совершили свой выбор от 1 года до 3-х лет назад.

Методы исследования:

В теоретической части работы использовались литературный анализ. Методом сбора данных выступило структурированное интервью.

Обработка данных, полученных из интервью, проводилась методом контент-анализа.

Для оценки статистической достоверности различий между выборками использовался критерий Манна-Уитни и критерий Пирсона.

Экспериментальная база исследования.

В исследовании приняли участие 32 женщины, в момент принятия репродуктивного решения (стоявшие перед выбором сохранить беременность или сделать аборт) имевшие ярко выраженные сомнения.

Теоретическая платформа.

В качестве теоретической базы исследования были использованы работы авторов: Ж. Годфруа, Г.Г. Филиппова, Баженова О.В., Батуев А.С., Быкова Е.А. В.И. Брутман по исследованию материнства как психологического феномена и исследованию психологических аспектов принятия женщиной роли матери.

Важную роль в данном исследовании сыграли работы Н.Н. Петровой, В.В. Солодниковой, О.И. Еремеевой, Е.А. Демкина по изучению отношения различных слоёв общества к прерыванию беременности и правовому статусу нерождённого человека.

По мнению многих авторов (С. де Бовуар, Ж. Годфруа, В.И. Брутман, Ю. О.А. Копыл и др.), материнство не является состоянием, полностью обеспеченным врожденными механизмами. Материнство – это одна из социальных женских ролей. Даже если потребность быть матерью и заложена в женской природе, общественные ценности и нормы оказывают определяющее влияние на проявления материнского отношения. В случаях нежелательной беременности женщина может испытывать переживания, связанные с

принятием решения в отношении ребенка и затрагивающие такие универсальные данности человеческого существования, как свобода, конечность человека, экзистенциальная вина, осознанность, возможность выбора, возможность действия.

Большое значение имеют исследования канадского психиатра Ф. Нейема в области психических последствий медицинского аборта. Результаты научных исследований касательно терапии постабортных психических нарушений, представленные в работах С. Стенфорд, Д. Эльбруха, А. Спекгарт, В. Ру, П. Петерсена, М. Симон, М. Фурх, и др. также послужили теоретической базой исследования.

Особое значение для данного исследования имели работы Е.Л. Доценко и В.А. Старцевой по исследованию поступка и его стадий и дальнейшего рассмотрения репродуктивного выбора с точки зрения поступка.

Поступок – это осознанное совершение действия (выбора, принятия решения) в ситуации столкновения (напряжения) жизненно важных мотивов (ценностей), в пользу одной или более актуальных ценностей (Старцева, 2016). Поступок – это выбор между альтернативными мотивами, за каждым из которых стоит своя ценность (альтернативными, т.е. такими, которые исключают друг друга) (Доценко, 2009). Именно в случае выбора одного варианта из нескольких взаимоисключающих мы можем говорить о выборе как о поступке.

Работы В.Е. Лёвкина, А.Г. Асмолова, Ю.И. Шмурак и Е.Л. Доценко послужили для более глубокого рассмотрения предабортного состояния женщины как особого вида психических состояний.

Научная новизна работы.

В нашем исследовании мы рассмотрели состояние репродуктивного выбора как задачу на поступок, с изучением аргументов, используемых женщинами для принятия решения, как составляющих процесса сомнений.

Практическая значимость работы раскрывается в возможности применения полученных данных при психологическом сопровождении

женщины в ситуации репродуктивного выбора. Отношение к аборту у женщин может меняться по мере приобретения социального опыта, взросления, изменения жизненной ситуации.

На решение женщины в ситуации репродуктивного выбора в значительной степени влияет поддержка значимых людей, которые находятся рядом с ней в момент принятия решения о сохранении либо прерывании беременности.

Проблема психологического консультирования в рамках преабортного и послеабортного консультирования состоит в том, что консультант ограничен в средствах и инструментах, посредством которых он может оказать помощь женщине. Многим психологам не хватает детализации предметного поля данной проблемы. Данное исследование поможет психологам заострить внимание на тех аргументах, которыми пользовались женщины, принимая то или иное решение, на том, кто и каким образом из ближнего окружения женщин повлиял на её решение. Мы предлагаем анализ жизненной ситуации клиентки, вовлечённых лиц, характер аргументов и способов, с помощью которых эти люди справлялись со своей проблемой. Таким образом, результаты исследования помогут психологу выстроить процесс консультирования оптимальным образом.

ГЛАВА 1. РЕПРОДУКТИВНЫЙ ВЫБОР КАКА НАУЧНАЯ ПРОБЛЕМА

1.1. Раскрытие понятия кризисной беременности и репродуктивной свободы женщин

1.1.1. Феномены, отражающие характер репродуктивного выбора женщины

Репродуктивный выбор – это выбор беременной женщины между вынашиванием плода и прерыванием беременности. В соответствии с действующим российским законодательством любая женщина имеет право на искусственное прерывание беременности, то есть по закону женщина вправе самостоятельно решать вопрос о материнстве. По закону на женщине не лежит обязанность вынашивания плода при каждой беременности.

Репродуктивный выбор представляет собой поступок со следующими характеристиками: - убеждения; - ценности и смыслы; - черты характера.

Пример 1. Валентина (возраст 22-23 года) беременеет в сожительстве с мужчиной. К тому моменту, когда она узнаёт о беременности, с сожителем расстаётся. Шок, беспомощность, звонит маме, которая утверждает, что вне всяких сомнений нужен аборт. Мама авторитарная, подавляющая. Приезжает для уговоров и решения вопроса из другого города. Аргументы мамы: ты молодая, у тебя жизнь только начинается, родишь ещё, я сама сделала абортov немалоe количество, и всё нормально. Девушка с образованием, но без стабильной работы, без жилья (съёмная квартира), без достаточной поддержки, в том числе моральной от мамы. Она понимает и озвучивает матери, что *ни одна женщина, которая хотела сделать аборт и не сделала, родила ребёнка, не жалела о принятом решении, в то время как среди женщин, сделавших аборт, сожалеющих об этом шаге огромное количество.* Мама непреклонна, продолжает уговаривать, беременная проявляет слабость в этих обстоятельствах и аборт она всё-таки делает. Время тоже торопит, так как на раннем сроке это якобы ещё «не ребёнок, а просто сгусток крови». Аборт

прошёл очень тяжело, с последствиями для здоровья. Девушка впоследствии выходит замуж за отца не родившегося ребёнка, то есть аборт оказывается как минимум бессмысленным.

Далее 2-3 года пара безрезультатно пытается зачать ребёнка, раскаяние обостряется, бесконечные слёзы, дневники с записями вроде «зачем я это сделала», то есть все проявления постабортного синдрома. Беременность всё же наступает, ребёнок рождается, всё вполне нормально в жизни этой женщины. Позже она рождает и второго ребёнка, но мысль о том аборте преследует долгие годы, несмотря на наличие благополучной семьи, состоящей из мужа и двоих детей.

Пример 2. Анастасия рассказывает: «Мне было 16. Родители всё сами решили, а я настолько была послушна, что молча согласилась на всё. Чувствовала свою вину перед ними. Ревела после этого ещё долго, даже не полгода. Считала, сколько бы сейчас было ему или ей. В 18 вышла замуж и 2 года просила ребёнка у мужа, он не хотел. Я верила, что в этом ребёнке вернётся душа первого. Родила четверых. Аборт – это точно больше не моя история, это слишком больно...»

Пример 3. Ирина рассказывает: «В 18 лет, через три месяца после начала своих первых серьёзных отношений, я узнала о беременности. Новость меня шокировала. Были сомнения, так как принимала антибиотики до этого, боялась, что выпитые лекарства могут повредить малышу. Мысль об аборте, потом о том, что я не могу убить своего ребёнка, состояние очень сложного выбора, страх... И потом вспомнила рассказ родственницы о микроаборте, о том, что там ещё ничего нет на сроке 4-5 недель. И вот я уже там, теряю сознание от боли под местной анестезией, приводят в чувства, продолжают. Через неделю осмотр, и снова шок – «вы ещё беременны», уколы, через неделю опять вакуум. Через месяц страшное кровотечение со схватками, чистка наживую. Вердикт врача, что детей после этого уже не будет. Слёзы, стыд, раскаяние... Пришло понимание, что ребёнок был, но я его убила просто из-за нежелания нести ответственность.

Сейчас у меня 2 дочки, я их очень люблю. Это ложь, что время лечит, что нет постабортного синдрома. Я никогда не узнаю, какого пола мой малыш, какой у него был бы голос, цвет волос и глаз, но он часть меня и всегда в моём сердце. Эта боль несравнима с физической, она существеннее. Понимаешь, что такую ошибку уже не сможешь исправить никак и никогда.»

Пример 4. Анна, замужем, первый раз стала мамой в 18 лет. Всегда с осуждением относилась к женщинам, сделавшим аборт, поэтому родила второго ребёнка в 20 лет, несмотря на то, что беременность была незапланированной, и было давление со стороны мужа и родственников, с тем чтобы не сохранять беременность. Когда младшему ещё не исполнилось и года, Анна беременеет в третий раз. Дальше её рассказ: «Я была напугана, растеряна и под давлением со всех сторон. Жизнь своему ребёнку я не сохранила. Прошла уже 7 лет, но, пожалуй, не было и дня, чтобы я не вспомнила тот день! Что хочу сказать: те, кто говорит, что в этом ничего страшного, глубоко ошибаются! Больше двух лет после этого я находилась в состоянии депрессии. Всегда представляю, сколько бы лет было моему ребёнку, какой бы он был, да много всего! Но прошлого не вернуть... Что вынесла из всего – за что осудишь, в тот грех и впадёшь. И жизнь человеческая дороже всего! Муж, как оказалось, тоже сожалеет, и тоже думает о неродившемся ребёнке (а я-то всегда считала, что мужчинам всё равно). Моим ребятам сейчас 8 и 10 лет, и я им уже начала рассказывать и показывать детей в утробе. Надеюсь, они запомнят с детства и будут всегда делать выбор за жизнь».

Мы рассмотрели несколько типичных примеров кризисной беременности, в которых женщины воспользовались своим правом репродуктивного выбора и сделали искусственный аборт (преднамеренное прерывание беременности). Как видно из этих примеров, кроме состояния кризисной беременности, существует несколько факторов, объединяющих описанные ситуации.

- женщины стоят перед необходимостью трудного, мучительного выбора, испытывают сомнения, сопровождающие этот выбор, душевные метания, переживания;

- они приняли одинаковое решение – сделать аборт;
- наличие воспоминаний, связанных с их решением и выбором аборта, а также глубокое, горькое раскаяние в связи с этим выбором, которое сопровождает их дальнейшую жизнь, вне зависимости от того, как она складывается впоследствии.

Этот комплекс сомнений и переживаний феноменологически составляет одно целое. **Объектом** нашего исследования являются репродуктивный выбор женщины как поступок.

1.1.2. Общественная значимость проблемы искусственного прерывания беременности

Демографическая ситуация в России с 1992 года характеризуется одновременным падением рождаемости и ростом смертности населения. По данным государственной статистики масштабы вымирания населения страны в 1999 – 2002 гг. превысили 900 тыс. человек ежегодно, достигнув уровня 958,5 тыс. человек в 2000г. Согласно концепции демографической политики России на период до 2025г. в роли компенсатора депопуляции выступит миграционный прирост, составляющий около 300 тысяч человек в год, однако это ставит под угрозу сохранение социокультурной идентичности страны. В период, когда из возраста фертильности начнёт выходить последнее многочисленное поколение восьмидесятых годов прошлого века, мы столкнёмся с новым обвалом рождаемости. Далее порога смертности достигнут поколения, замещённые поколением собственных детей примерно на половину, и тогда депопуляция окажется катастрофической.

Как сообщается в документе, опубликованном на официальном сайте Росстата, на 1 июня 2017 года численность населения в России составила 146,8 миллиона человек. Это на 31,1 тысячу меньше, чем в начале года. Причиной уменьшения населения, по данным статистиков, стал рост естественной убыли населения. Так, с января по май 2017 ода число умерших россиян превысило число родившихся в 1,2 раза. В 28 субъектах Российской

Федерации превышение составляло от 1,5 до 2 раз. Естественный прирост населения зафиксирован в 21 субъекте РФ, в то время как в 2016 году превышение рождаемости над смертностью отмечалось в 33 регионах страны. Всего за первые пять месяцев 2017 года скончались 791 тысяча жителей страны, рождаемость составила 679,2 тысячи человек. Естественная убыль населения составила 111,8 тысячи человек.

Профилактика абортов может существенно повлиять на повышение рождаемости, что позволит изменить существующие негативные демографические тенденции.

Данные с сайта Федеральной службы государственной статистики.

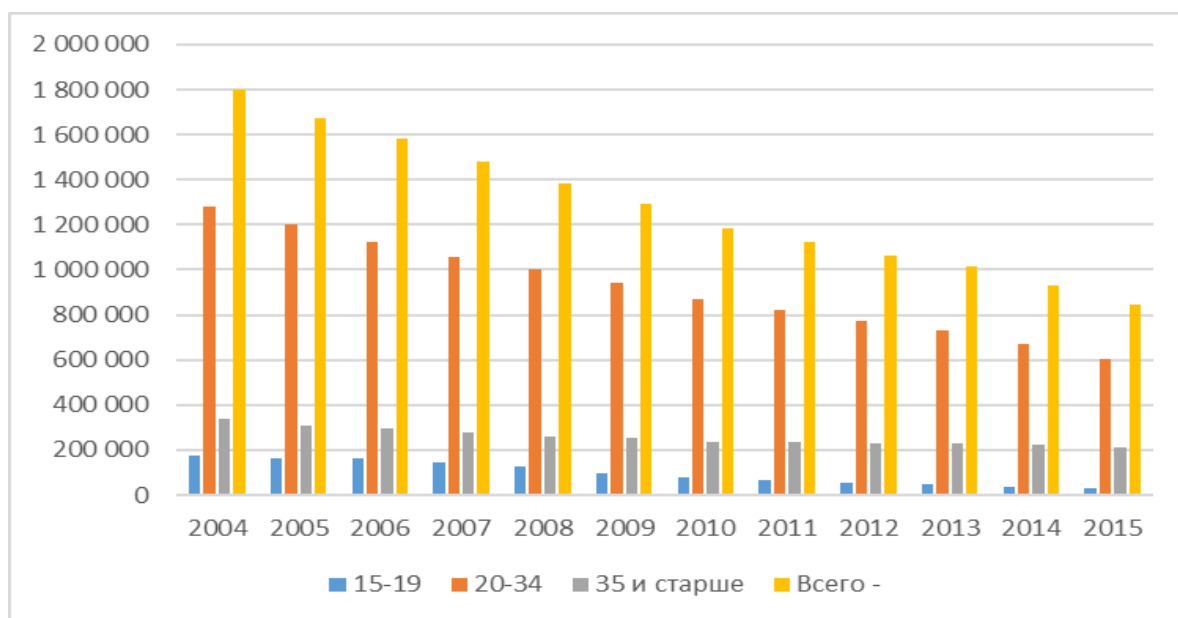


Рисунок 1. Статистика абортов с 2004 по 2015 гг. по возрастам женщин.

Реалии таковы, что аборт признан социальной нормой и поддерживается законодательством, то есть женщина в ситуации репродуктивного выбора считает возможность этого выбора своим несомненным правом, не принимая во внимание права своего будущего ребёнка, которые не защищены законами и обществом. Аборт входит в перечень видов бесплатной медицинской помощи. При сроке беременности до 12 недель для проведения аборта достаточно желания женщины. И женщины часто рассматривают аборт как нечто абсолютно нормальное, ведь это не противоречит закону, который разрешает аборты, а значит, не противоречит и общечеловеческим ценностям. Такая

установка, навязанная в своё время государством и обществом, существует уже в течение многих лет. При этом стоит отметить нарастающую в настоящее время в обществе тенденцию к изменению отношения к репродуктивному выбору женщины. Всё большее количество наших граждан не считают аборт нормальным явлением.

Аборт – это сильный стресс, который может принести серьёзные последствия для психики женщины. Как считают Ю.С. Смирнова и А.А. Фокин, широкое распространение абортов и выраженность их психологических последствий делают эту проблему очень актуальной (Смирнова, Фокин, 2009). Т. Бёрк и Д. Риардон постабортный синдром описывается очень подробно (Бёрк, Риардон, 2010). Авторы на опыте консультирования сотен женщин рассказывают обо всех психологических осложнениях, связанных с абортом. Глубоко спрятанные переживания по поводу сделанного аборта выливаются в самоубийства, депрессивные расстройства, разрушенные отношения (Бёрк, Риардон, 2010).

Глава Союза педиатров России А. Баранов заявил о сильно заниженной официальной статистике абортов в России. На пресс-конференции, посвященной вопросу выведения абортов из системы обязательного медицинского страхования, он сказал, что в России происходит, по оценкам экспертов, от 3 до 4 миллионов абортов в год. В стране, по его словам, около 1000 частных гинекологических клиник, и процветает этот бизнес как раз за счёт абортов.

Глава комитета Госдумы по вопросам семьи, женщин и детей Елена Мизулина внесла в 2015 году в Госдуму три законопроекта: о выведении абортов из системы ОМС и их проведении только в государственных медучреждениях (искусственное прерывание беременности за счет средств ОМС допускается только при наличии медицинских или социальных показаний), о запрете розничной продажи abortивных препаратов, о предоставлении женщинам, решившимся на аборт, визуализации плода и его сердцебиения. При этом депутат предложила направить на материальную

помощь для беременных женщин 5 миллиардов рублей (именно столько ежегодно расходуется на аборты за счет региональных отделений ФОМС).

Таким образом, мы видим большие изменения в обществе в отношении к абортам. Несмотря на то что проект 2015 года не был поддержан ни правительством, ни Государственной Думой, его можно считать началом перелома в общественном сознании. Аборт поддерживает всё меньшее количество людей, и постепенно искусственное прерывание беременности всё меньше воспринимается обществом как социальная норма.

1.1.3. Практическая значимость доабортного консультирования и его проблемы

Консультирование женщин в ситуации репродуктивного выбора – это особый вид консультирования, при котором психолог сталкивается с бóльшим количеством специфических проблем, нежели в других ситуациях.

Проблемами психолога-консультанта при оказании консультативных услуг женщинам в ситуации репродуктивного выбора являются:

1. Короткий промежуток времени, в течение которого необходимо успеть оказать психологическую помощь беременной.
2. Немотивированность женщины, пришедшей к психологу перед процедурой аборта как клиента, так как консультация для неё является вынужденной. Р. Кочюнас таких клиентов обозначает как «немотивированные» (Кочюнас, 2000).

Консультант вынужден помогать беременной женщине, уже принявшей решение сделать аборт, и пришедшей на приём к психологу против своей воли. Это своеобразное испытание для консультанта на профессионализм, и этот «экзамен», несомненно, является источником стресса для психолога, так как поведение немотивированного клиента может очень сильно отличаться от поведения настоящего клиента, пришедшего по своему желанию. Часто женщина демонстративно даёт понять консультанту, что у неё нет никакого желания приходить на встречи, что её решение уже принято, и обсуждать она

его никак не хочет. Она может молчать всё время консультации, не реагируя на то, что предпринимает психолог в ходе консультации, занимая позицию «это не моя проблема». А иногда женщина и прямо высказывает своё негативное, практически враждебное отношение к консультанту.

3. Женщина приходит к психологу с уже имеющейся установкой, с решением сделать аборт. Если психолог будет что-либо противопоставлять уже сформированному у женщины решению, то существует вероятность появления противоречия с профессиональными установками, согласно которым психолог не может что-то навязывать.

4. Очень высокая, можно сказать, двойная степень ответственности психолога как за дальнейшую жизнь женщины, так и за фактическую жизнь нерождённого ребёнка. Эту ответственность в той или иной степени перекладывает на психолога женщина, пришедшая на консультацию.

5. Если женщину к решению сделать аборт привела трудная жизненная ситуация, в которой она оказалась (неустроенная личная жизнь, тяжёлое материальное положение и т.д.), то психолог не имеет возможности исправить её жизненные обстоятельства. Но при этом, не имея возможности помочь женщине материально, психолог может оказать помощь, которая будет важнее – он может помочь ей оценить собственные ресурсы и развернуть имеющиеся у неё перспективы.

6. Отсутствие программы дальнейшего сопровождения женщин, которые приняли то или иное решение, и невозможность отслеживания ситуации и того, как принятое решение повлияло на её дальнейшую жизнь.

7. Гормональное состояние беременной. Следует отметить, что в организме беременной женщины происходит гормональная перестройка, которая отражается на её психологическом состоянии. Ещё одна трудность консультанта при работе с беременными женщинами – это психофизиологический фактор. Гормональный дисбаланс, который испытывает женщина на ранних сроках беременности, выражается в нестабильном психическом состоянии, при котором труднее принимать обдуманные,

взвешенные решения. Консультанту необходимо учитывать, что женщина находится в трудной ситуации именно в тот период, когда она наиболее уязвима.

Изложенные выше проблемы психолога-консультанта при работе с женщинами в ситуации репродуктивного выбора требуют поиска новых подходов для достижения результатов. Консультирование таких женщин можно приравнивать к консультированию в кризисных ситуациях. Следует отметить, что даже женщина с негативным отношением к аборту вообще, при попадании в свою личную критическую ситуацию может принять решение о прерывании беременности. В такой ситуации психолог ставит задачу вернуть женщину к её собственному пониманию этого феномена.

Главное, что может и должен сделать консультант – это предостеречь женщину от поспешного, невзвешенного решения, о котором она сама через какое-то время будет сожалеть.

1.2. Обзор литературы по теме кризисной беременности

На основании проведенного анализа научных источников мы имеем представление о том, что в связи с высокой актуальностью улучшения демографической ситуации проблема психологического консультирования женщин, находящихся в состоянии репродуктивного выбора, не изучена в полной мере. Репродуктивный выбор понимается как выбор женщины между абортом и сохранением жизни зачатого ребенка.

1.2.1. Ценностный выбор как центральная проблема предабортного консультирования

Вокруг проблемы аборта ведётся громкая полемика, в том числе и на уровне государственной политики. Противники абортотребуют их запрета, а сторонники права на аборт всеми силами пытаются доказать, что аборт – личное дело женщины. Многие люди в проблеме абортотребуют прежде всего моральную проблему, связанную с правом нерождённого ребёнка на жизнь.

Ведутся споры о том, прерывается ли при аборте уже существующая человеческая жизнь или эмбрион ещё не может считаться человеком? Ещё один моральный вопрос касается того, что в приоритете – право женщины на распоряжение своим телом или право плода на жизнь? Общество юридически решает вопрос, который больше относится к моральному аспекту. А в моральном плане все религии мира в той или иной степени уже давно решили, что право на жизнь – первостепенно. И тогда становится непонятно: зачем и для чего уже решённый моральный вопрос нужно переводить в правовую плоскость? Кому это выгодно? Женщины, которые находятся в состоянии репродуктивного выбора, стоят перед ценностным выбором, но не юридическим. А переводя аборт в юридическую плоскость, общество упрощает этот выбор для женщины, отодвигая ценности на второй план, и снимает моральную ответственность с женщины. Мы имеем в итоге подмену морального выбора на юридическое право – совершенно не равнозначную и некорректную подмену.

В.В. Солодников изучает отношение различных слоёв общества к предлагаемым запретительным мерам правительства. Автор показывает, что по поводу таких мер не сложилось общественного консенсуса (Солодников, 2008).

О.И. Еремеева рассматривает ряд подходов к анализу правового статуса нерождённого ребёнка, среди которых – абсолютистский, либеральный, умеренный. Как указывает автор исследования, по мысли абсолютистов, эмбрион принадлежит к миру живых существ, соответственно, имеет право на жизнь. Противоположное мнение высказали сторонники либерального подхода, которые отмечают, что эмбрион нельзя считать личностью, следовательно, ценности он не имеет и правом на жизнь не обладает. Нейтральную роль между указанными выше точками зрения играют сторонники умеренной позиции, которые отмечают следующее: развитие эмбриона идет постепенно, соответственно, «возникновение у эмбриона права на жизнь связано с определенным уровнем развития или достижением жизнеспособности» (Еремеева, 2016). Общий вывод автора гласит, что, с учётом дискуссионности

рассматриваемого вопроса, нужно понимать, что человеческий эмбрион представляет собой форму высокоразвитого, сложноорганизованного бытия, он олицетворяет собой беспомощность и незащищённость жизни, требует особого нормативно-правового регулирования и со стороны государства, и со стороны международных сообществ.

А.А. Рыжова анализирует российское и зарубежное законодательство, которым нерождённый человек вовлекается в возникающие правовые отношения, при этом, с учётом вышесказанного, за эмбрионом могут быть признаны отдельные права уже рождённого человека. Если, как указывает автор, учеными-юристами будет признан тот факт, что эмбрион будет выступать как живое существо с момента зачатия, то должен быть установлен особый механизм государственной защиты прав нерождённого (Рыжова, 2016).

Е.А. Демкина отмечает, что анализ международного и российского законодательства, а также изучение судебной практики позволяет заключить, что проблему правового статуса и защиты эмбрионов можно считать открытой, так как практически во всех международно-правовых актах отсутствует единое законодательное её закрепление. Чтобы устранить указанный пробел, исследователи рекомендуют чётко определить правовой статус эмбриона человека в универсальных документах (в частности, во Всеобщей декларации прав человека), указав, что защиту права на жизнь необходимо начинать ещё до рождения человека (Демкина, 2016).

Этой же позиции придерживается И.А. Иванова, которая указывает, что на данный момент правовое положение эмбриона человека в российском законодательстве не определено. Это также касается и уголовно-правовой охраны жизни человеческого эмбриона. Соответственно, необходимо создать эффективный правовой механизм защиты жизни «будущего» ребенка, учитывая репродуктивные права его родителей. В частности, в УК РФ необходимо предусмотреть ответственность за посягательство на жизнь эмбриона человека и за то, что осуществляются незаконные и наиболее опасные манипуляции с человеческим эмбрионом (Иванова, 2014). Соответственно, по мнению автора,

проводить в жизнь подобные реформаторские новации нельзя, если не создана единая нормативно-правовая база, регулирующая правовые отношения в сфере реализации репродуктивных прав и осуществления репродуктивных технологий. Таким образом, нужно внедрить в законодательство России правовые нормы, где будут решаться вопросы конфликта интересов «будущего» ребенка и его родителей (Иванова, 2014).

Исследователи С.В. Филимонов и Г.Л. Микиртичан в исследовании «Отношение врачей и населения к проблеме аборта и статуса эмбриона» (2004) указывают, что ни врачи, ни население не демонстрируют четкое понимание срока возникновения жизни и статуса эмбриона, соответственно, это инициирует возможность совершать аборт на ранних сроках исключительно в соответствии с желанием женщины по той причине, что нет четкой фиксации начальной границы прав эмбриона, а сам он рассматривается в качестве части тела матери, соответственно, распоряжаться она может им по своему усмотрению.

На законодательном уровне только сейчас делаются попытки регламентации проблем репродукции человека: законодатели стран Западной Европы пытаются доказать, что с 8 дня существования эмбрион начинает вести свой жизненный путь (до этого он бесправен), российские законодатели также работают над определением статуса эмбриона на разных стадиях его развития, чтобы обеспечить его защиту.

Эта полемика отражает те же сомнения, которые в том или ином виде переживают женщины в момент принятия решения о сохранении или прерывании беременности. Но, в отличие от юристов и общественников, которые располагают огромным количеством времени на полемику, у беременных женщин этого времени практически нет, решение ей нужно принимать в короткие сроки.

И таким образом, юридическая полемика не имеет большого значения для работы психологического консультанта, юридические споры не снимают психологическую проблематику сомнений и терзаний женщины, стоящей перед

выбором. Для психолога-консультанта, работающего с женщинами в ситуации репродуктивного выбора, не будет верным путём углубляться в законодательство и юридические вопросы правомерности аборт, нам нужен другой подход.

1.2.2. Моральный или юридический запрет: за и против

Юридическая или моральная оценка проблемы абортов может оказать большее влияние на женщину – это вопрос достаточно спорный. Есть такие стратегии доабортного консультирования, которые «заряжены» скорее на отговаривание. Часто консультанты (как правило, имеющие отношение к той или иной конфессиональной традиции) транслируют однозначную позицию, не приемлющую аборты и осуждающую женщину, которая собирается сделать аборт.

Наряду с мирским неприятием абортов Православная Церковь также имеет свое негативное мнение по этому поводу. В книге греческого митрополита Мелетия «Аборты» приведена фраза итальянского адвоката, который произнес ее еще 100 лет назад: «Самое верное доказательство полного нравственного падения народа то, что аборт будет выступать в качестве обычного и абсолютно приемлемого дела».

О.И. Горохова отмечает, что наука и медицина с помощью современных методик доказала, что началом человеческой жизни является момент зачатия, а сама жизнь должна уважаться всеми (Горохова, 2015). Преднамеренное лишение человека жизни – это умышленное убийство, как отмечается в ст.105 УК РФ. По мысли автора, оправдывать аборты очень страшно, и убийство человека становится нормой. По мысли некоторых граждан, младенец, тем более не родившийся, личностью не является, и его можно убить. Но учёными доказано, что генетический код эмбриона уникален и никогда не повторяется, и каждый эмбрион является единственным по своим индивидуальным качествам человеческим существом. Производство абортов имеет следствием жёсткую депопуляцию материнства, сокращение потребности в детях, почти поголовное

заболевание их и превращение страны в государство, которое ждёт проблемное будущее.

Абортам часто находят оправдание – не нужно плодить нищету или беременность наступила в результате изнасилования. Также в качестве аргумента приводятся возражения родителей, угрозы мужа покинуть семью или же подозрение о возможном заболевании ребенка.

А.В. Красников (2016) отмечает, что сегодня с учетом отсутствия правового закрепления момента возникновения права на жизнь, и законодательное закрепление этапов жизни эмбриона является чрезвычайно важным. Но автор считает, что ужесточение государственной политики, которая будет пропагандировать запрет абортов, может привести к тому, что вырастет количество криминальных абортов со смертельным исходом, также может ухудшиться общая демографическая ситуация и снизиться здоровье не только женщин, но и будущих потомков (Красников, 2016).

Тем не менее, автор считает, что особый правовой статус несовершеннолетних и необходимость их повышенной правовой защиты, в том числе в вопросах искусственного прерывания беременности в возрасте до восемнадцати лет позволит, как представляется, значительно уменьшить случаи ранней нежелательной беременности, случаи детской смертности. Также автором внесено предложение дополнить ст. 5.35 «Неисполнение родителями или иными законными представителями несовершеннолетних обязанностей по содержанию и воспитанию несовершеннолетних» Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях п. 4 следующего содержания: «Неисполнение или ненадлежащее исполнение родителями или иными законными представителями несовершеннолетних обязанностей по воспитанию, защите прав и интересов несовершеннолетних, выразившееся в искусственном прерывании беременности у несовершеннолетних, не достигших шестнадцатилетнего возраста – влечёт наложение административного штрафа в размере от двух тысяч до трех тысяч рублей». Авторам видится, что установление административной ответственности за

неисполнение или ненадлежащее исполнение родителями или иными законными представителями несовершеннолетних обязанностей по воспитанию несовершеннолетних смогут вызвать положительные результаты в вопросах предупреждения ранней нежелательной беременности несовершеннолетних. Кроме того, цивилизованным в настоящее время решением вопроса права на медицинскую помощь при аборте или права на жизнь эмбриона человека может стать определение перечня оснований, которые должны признаваться достаточными для законного прерывания беременности.

А.Д. Васильева отмечает, что материнство и детство как особые взаимосвязанные структурные элементы жизни общества являются первостепенными социальными и правовыми институтами. Их защита и благоприятное взаимодействие должны поощряться и охраняться государством. Исследование показало, что в российском законодательстве слишком много пробелов, неясностей и противоречий на современном этапе, нормативная база нуждается в переосмыслении и существенной доработке. Право человека на жизнь уже до рождения, по мнению автора, должно быть под покровительством государства (Васильева, 2016). Автор статьи считает, что так как мать и дитя по своей природе взаимосвязаны, то между ними не должно существовать ни конфликта интересов, ни столкновения прав и свобод. В идеале, наверное, так и хотелось бы, но в жизни как раз и происходит столкновение прав и свобод, которое и приводит к имеющимся в обществе спорам эту на тему.

Различные исследования показывают, что выбор женщины определяется различными психологическими, социальными, социально-психологическими факторами. Проведенный анализ психологических особенностей женщин, имеющих различное репродуктивное поведение, свидетельствует о необходимости всестороннего рассмотрения вопросов и нюансов, возникающих на разных этапах. С уверенностью можно сказать, что беременная женщина, независимо от её дальнейшего репродуктивного выбора, нуждается в психологическом, а зачастую и в социальном сопровождении. В этом случае сопровождение определяется необходимостью организации мер

медицинской и психологической поддержки, щадящего психического здоровье пациентки, психокоррекции и последующей реабилитации.

Женщине необходимо перестать быть субъектом принятия решений, который подчиняется в своём выборе либо юридическому закону, разрешающему аборт, либо, если женщина верующая, религии, запрещающей аборт. А собственно личностный аспект и в том, и в другом случае отходит на второй план, что усложняет работу психолога-консультанта, для которого важен выбор как личностный аспект, как поступок, а не подчинение тем или иным нормам.

Мотивация репродуктивного выбора в ситуации кризисной беременности является недостаточно исследованной в настоящее время. Именно поэтому необходимо тщательно изучить особенности самой ситуации, а также весь комплекс мотивов, которые оказывают влияние на репродуктивный выбор женщины.

1.2.3. Исследования репродуктивного выбора и принятия решений как психологической проблемы

Психологически выбор женщины, решающейся на аборт, также требует всестороннего изучения. В первую очередь, это способы преодоления ею ситуации неопределенности.

Н.С. Малинина приходит к выводу, что ценности, личностные особенности, возможность получить совет – это не универсальные средства, позволяющие снизить неопределенность (Малинина, 2013). Следствием указанных средств может быть некоторое снижение неопределённости в субъективном восприятии или их вуалирование. Одним из способов снижения неопределённости автор признает игровые роли. Соответственно, по мнению автора, для принятия обоснованного решения женщине необходимо использовать разные способы преодоления неопределенности, чтобы принять обоснованное решение относительно производства аборта.

С.П. Гурская проблему выбора исследует с позиции выделения и описания следующих структурных элементов выбора: оценки ситуации выбора, видения альтернатив, ресурсов в ситуации выбора, инструментов осуществления выбора, потребностей субъекта выбора (Гурская, 2012). Автор кратко характеризует структурные элементы выбора, анализирует степень осознанности субъектами выбора по каждому структурному элементу выбора. С.П. Гурская отмечает психологическую дискомфортность ситуаций выбора для субъекта, также часто характеризует их связь с межличностными отношениями. Восприятие альтернатив происходит субъектом в качестве четко заданных, полярных. При этом ресурсы, которые задействованы в ситуации выбора, могут быть внутренними и внешними, а инструменты выбора – выступать в качестве зрелых и незрелых.

Детородная активность базируется на репродуктивных установках, т. е. комплексе поведенческих актов, суждений и позиций личности, выражающих отношение человека к рождению детей и опосредствующее соответствующее принятие решений. Выделяется три основные установки: детности, контрацепции и искусственного прерывания беременности. С момента осознания и внутреннего принятия себя беременной у женщины обнаруживается симптом противоречивого отношения к беременности. В.И. Брутман (1996) считает, что даже самая желанная беременность окрашивается противоречивым аффектом, в котором одновременно сосуществуют радость, оптимизм, надежда и настороженное ожидание, страх, печаль. Здесь же присутствуют и опасения, и страхи, связанные с предстоящими родами, иногда доходящие до паники, и неуверенность в своих способностях родить и стать полноценной матерью; и страх за здоровье и судьбу будущего ребенка, обеспокоенность возможным ухудшением материального положения своей семьи, возможным ущемлением личной свободы; и, наконец, переживанием своей телесной метаморфозы и связанной с этим сексуальной непривлекательности (Брутман, 1996). Но необходимо

заметить, что эти самые страхи и опасения могут стать причинами, по которым женщина принимает решение о прерывании беременности.

На фоне общего сокращения рождаемости и увеличения смертности, демографическую ситуацию в стране вряд ли можно назвать благоприятной. По оценкам отечественных исследователей вторая половина двадцатого столетия чётко характеризуется проявлением позиций, противоположных «детоцентризму», которые являются отражением эмансипированности женщин, и зачастую передачей функции воспитания в руки педагогов-специалистов (Николаев, 2004). Сейчас деторождение уже не является единственной сферой самореализации женщины. В случаях, когда рождение ребёнка противоречит социальным ожиданиям (внебрачность, помеха социальному или половому статусу женщины), женщины могут идти на всё, чтобы не рожать детей или избавляться от них разными способами, и, возможно, необходимо сделать акцент на внутреннее содержание переживания беременности, смысл и цель рождения ребёнка для современной женщины, на преобразование беременности в значимое жизненное событие, способствовать формированию ценностно-смыслового отношения к материнству и родительству (Николаев, 2004).

Проблема выбора находится под влиянием ряда психологических факторов. Н.Н. Петрова (2006) отмечает, что иерархия ценностей у женщин, которые прерывают беременность не в соответствии с медицинскими показаниями такая, что на первый план выходит потребность самореализоваться, а не потребность стать матерью (Петрова, 2006). Это реализуется в согласии с такими категориями, как прямая зависимость уровня интернальности (уверенность в управляемости жизнью) и применение контрацепции и производство абортов во время беременности на раннем сроке. Оценка личностно-психологических особенностей в виде экстернального локуса контроля может быть представлена как предпосылка нарушения формирования материнской доминанты, вызвавшего искусственное прерывание беременности.

Как считает автор статьи, в ситуации выбора на женщину влияет ряд факторов, среди которых ведущее место отводится попытке самореализовать себя на профессиональном поприще, снижение доминирования материнского начала под воздействием различных факторов и пр. Принятие женщиной решения об аборте происходит на основе оценки ей позиций окружающих, анализа различных ценностей, а также при помощи игровых ролей.

Таким образом, состояние беременной, которая находится в ситуации выбора, предабортных переживаний, – это состояние душевных метаний, переживаний, в которых стоит **задача на поступок**. Это состояние экзистенциального выбора, выбора между ценностями.

Зрелость поступка характеризуется перспективой, которую успевают просмотреть человек, стоящий перед выбором. А принятие решения в ситуации репродуктивного выбора – это обилие ссылок на текущие обстоятельства, а не перспектива выбора. Рассмотрение выбора с точки зрения перспективы не давит, а помогает женщине получить тот ресурс, который помогает очистить её систему аргументов от ситуативных привнесений.

Предметом исследования является соотношение зрелости поступка и оценки своего репродуктивного выбора.

1.3 Репродуктивный выбор как поступок

1.3.1. Предабортное состояние как особая задача на поступок

Для дальнейшего исследования нам необходимо понять, в каком состоянии находится женщина, узнавшая о нежелательной беременности. С этой целью для начала рассмотрим понятие психического состояния в психологии.

В общей психологии состояния начали изучаться со статьи Н.Д. Левитова "Проблема психических состояний" (1955) и его же монографии "О психических состояниях" (1964). Н.Д. Левитов даёт наиболее полное определение. «Психическое состояние – это целостная характеристика

психической деятельности за определённый период времени, показывающая своеобразие протекания психических процессов в зависимости от отражаемых предметов и явлений действительности, предшествующего состояния и психических свойств личности» (Левитов, 1964). И.П. Павлов считал, что состояния – это единственно возможный предмет исследования психологии (1954). В.Н. Мясищев рассматривал состояние как один из элементов структуры личности, в одном ряду с процессами, свойствами и отношениями (1982).

По мнению В.Е. Лёвкина, психические состояния имеют свои характеристики, параметры и функции (Лёвкин, 2018). Многие авторы отмечают, что у каждого состояния есть свои причины. Однако причинность, как считает Лёвкин, не может быть только линейной. Например, Л.В. Куликов говорит, что «в состояниях всегда есть и ситуативная, и транситуативная составляющая», и какие-то особенные события могут «вытеснить» транситуативность состояний и, ограничив возможные варианты, определить конечные параметры состояний (Куликов, 2001).

Предабортное состояние – это особенное психическое состояние, когда женщина колеблется, терзается сомнениями, испытывает беспокойство. Предабортное психическое состояние характеризуется такими феноменологическими проявлениями как высказывания женщин, узнавших о незапланированной беременности: «...Мысль об аборте, потом о том, что я не могу убить своего ребёнка, состояние очень сложного выбора, страх...», «...Я была напугана, растеряна и под давлением со всех сторон», «Новость меня шокировала. Были сомнения...», и т.п. Женщины чувствуют беспомощность, страх и вину (подробнее см. п.1.1.1). Усугубляется это и особым физическим состоянием беременной женщины, связанным с закреплением оплодотворённой яйцеклетки в женском организме. Ю.И. Шмурак назвала это состояние кризисом инобытия, или внедрением нового субъекта внутрь иного субъекта (Шмурак, 1995). Е.Л. Доценко считает, что психологический смысл этого периода заключается в первом опыте противоборства с матерью.

Предабортное состояние может быть квалифицировано как *задача на поступок*, так как есть необходимость совершения выбора. Женщина выбирает между взаимоисключающими мотивами, и выбор одного из них означает совершение поступка (Доценко, 2009). Покажем это.

Во-первых, беременная женщина стоит перед выбором, где за каждой из альтернатив стоят различные (действительно альтернативные – прямо противоречащие друг другу!) ценности: сохранить беременность или сделать аборт. Это признак необходимости совершить именно поступок, так как в науке необходимости принять решение соответствует понятие поступка. Поэтому, рассматривая исследования процесса принятия решений, или выбора, мы и обращаемся к понятию *поступка*. Рассмотрим несколько определений поступка.

Поступок – это осознанное совершение действия (выбора, принятия решения) в ситуации столкновения (напряжения) жизненно важных мотивов (ценностей), в пользу одной или более актуальных ценностей (Старцева, 2016). Поступок – это выбор между альтернативными мотивами, за каждым из которых стоит своя ценность (альтернативными, т.е. такими, которые исключают друг друга) (Доценко, 2009). Именно в случае выбора одного варианта из нескольких взаимоисключающих мы можем говорить о выборе как о поступке.

При анализе понятия «поступок» В.А. Старцевой были выделены особенности поступка: ценностная нагруженность, выход за рамки ситуации, сущностное проявление личности, полимотивированность в ситуации, требующей разрешения поступком, осознанность (Старцева, 2016). В контексте репродуктивного выбора (принятия решения о рождении ребёнка или аборте) термины «*выбор*» и «*поступок*» будем использовать как синонимы.

Во-вторых, беременная ограничена во времени, в течение которого требуется совершить выбор, принять судьбоносное решение.

В-третьих, предабортное состояние характеризуется актуализацией сомнений, находящих своё воплощение во внутренних диалогах. Например: «Я

плакала и думала, что не могу это сделать! Но никто не поддержал меня...», «Мне было очень плохо, душу рвало на части, я не знала, как быть и у кого просить помощи...», «Казалось, что в тот момент я была совсем одна, никто не мог мне дать совет...», «Мои эмоции не передать, это слёзы и страх, я чуть не потеряла сознание... далее самые ужасные мысли начали посещать мою голову, в первые секунды я думала, что это происходит не со мной и нужно избавиться от ребёнка, ибо это разрушит мою жизнь...».

Женщины находятся в поиске выхода из этого трудного, непривычного положения, в поиске решения своей проблемы они стоят перед выбором, на пути принятия решения. Это требует особого понимания и своего концептуального обозначения. В науке подобное состояние соответствует понятию поступка.

Рассмотрим основные теоретические подходы к выбору и принятию решения в психологии, которые раскрывают понимание нашей темы исследования. Авторы, изучавшие вопросы развития личности, часто затрагивали в своих трудах вопросы выбора.

А. Маслоу рассматривал жизнь как процесс последовательных выборов, в каждом из которых есть «регрессивный» и «прогрессивный» пути (Маслоу, 1999). И если первый путь ведёт к защите от страха, то прогрессивный путь, по мнению Маслоу, это путь личностного роста. Выбор человек совершает с помощью собственных ценностей, тем самым Маслоу подчёркивает, что выбор может быть разным с точки зрения различных ценностей.

При рассмотрении деятельности выбора Б.Ф. Поршнев считал, что выбор составляет основу личности (Поршнев, 1969). Поршнев рассматривал выбор как существование как минимум двух взаимоисключающих тенденций, которые образуют раздвоенное состояние человека. Совершением выбора человек разрушает это двойственное состояние.

А.Г. Асмолов рассматривал проблему личностного выбора в контексте творческого преобразования ситуации неопределенности и необходимости

преодоления внешних и внутренних преград для саморазвития личности (Асмолов, 2001).

Ф.Е. Василюк определяет выбор как «действие субъекта, которым он отдаёт предпочтение одной альтернативе перед другой (другими) на определённом основании» (Василюк, 1997, с. 115). Ф.Е. Василюк отмечает парадоксальность, трагичность и необратимость выбора, так как приходится сравнивать несравнимое, отвергать важное и существенное.

О свободном личностном выборе в рамках мультисубъектной теории личности говорил А.В. Петровский (Петровский, 2002). Он разработал импульсную модель экзистенциального выбора личности, согласно которой экзистенциальный выбор осуществляется не отдельными частями личности, а всей личностью в целом.

В статье О.О. Поляковой поступок раскрывается как осознанный и самостоятельный выбор субъекта, находящегося в тех или иных ситуациях. Автор анализирует значение поступка в психологическом анализе субъекта как личности. И, по мнению автора, именно в поступке совершается выражение собственной позиции, что является важнейшим личностным актом (Полякова, 2015).

Виктор Франкл считал, что поступки играют важнейшую роль в образовании опыта человека, являются проявлением ценностно-смысловой позиции личности, а также необходимым условием роста личности и фактором обогащения духа (Франкл, 1990).

Исходя из вышесказанного, можно предположить, что сожаления о принятом решении с большей вероятностью возникают у женщин, чьё решение в момент репродуктивного выбора обладает признаками незрелого поступка.

1.3.2. Репродуктивный выбор как поступок: от ситуативности к зрелости

Как уже было сказано в п.1.3.1, преабортное состояние может быть квалифицировано как *задача на поступок*, так как женщина стоит перед

необходимостью совершения выбора, она выбирает между взаимоисключающими мотивами.

Рассмотрим четыре вида поступков, упорядоченных по степени их личностной зрелости и смысловой взвешенности, относительно женщин, находящихся в ситуации репродуктивного выбора. Будем считать их базовыми допущениями (Доценко, 2011).

1. "Нулевой" поступок – бесконечное откладывание решения, уклонение, фактически отказ от поступка. Это отсутствие поступка (как поведенчески фиксированного выбора) в ситуации с задачей на поступок. В контексте репродуктивного выбора "нулевой" поступок практически не реален, так как женщина в ситуации репродуктивного выбора ограничена во времени, у неё есть только 12 недель в соответствии с законом, а фактически не больше двух месяцев с момента обнаружения факта беременности. По факту только в течение двух месяцев она может метаться в поисках верного для неё решения, если ей пришла мысль об аборте. В случае отказа от поступка она может тянуть с решением до последнего момента – не прерывать беременность, но и не принимать её, и, в конечном счёте, решение будет принято с помощью тех или иных обстоятельств (выкидыш, либо отказ врача делать аборт по медицинским показаниям во избежание риска для здоровья беременной).

2. Псевдопоступок – выбор совершается в поведении, но личностно человеком не принимается, остаётся неуверенность в правильности принятого решения. Поведение человека определяется скорее обстоятельствами, чем свободным выбором. Процесс личностного согласования (субъективно переживаемый как сомнения) не был завершён до совершения «псевдопоступка». Автор подчеркивает, что человек пытается обеспечить частичное поддержание обеих альтернатив выбора, что в действительности оборачивается согласием на частичный ущерб для каждой из них. В данном случае задача на поступок решается приемлемыми для человека способами, но способами незрелыми, что показывается, во-первых, в несамостоятельности, то есть зависимости от чужого мнения, обстоятельств, стереотипов, привычек, а

во-вторых, в неэкономичности, так как из-за того, что задача оказывается решённой не полностью, а лишь частично, её приходится решать ещё не раз.

Дезинтегрированность личности, продолжение сомнений, невротическая заикленность, доходящая до состояния психоза, «расщеплённость» личности – всё это сопровождает человека при совершении псевдопоступка. Б.Ф. Поршнев называл это состояние «диспластией» (Поршнев, 1969). В таком состоянии человеку находиться крайне трудно, оно требует выхода, принятия решения. Женщина, сомневающаяся в своем намерении прервать беременность, мучительно пытаясь выбраться из этого состояния, может «назначить виновного» – свою беременность, или будущего ребёнка, и тогда вероятнее всего, она выберет аборт с целью поспешно избавиться от этих мучительных переживаний, связанных с выбором. Есть и второй вариант развития событий – выбор рождения ребёнка, который будет нежеланным для неё (например, беременность может быть использована как средство для удержания мужчины, отца будущего ребёнка, либо по настоятельному требованию мужа или родственников сохранить беременность). Однако в обоих случаях это будет незрелый поступок, потому что выбор совершён под давлением тех или иных обстоятельств, и сожаления в этом случае наиболее вероятны.

3. Ответственный поступок – поступок, предполагающий однозначный выбор между альтернативами и готовность нести полную ответственность за принятое решение. Ответственный поступок отражает достижение человеком значительной личностной зрелости. Выбрав одну альтернативу, человек отвергает вторую. Зрелость заключается в принятии ответственности за результат, осознанности выбранных и отвергнутых ценностей (Доценко, 2009). В случае репродуктивного выбора ответственный поступок заключается в том, что женщина готова принять ответственность за любой свой выбор. То есть женщина, узнав о беременности и пребывая в сомнениях, взвешивает все «за» и «против» и принимает ответственное решение. Если женщина при совершении *ответственного* поступка выбирает аборт, значит, она осознаёт, что тем самым лишает себя возможности стать матерью в этот раз, она выбирает продолжать

жизнь без ребёнка. Мы не знаем, что будет двигать ей в этом случае – трудное материальное положение, желание пойти навстречу тем, кто её, возможно, просит об этом, или просто неготовность брать на себя заботу о ребёнке. Главное, чтобы она совершала этот шаг в осознании того, что с ней происходит, чтобы её выбор был осмысленным. И здесь важна работа консультанта, помогающего раскрыть женщине возможные последствия того или иного выбора.

Выбор может быть и в пользу сохранения жизни, и, если женщина собиралась делать аборт, но по каким-либо причинам передумала, и чаша весов сомнений склонилась в сторону рождения ребёнка, то и в этом случае женщина берёт на себя ответственность за свой выбор.

Но даже в этом случае, при совершении *ответственного* поступка в ситуации репродуктивного выбора, при разумном и осознанном подходе к принятию решения, есть вероятность сожалений об этом решении в будущем.

4. И теперь перейдём к четвёртому виду поступков. Развивающий поступок – поступок, снимающий альтернативность и ведущий к личностному росту. Этот вариант поведения направлен на поддержание всех ценностей, которые составляют суть ситуации, создавшей задачу на поступок. Зрелость поступка заключается в оптимальном решении, которое в наибольшей степени способствует личностной интегрированности. Мы предполагаем, что человек, выбирающий этот вариант поведения, с наименьшей долей вероятности будет сожалеть о нём.

В существующей системе общечеловеческих ценностей самую большую ценность имеет человеческая жизнь. Закон разрешает женщине прервать беременность, но система общечеловеческих ценностей предполагает сохранение жизни человека. У женщины, совершающей развивающий поступок, альтернативы фактически нет, даже если беременность не запланирована и противоречит её планам на жизнь. Женщина, несмотря на все возможные «против», принимает решение беременность сохранить, тем самым перешагивая на следующую ступень своего личностного роста.

1.3.3. Постабортный синдром как результат незрелого поступка

Термин «постабортный синдром» (ПАС) был введён В.М. Ру (Vincent M. Rue), доктором философии и содиректором Института постабортных исследований в Джексонвилле, США. На своём выступлении в Конгрессе США в 1981 году В. Ру сообщил, что наблюдал реакцию на стресс в результате медицинского аборта как посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР). Ру предложил обозначить это явление как «постабортный синдром». Термин тогда стал предметом споров в США, так как многие не связывали симптомы ПТСР с перенесённым абортом. Позже, в 1985 году, о совокупности психических и психосоматических нарушений, определяемой как ПАС, сказал американский психотерапевт доктор А. Спекгард. Канадский психиатр профессор Ф. Нейем подробно описал психические последствия медицинского аборта. Результаты научных исследований касательно терапии постабортных психических нарушений представлены в работах С. Стенфорд, Д. Эльбруха, А. Спекгарт, В. Ру, П. Петерсена, М. Симон, М. Фурх, и др. (Селихова, 2002). Было выявлено, что женщины переживают аборт с разной степенью осознанности и продолжительно по времени. Также установлено, что на течение постабортных переживаний оказывают влияние религиозные и культурно-этнические факторы.

Американская Ассоциация психиатров определяет постабортный синдром как разновидность посттравматического стрессового расстройства, являющегося следствием психической травмы, вызванной событием, находящимся вне пределов обычного человеческого опыта (Селихова, 2002). Винсент Ру определяет ПАС как посттравматическое стрессовое расстройство, которое характеризуется выражением и развитием симптомов, вызванных определёнными психоэмоциональными реакциями на физическую и психологическую травму, полученную вследствие аборта (Spekhard, Rue, 1992).

Е.Ю. Онищук выделяет следующие критерии нарушения психологического состояния женщины после прерывания беременности:

чувство вины (73 %), агрессия (64 %), страх (82 %) и психотравмирующее воспоминание о событии (73 %) (Онищук, 2006).

Е.Я. Полякова говорит о восприятии женщинами аборта как операции по насильственному умерщвлению собственного ребенка, тем самым называя глубинный экзистенциальный характер основной причиной постабортного синдрома. Главными симптомами ПАС в настоящее время считаются навязчивые, часто повторяющиеся воспоминания о прерывании беременности; воспоминания, вызывающие эмоциональную боль, осознание непоправимости происшедшего, скорбь по нерождённому ребёнку, ощущение связи с ним, переживание горя. Такое состояние может длиться в течение нескольких лет или даже всей жизни (Полякова, 2009).

1.4. Выводы по главе 1

Комплекс переживаний женщины, находящейся в ситуации репродуктивного выбора, феноменологически составляет одно целое, соответственно, объектом нашего исследования является репродуктивный выбор женщин как поступок, основанный на их сомнениях и колебаниях.

Е. Ю. Онищук выделяет следующие критерии нарушения психологического состояния женщины после прерывания беременности: чувство вины (73 %), агрессия (64 %), страх (82 %) и психотравмирующее воспоминание о событии (73 %) (Онищук, 2006).

Е. Я. Полякова говорит о восприятии женщинами аборта как операции по насильственному умерщвлению собственного ребенка, тем самым называя глубинный экзистенциальный характер основной причиной постабортного синдрома. Главными симптомами ПАС в настоящее время считаются навязчивые, часто повторяющиеся воспоминания о прерывании беременности; воспоминания, вызывающие эмоциональную боль, осознание непоправимости происшедшего, скорбь по нерождённому ребёнку, ощущение связи с ним, переживание горя. Такое состояние может длиться в течение нескольких лет или даже всей жизни (Полякова, 2009).

Консультирование женщин в ситуации репродуктивного выбора – это особый вид консультирования, при котором психолог сталкивается с бóльшим количеством специфических проблем, нежели в других ситуациях. Проблемы психолога-консультанта при работе с женщинами в ситуации репродуктивного выбора требуют поиска новых подходов для достижения результатов. Консультирование таких женщин можно приравнивать к консультированию в кризисных ситуациях. Следует отметить, что даже женщина с негативным отношением к аборту вообще, при попадании в свою личную критическую ситуацию может принять решение о прерывании беременности. В такой ситуации психолог ставит задачу вернуть женщину к её собственному пониманию этого феномена.

Главное, что может и должен сделать консультант – это предостеречь женщину от поспешного, невзвешенного решения, о котором она сама через какое-то время будет сожалеть.

Исходя из вышесказанного, можно предположить, что сожаления о принятом решении с большей вероятностью возникают у женщин, чьё решение в момент репродуктивного выбора обладает признаками незрелого поступка.

ГЛАВА 2. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ВЫБОРА ЖЕНЩИН.

Цель эмпирического исследования – выявить взаимосвязь между репродуктивным выбором женщины и зрелостью принятых решений (поступков).

Эмпирические задачи:

1. Проведение эмпирического исследования с целью получения интерпретируемых данных.
2. Интерпретирование полученных данных исходя из гипотезы исследования.

Гипотезы:

1. Сожаления с большей вероятностью возникает у женщин, чье решение в момент репродуктивного выбора обладает признаками незрелого поступка.
2. Женщины, у которых после совершения репродуктивного выбора прошло от 3-х до 10 лет, выражают сожаления чаще, чем женщины, которые совершили свой выбор от 1 года до 3-х лет назад.

2.1. Организация и проведение исследования

2.1.1. Планирование исследования

Независимые переменные:

1. Степень зрелости принятого решения (поступка).
2. Период, прошедший после принятия решения.

Уровни независимой переменной:

1. Зрелость поступка; незрелость поступка.
2. От 1 до 3 лет после принятия решения; от 3 до 10 лет.

Зависимая переменная:

1. Оценка своего репродуктивного выбора (сожаления или их отсутствие).

Контролируемые переменные:

- возраст; период, прошедший с момента репродуктивного выбора.

Требования к выборке:

- женщины, которые сообщают о том, что в момент принятия репродуктивного решения имели ярко выраженные сомнения и стояли перед выбором – сохранить беременность или сделать аборт;

- женщины, которым на момент принятия репродуктивного решения было от 18 до 45 лет.

Женщины, которые сделали аборт по медицинским показаниям, в нашем исследовании участие не принимали.

Таблица 1.

Структура выборки

Время, прошедшее после принятия решения	Сделали аборт	Сохранили беременность
От года до 3-х лет	8	8
От 3-х до 10 лет	8	8

Метод сбора данных – **структурированное интервью**. Этот метод даёт возможность выявлять субъективную оценку женщинами своего репродуктивного выбора. Метод интервью – проводимая по определенному плану беседа, предполагающая прямой контакт интервьюера с респондентом. Респондент (от англ. «отвечающий», «опрашиваемый») — человек, участвующий в опросе в роли источника информации. Интервьюер — лицо, непосредственно проводящее опрос.

Интервью является самым интерактивным видом опроса. При возникновении каких-либо неясностей респондент может переспросить, равно как интервьюер может попросить разъяснения ответа на вопрос. Интервьюер активно управляет диалогом, при необходимости фокусируя внимание опрашиваемых на каких-либо дополнительных аспектах обсуждаемых проблем. Однако при этом он не выходит за пределы заранее составленного перечня

вопросов. Это позволяет нам наиболее детально и подробно изучить сомнения и чувства женщин при совершении им репродуктивного выбора.

Интервью – один из наиболее распространенных методов получения информации путём задавания вопросов и выслушивания ответов на них. Интервью как метод научного исследования направлено на сбор информации о личности в рамках определенной темы исследования. Структурированное интервью (Structured interview) – это интервью, проводящееся по установленной форме (с установленными вопросами), что оставляет респонденту мало возможностей (или вовсе не оставляет) для отступления от темы, предложенной интервьюером (Хьелл, Зиглер, 2008). Структурированное интервью – это направленная беседа, целью которой является получение ответов на вопросы, предусмотренные программой исследования. Вопросы сформулированы и выстроены в определённом порядке (Приложение 1)

Обработка результатов проводится методом контент-анализа.

2.1.2. Ход исследования

1. Подготовка бланков для проведения интервью. Интервью включает в себя 4 блока вопросов, направленных на отношение женщин, стоявших в ситуации репродуктивного выбора, к своему выбору (Приложение 1).
2. Проведение интервью.
3. Обработка полученных данных, выявление причин прерывания или сохранения беременности.
4. Выявление признаков разных стадий поступка в причинах, указанных женщинами при принятии решения о сохранении или прерывании беременности.

2.1.3. Обработка данных

Данные, полученные в результате интервью, были занесены в индивидуальные матрицы, из которых сформированы 4 таблицы по каждой группе женщин (Приложение 2).

Аргументы, названные женщинами решающими при принятии решения, были рассмотрены экспертами по степени зрелости.

Экспертами выступили:

1. Доценко Е.Л., доктор психол. наук;
2. Старцева В.А., кандидат психол. наук;
3. Пчелина О.В., аспирант ТГУ;
4. Ершова А.Н., психолог-консультант, ассистент кафедры общей и социальной психологии ТГУ.

Экспертам был предложен список аргументов, названных женщинами, решающими при совершении ими репродуктивного выбора.

Таблица 2.

Аргументы в пользу аборта

(в ячейках приведены средние значения, размах шкалы 1 – 8)

Аргументы за аборт, названные женщинами	Сохранившие беременность	Сделавшие аборт
мать против, давление матери, страх перед родителями	5,3	7,8
финансовые трудности, долги	6,4	6,3
некому помочь, нет поддержки	5,2	7,7
отец ребёнка поддерживает аборт, не рад беременности, не готов стать отцом	5,5	7,4
учёба, работа	4,6	7,5
усталость, уже есть дети	4,2	0
жильё (тесное, отсутствие жилья)	6	5,8
бросил жених, рассталась с парнем	5,5	8
неготовность стать матерью, потеря свободы	3	5,4
плохие отношения с мужем/отцом ребёнка	6	5,5
не замужем официально	3,3	5,2
там ещё не ребёнок, просто сгусток/на маленьком сроке можно	4	6,3
не по плану, не вовремя	0	8
возраст	0	4
обида, эмоции, отчаянье	0	8
родить – это позор	4	0

Аргументы в пользу сохранения

(в ячейках приведены средние значения, размах шкалы 1 – 8)

Аргументы за сохранение, названные женщинами	Сохранившие беременность	Сделавшие аборт
там мой ребёнок, мой малыш, звук сердечка на УЗИ, во мне жизнь	5,9	1
здоровье (боязнь осложнений после аборта, бесплодие, большой срок)	7,3	3,5
поддержка близких	7,2	0
хочу семью, стать матерью, хочу малыша	6	2
муж хочет ребёнка	7	1
чувствую силы, я смогу, я потяну	0	2

Напротив каждого аргумента каждый эксперт выставил балл по пятибалльной шкале от -2 до 2 (-2,-1,0,1,2), где -2 означает максимально «незрелый» аргумент, а 2 – максимально «зрелый» (Приложение 3).

Далее мы сложили баллы, выставленные экспертами, с тем чтобы определить, к какому виду поступка относится каждый аргумент. Полученное отрицательное значение принимаем за незрелость, положительное значение – за зрелость. Таким образом, путём ранжирования оценок экспертов, мы определили 5 аргументов, указывающих на незрелость поступка, и 5 аргументов, указывающих на зрелость (Приложение 4, Приложение 5).

Незрелые аргументы:

- мать против, давление матери, страх перед родителями;
- там ещё не ребёнок, просто сгусток/на маленьком сроке аборт делать можно;
- бросил жених, рассталась с парнем;
- отец ребёнка поддерживает аборт, не рад беременности, не готов стать отцом;
- обида, эмоции, отчаянье.

Зрелые аргументы:

- чувствую силы, я смогу, я потяну;

- здоровье (боязнь осложнений после аборта, бесплодие, большой срок);
- хочу семью, стать матерью, хочу малыша;
- готовность/неготовность стать матерью;
- усталость, уже есть дети.

Далее по каждому испытуемому от среднего результата по зрелости отнимаем средний результат по незрелости. Если зрелые аргументы перевешивают незрелые, мы получаем положительное значение. Если незрелые аргументы перевешивают зрелые, то мы получаем отрицательное значение. Испытуемых с полученным положительным значением относим в группу женщин, совершивших зрелый поступок. Испытуемых с полученным отрицательным значением относим в группу женщин, совершивших незрелый поступок.

Таблица 4.

Степень зрелости аргументов

Испытуемые	Среднее (незрелый поступок)	Среднее (зрелый поступок)	Значение для выявления группы зрелости/незрелости
1.	5,5	7,5	2,0
2.	5,0	7,0	2,0
3.	6,0	7,5	1,5
4.	7,0	3,0	-4,0
5.	7,0	8,0	1,0
6.	6,0	6,0	0,0
7.	6,0	7,5	1,5
8.	5,0	6,5	1,5
9.	3,0	6,0	3,0
10.	5,0	4,0	-1,0
11.	5,0	5,0	0,0
12.	5,0	5,0	0,0
13.	7,0	5,5	-1,5
14.	5,5	7,5	2,0
15.	5,5	5,7	0,2
16.	5,0	6,0	1,0
17.	7,0	8,0	1,0
18.	5,8	3,0	-2,8

19.	6,5	5,0	-1,5
20.	8,0	4,5	-3,5
21.	7,5	4,0	-3,5
22.	6,2	4,5	-1,7
23.	8,0	5,5	-2,5
24.	6,7	6,0	-0,7
25.	4,3	7,3	3,0
26.	6,5	5,5	-1,0
27.	6,0	4,5	-1,5
28.	7,0	6,0	-1,0
29.	4,0	8,0	4,0
30.	6,7	2,0	-4,7
31.	8,0	4,5	-3,5
32.	7,5	8,0	0,5

Данные обрабатываются методом подсчёта критерия Манна-Уитни. Сравниваем группу женщин, совершивших зрелый поступок, и группу женщин, совершивших незрелый поступок по уровню сожалений. Уровень сожалений определяем исходя из отмеченного женщинами значения на шкале сожалений.

Во время интервью каждая женщина отмечала на шкале от -8 до 8 степень своего сожаления либо отсутствие сожаления о совершённом репродуктивном выборе. Переведём эти значения для наглядности и удобства подсчётов (Таблица 4).

Таблица 5.

Баллы по шкале сожалений

Значение по шкале	-8	-7	-6	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
Балл	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16

2.2. Результаты исследования

2.2.1. Анализ количественных результатов

Проверка гипотезы 1

Чтобы сравнить зависимость уровня сожалений от степени зрелости, мы использовали метод расчёта критерия Манна-Уитни для независимых выборок. Получены следующие результаты:

Таблица 6.

Критерий Манна-Уитни

Ранги				
	зрелость	N	Средний ранг	Сумма рангов
сожаление	незрелый	15	18,77	281,50
	зрелый	14	10,96	153,50

Статистические критерии ^a	
	сожаление
U Манна-Уитни	48,500
W Вилкоксона	153,500
Z	-2,722
Асимптотическая значимость (2-сторонняя)	,006
Точная знч. [2*(1-сторон. знач.)]	,012 ^b
a. Группирующая переменная: зрелость	
b. Не скорректировано на наличие связей.	

Значимость равна 0,006. Таким образом, статистически достоверно уровень сожалений зависит от степени зрелости ($p < 0,05$).

Это означает, что у женщин, чей поступок оценивается как незрелый, степень сожаления выше. В то же время у женщин, чей поступок оценивается как зрелый, степень сожаления ниже.

Также, для выявления зависимости уровня сожалений от степени зрелости, мы сделали расчёт значимости корреляции по Пирсону.

Таблица 7.

Значимость корреляции по Пирсону

Корреляции			
		сожаление	ур. зрелости
сожаление	Корреляция Пирсона	1	-,385*
	Знач. (двухсторонняя)		,039
ур. зрелост	Корреляция Пирсона	-,385*	1

и	Знач. (двухсторонняя)	,039	
*. Корреляция значима на уровне 0,05 (двухсторонняя).			

В результате расчёта показатель статистической значимости составил 0,039 ($p < 0,05$). Таким образом, статистически достоверно уровень сожалений коррелирует со степенью зрелости.

Это позволяет сделать вывод о том, что есть обратная зависимость между двумя переменными, то есть чем ниже уровень зрелости поступка, тем выше уровень сожалений. Это означает, что женщины, у которых на момент совершения репродуктивного выбора степень зрелости поступка была низкая, впоследствии будут больше сожалеть о совершённом выборе.

Таким образом, *подтверждается первая гипотеза* нашего исследования о том, что сожаления с большей вероятностью возникают у женщин, чьё решение в момент репродуктивного выбора обладает признаками незрелого поступка.

Проверка гипотезы 2

Разделим испытуемых на 2 группы по уровням независимой переменной (от 1 года до 3-х лет и от 3-х до 10 лет после принятия решения о репродуктивном выборе). Сравним результаты по сожалениям между двумя группами для проверки гипотезы 2 – женщины, у которых после совершения репродуктивного выбора прошло от 3-х до 10 лет, выражают сожаления чаще, чем женщины, которые совершили свой выбор от 1 года до 3-х лет назад.

Чтобы сравнить зависимость сожаления между двумя группами, мы использовали метод расчёта критерия Манна-Уитни для независимых выборок. Получены следующие результаты.

Таблица 8.

	группа	N	Средний ранг	Сумма рангов
степень_сожаления	1-3	16	16,81	269,00
	3-10	16	16,19	259,00
	Всего	32		

Статистические критерии ^a	
	степень_сожаления
U Манна-Уитни	123,000
W Вилкоксона	259,000
Z	-,210
Асимптотическая значимость (2-сторонняя)	,834
Точная знч. [2*(1-сторон. знач.)]	,867 ^b
a. Группирующая переменная: группа	
b. Не скорректировано на наличие связей.	

Статистический анализ показал, что между группами женщин, у которых после совершения репродуктивного выбора прошло от 3-х до 10 лет, и женщин, которые совершили свой выбор от 1 года до 3-х лет назад, отсутствуют статистически значимые различия ($p > 0,05$).

Это означает, что гипотеза о наличии статистических различий между группами женщин не подтвердилась.

2.2.2. Качественный анализ результатов

Таблица 9.

Аргументы в пользу аборта (размах шкалы 1 – 8, средние значения)

Аргументы за аборт, названные женщинами	Сохранившие беременность	Частота	Сделавшие аборт	Частота
мать против, давление матери, страх перед родителями	5,3	4	7,8	10
финансовые трудности, долги	6,4	8	6,3	4
некому помочь, нет поддержки	5,2	5	7,7	8
отец ребёнка поддерживает аборт, не рад беременности, не готов стать отцом	5,5	4	7,4	7
учёба, работа	4,6	5	7,5	5
усталость, уже есть дети	4,2	5	0	0
жильё (тесное, отсутствие жилья)	6	3	5,8	3
бросил жених, рассталась с парнем	5,5	2	8	2
неготовность стать матерью, потеря свободы	3	1	5,4	4
плохие отношения с мужем/отцом ребёнка	6	2	5,5	2
не замужем официально	3,3	4	5,2	3
там ещё не ребёнок, просто сгусток/на маленьком сроке можно	4	2	6,3	3

не по плану, не вовремя	0	0	8	3
возраст	0	0	4	1
обида, эмоции, отчаянье	0	0	8	1
родить – это позор	4	1	0	0

Женщины, сохранившие беременность, значительно чаще называли аргумент «там мой ребёнок, новая жизнь» в отличие от женщин, выбравших прерывание. Женщины, прервавшие беременность, ни разу не получили поддержки близких за сохранение.

Ключевые аргументы в пользу аборта, которыми воспользовались сделавшие его:

- мать против, давление матери, страх перед родителями;
- бросил жених, рассталась с парнем;
- там ещё не ребёнок, просто сгусток/на маленьком сроке можно;
- некому помочь, нет поддержки;
- не по плану, не вовремя;
- отец ребёнка поддерживает аборт, не рад беременности, не готов

стать отцом.

Ссылка на обстоятельства (не вовремя, учёба, работа) больше присуща женщинам, сделавшим аборт. Вес внешних аргументов у сделавших аборт выше, чем вес внешних аргументов у сохранивших.

Таким образом, аргументы, представленные женщинами, сохранившими беременность, обладают признаками большей зрелости поступка.

Таблица 10.

Аргументы в пользу сохранения (размах шкалы 1 – 8, средние значения)

Аргументы за сохранение, названные женщинами	Сохранившие беременность	Частота	Сделавшие аборт	Частота
там мой ребёнок, мой малыш, звук сердечка на УЗИ, во мне жизнь	5,9	9	1	1
здоровье (боязнь осложнений после аборта, бесплодие, большой срок)	7,3	7	3,5	2
поддержка близких	7,2	5	0	0
хочу семью, стать матерью, хочу малыша	6	2	2	2
муж хочет ребёнка	7	2	1	0
чувствую силы, я смогу, я потяну	0	0	2	1

Таблица 11.

Аргументы людей из близкого окружения женщин в пользу аборта

аргументы за аборт	Количество у сохранивших беременность	количество у сделавших аборт
зачем столько детей?	2	
куда так рано? Не вовремя	1	7
беременность – это позор	2	
сначала учёба	2	1
фин. трудности, нет жилья, не потянем	4	2
муж – не хочу ребёнка, не готов	3	4
это просто сгусток, не ребёнок		5
дура, будешь одна с двумя детьми		1
фин. зависимость от родителей		2
ты не замужем		1
так все делают		3

Таблица 12.

Аргументы людей из близкого окружения женщин в пользу сохранения беременности

<i>аргументы за сохранение</i>	<i>Количество у сохранивших беременность</i>	<i>количество у сделавших аборт</i>
я помогу вырастить	1	
аборт это бесплодие, вред для здоровья	2	
муж – хочу ребёнка	3	
там жизнь, ребёнок	3	
аборт грех	1	

Женщины, сделавшие аборт, не услышали ни одного аргумента от своих близких и родных в поддержку сохранения беременности.

Все женщины, которым близкие (как правило, мать беременной женщины) говорили, что у них в животе просто сгусток, а не ребёнок, сделали аборт.

Мнение мужа не имеет решающего значения (половина женщин, у которых муж не был готов к отцовству, сохранили жизнь своему ребёнку).

Таблица 13.

Количество повторений первой реакции женщин, узнавших о беременности

<i>Семантические единицы</i>	<i>Сохранившие</i>	<i>Сделавшие аборт</i>
шок	10	4
страх, испуг	9	11
неожиданность, удивление	2	2
радость	3	
растерянность	4	4
ступор	1	
изоляция	1	
отрицание	1	
слёзы	1	
волнение, беспокойство	2	
досада, злость	1	3
ужас		2
пустота		1
чудо, которое не сбудется		1
метания, паника		2

Шок, страх, испуг, растерянность – чаще всего употребляемые описания реакции на беременность у женщин, которые испытывали сомнения, колебания и стоявшие перед выбором: сохранить беременность или сделать аборт. Повторения таких реакций приблизительно равны во всех группах, но шок чаще называли женщины, сохранившие беременность.

Таблица 14.

Отношение матерей беременных женщин к абортам и поддержка сохранения

	<i>1,2 группы (сохранившие)</i>	<i>3,4 группы (аборт)</i>
Поддерживали сохранение беременности	3	0
В целом положительно относились к абортам и сами делали аборты	10	13

У женщин, сделавших аборт, матери не поддерживали сохранение беременности. Среди женщин, сохранивших ребёнка, у троих матери поддержали беременность. Таким образом, *позиция матери во многом является определяющей для беременной женщины*. Это указывает на зависимость женщины от матери (созависимость), что означает незрелость личности, в том числе и поступков, совершаемых личностью. Для консультанта этот вывод указывает также и на целесообразность вовлечения матери женщины в

психологическую работу на этапе принятия клиенткой репродуктивного решения.

Как среди сохранивших, так и среди прервавших беременности, матери, как правило, положительно относились к абортам и сами делали их. В данном случае мы наблюдаем передачу семейного отношения к прерыванию беременности, передачу опыта мамы. Тот факт, что все испытуемые испытывали колебания и допускали мысли об аборте, можно связать с положительным отношением их матерей к прерыванию беременности. При этом те мамы, которые делали аборт и предположительно сожалели о них, поддерживали своих дочерей на сохранение беременности.

Таблица 15.

Откладывание принятия решения и рассмотрение перспективы выбора

	1,2 группы (сохранившие)	3,4 группы (аборт)
Откладывали принятие решения	15	7
Рассматривали перспективу выбора	13	2

Только двое из сделавших аборт, рассматривали перспективу предположения сохранения беременности. Возможно, рассмотрение долгосрочной перспективы помогало женщинам принять решение о сохранении жизни ребёнку. Рассмотрение перспективы относится к признакам зрелого поступка.

Таблица 16.

На что надеялись, чего не хватало и чего ждали женщины, откладывая принятие решения

Семантические единицы	1 группа	2 группа	3 группа	4 группа
Время на обдумывание	3	1		
Поддержка сохранения Б	3	6	8	6
Гармония в семье	1			
Уверенность		1		
Знак судьбы		1		

Женщинам, сделавшим аборт, не хватало только поддержки в момент принятия решения.

Остальные ответы были «не знаю».

Таблица 17.

Опора и поддержка для женщин в ситуации репродуктивного выбора

Семантические единицы	1 группа	2 группа	3 группа	4 группа
Во мне новая жизнь, ребёнок, я нужна ему	5	2		
Поддержка свекрови, мужа, близких	1		1	
Отец ребёнка	1	2	1	1
Я сама опора себе	1			
Старшие дети		2		
Не знаю, ничего, не было сил		3	6	7
Поддержка мамы		2		

Отношение к аборту у женщин может меняться по мере приобретения социального опыта, взросления, изменения жизненной ситуации.

На решение женщины в ситуации репродуктивного выбора в значительной степени влияет поддержка значимых людей, которые находятся рядом с ней в момент принятия решения о сохранении либо прерывании беременности.

У женщин из 3 и 4 групп самый распространённый ответ – «не был сил, не было опоры, ничего не поддерживало». То есть женщины, сделавшие аборт, не обладали достаточной для самостоятельного принятия решения личностной силой, что является признаком незрелого поступка.

Таблица 18.

Чувства сразу после принятия решения

Чувства	Сохранившие беременность		Сделавшие аборт	
	1 группа	2 группа	3 группа	4 группа
Облегчение, лёгкость, спокойствие	7	5		1
Радость, счастье	2	5		
Усталость	2			
Чувство заботы к ребёнку	1	1		
Лёгкая грусть	1			
Уверенность		2		
Надежда	1			
Боль			6	2
Мучения			2	

Пустота			6	5
Большой стресс			1	
Чувство, что совершила что-то страшное и непоправимое, ужасное			4	2
Тоска				2
Тяжесть				3
Отрешённость, апатия, как в тумане				3
Жалость к себе				2

Чувства, которые испытывали женщины после принятия решения о сохранении беременности и после совершения аборта, кардинально различаются. Чувства, описываемые женщины после совершения аборта, являются критериями нарушения психологического состояния и относятся к признакам постабортного синдрома. Часто женщины отмечают усиление негативных чувств и переживаний со временем.

Таблица 19.

Ценности, отмеченные женщинами как приоритетные

Ценности	Сохранившие беременность		Сделавшие аборт	
	1 группа	2 группа	3 группа	4 группа
ответственность	6	6	3	6
честность	6	3	0	4
независимость	1	4	5	3
удовольствие	0	1	1	0
интересная жизнь	5	5	1	1
наслаждение жизнью	4	3	1	2
благополучие	2	2	4	3
социальное признание	1	2	2	0
достижение успеха	4	3	0	0
женственность	4	2	2	4
женская мудрость	3	5	1	5
материнство	8	8	2	6
привлекательность	3	2	4	2
уважение старших	0	1	1	0
терпимость	3	0	0	3
доверие и понимание в семье	5	7	1	5
дружба	4	5	1	3
религиозность	1	0	1	3
полезность	2	4	0	4
уважение традиций	2	1	0	2
здоровье	6	5	3	5
защита семьи	6	7	2	5
внутренняя гармония	8	6	1	5
социальная справедливость	1	1	2	4

Женщины, сделавшие аборт, отмечают в списке предложенных ценностей ответственность, однако декларирование ответственности **не есть сама ответственность**.

Общечеловеческие ценности (дружба, доверие и понимание в семье, защита семьи и т.д.) важнее для первых двух групп испытуемых.

Отмечается разница в приоритетных ценностях между 3-й и 4-й группами. Женщины, у которых после совершения аборта прошло от 3-х до 10 лет, показывают переосмысление ценностей и чаще указывают на семейные ценности.

Отмечается важная тенденция по признаку решительности и независимости от чужого мнения. Количество женщин, назвавших себя решительными, самостоятельными и не зависимыми от чужого мнения в первых двух группах превышает ровно в 2 раза количество женщин, назвавших себя решительными в группах, сделавших аборт (10 женщин среди сохранивших и 5 среди прервавших беременность).

Основным фактором принятия решения в ситуации репродуктивного выбора является мнение окружающих, то есть все женщины продемонстрировали высокий уровень конформности.

2.2.3. Обобщённый анализ результатов

Статистическая проверка показала, что у женщин, чей поступок оценивается как незрелый, степень сожаления выше. В то же время у женщин, чей поступок оценивается как зрелый, степень сожаления ниже. Таким образом, подтверждается первая гипотеза нашего исследования о том, что сожаления с большей вероятностью возникают у женщин, чьё решение в момент репродуктивного выбора обладает признаками незрелого поступка.

Гипотеза о наличии различий между женщинами, у которых после совершения репродуктивного выбора прошло от 3-х до 10 лет, и женщинами, которые совершили свой выбор от 1 года до 3-х лет назад, не подтвердилась. Статистический анализ показал отсутствие значимых различий.

2.3. Выводы по главе 2

На первом этапе была сконструирована последовательность этапов интервью, позволяющая исследовать репродуктивный выбор женщины с точки зрения поступка.

Далее было проведено структурированное интервью для выявления аргументов,двигающих женщинами при совершении им репродуктивного выбора. Полученные данные были обработаны статистически. А также был проведён качественный анализ.

После этого были сделаны выводы по гипотезам.

Проверены следующие гипотезы:

1. Сожаления с большей вероятностью возникает у женщин, чьё решение в момент репродуктивного выбора обладает признаками незрелого поступка.

2. Женщины, у которых после совершения репродуктивного выбора прошло от 3-х до 10 лет, выражают сожаления чаще, чем женщины, которые совершили свой выбор от 1 года до 3-х лет назад.

Из результатов исследования сделан вывод, что статистически достоверно уровень сожалений зависит от степени зрелости. Это означает, что у женщин, чей поступок оценивается как незрелый, степень сожаления выше. В то же время у женщин, чей поступок оценивается как зрелый, степень сожаления ниже.

Таким образом, подтверждается первая гипотеза эмпирического исследования – сожаления с большей вероятностью возникает у женщин, чьё решение в момент репродуктивного выбора обладает признаками незрелого поступка.

Вторая гипотеза не нашла статистического подтверждения, таким образом, мы не можем утверждать, что женщины, у которых после совершения репродуктивного выбора прошло от 3-х до 10 лет, выражают сожаления чаще, чем женщины, которые совершили свой выбор от 1 года до 3-х лет назад.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Наше исследование было направлено на изучение репродуктивного выбора как поступка, а также выявить взаимосвязь между репродуктивным выбором женщины и зрелостью принятых решений (поступков).

Для этого был выполнен теоретический анализ литературных источников по проблеме изучения репродуктивного выбора, а также последствий совершённого репродуктивного выбора. Было выяснено, что предабортное состояние как особенное психическое состояние, когда женщина колеблется, терзается сомнениями, испытывает беспокойство, может быть квалифицировано как задача на поступок, так как женщина стоит перед необходимостью совершения выбора, она выбирает между взаимоисключающими мотивами. Состояние репродуктивного выбора было рассмотрено как задача на поступок, с изучением аргументов, используемых женщинами для принятия решения, как составляющих процесса сомнений.

Для проведения исследования были выдвинуты следующие гипотезы:

1. Сожаления о принятом решении с большей вероятностью возникают у женщин, чьё решение в момент репродуктивного выбора обладает признаками незрелого поступка.

2. Женщины, у которых после совершения репродуктивного выбора прошло от 3-х до 10 лет, выражают сожаления чаще, чем женщины, которые совершили свой выбор от 1 года до 3-х лет назад.

Для их проверки было проведено эмпирическое исследование, направленное на изучение репродуктивного выбора с точки зрения зрелости поступка. Получено статистическое подтверждение первой гипотезы о том, что сожаления о принятом решении с большей вероятностью возникают у женщин, чьё решение в момент репродуктивного выбора обладает признаками незрелого поступка. Вторая гипотеза в результате исследования не подтвердилась, это означает, что мы не можем утверждать, что женщины, у которых после совершения репродуктивного выбора прошло от 3-х до 10 лет, выражают

сожаления чаще, чем женщины, которые совершили свой выбор от 1 года до 3-х лет назад.

Полученные данные возможно применить при психологическом сопровождении женщины в ситуации репродуктивного выбора. Часто психологам не хватает детализации предметного поля данной проблемы. Данное исследование поможет психологам заострить внимание на тех аргументах, которыми пользовались женщины, принимая то или иное решение, на том, кто и каким образом из ближнего окружения женщин повлиял на её решение. Таким образом, результаты исследования помогут психологу выстроить процесс консультирования оптимальным образом.

Следует отметить ограничения нашего исследования по количеству выборки. Для более полной картины будет полезно провести исследование с участием большего количества женщин, стоящих перед выбором – сохранить беременность или сделать аборт. В перспективе можно рассмотреть проведение лонгитюдного исследования, которое позволит глубже выявить процессы, влияющие на отношение женщин к своему репродуктивному выбору.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Асмолов А. Г. Психология личности: принципы общепсихологического анализа / А. Г. Асмолов. – Москва: Смысл, 2001. – 416 с.
2. Баженова О.В. Готовность к материнству: выделение факторов, условий психологического риска для будущего развития ребенка / О.В. Баженова, Л.Л. Баз, О.А. Копыл // Синапс. – 1994. – № 5. – Режим доступа: <http://www.psymama.ru/articles/kopyl1.html> (дата обращения: 12.09.2018).
3. Батуев А. С. Психофизиологическая природа доминанты материнства / А. С. Батуев // Психология сегодня: ежегодник Рос. психол. общества. – 1996. – вып. 4. – С. 69-70. – 2 т.
4. Бёрк Т. Запрещенные слезы: О чем не рассказывают женщины после аборта / Т. Берк, Д. Риардон ; [пер. с англ. Ю. Скрелина, А. Фокина]. – СПб.: Каламос, 2010. – 352 с.
5. Бовуар, С. де. Второй пол / С. де Бовуар; пер. с фр. С.Г. Айвазовой. – М.: Прогресс; СПб.: Алетейя, 1997. – Т. 1. – С. 82.
6. Брутман В.И. Психологические феномены, возникающие в связи с нежеланной беременностью / В. И. Брутман // Психология сегодня: Ежегодник Рос. психол. об-ва. – 1996. – Т. 2, вып. 4. – 1996. – С. 150–151.
7. Быкова Е. А. К вопросу о психологическом сопровождении беременности и подготовки к родам / Е. А. Быкова // Вестник института семьи: периодический научно-практический журнал. – 2009. Вып. 3. – С. 18-21.
8. Васильева А. Д. Аборт: право человека или преступление? [Электронный ресурс] / А. Д. Васильева // Правовое регулирование семейных отношений: настоящее и будущее: материалы межвузовской научно-практической студенческой конференции. – Москва: Издательство Международного юридического института, 2016. – С. 174-183. – URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=25663552> (дата обращения: 03.07.2018).

9. Василюк Ф. Е. Психотехника выбора / Ф. Е. Василюк // Психология с человеческим лицом: Гуманистическая перспектива в постсоветской психологии / под ред. Д. А. Леонтьева, В. Г. Щур. – Москва : Смысл, 1997. – С. 284-314.
10. Годфруа, Ж. Что такое психология? [Текст] : в 2 т. / Ж. Годфруа. – М. : Мир, 1992. - Т. 1 : Что такое психология? – 1992, – 496 с.
11. Горохова О. И. Аборт – проблема двоих или проблема государства? [Электронный ресурс] / О. И. Горохова // Современные проблемы гуманитарных и общественных наук. – 2015. – № 2. – С. 37-41. – URL: https://elibrary.ru/download/elibrary_23703397_45598122.pdf (дата обращения: 03.07.2018).
12. Гурская С. П. Характеристика структурных элементов ситуации выбора / С. П. Гурская [Электронный ресурс] // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Сер., Психология. – 2012. – № 45 (304). – С. 4-11. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/harakteristika-strukturnyh-elementov-situatsii-vybora> (дата обращения: 18.09.2018).
13. Доценко Е. Л. Чем зрелее поступки – тем успешнее бизнес / Е. Л. Доценко, Э. З. Омаров // В мире научных открытий. – 2011. – № 5. – С. 41-43.
14. Еремеева О. И. К вопросу о понятии и правовом положении эмбриона человека [Электронный ресурс] / О. И. Еремеева // Инновационная наука. – 2016. – № 3. – С. 40-41. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/k-voprosu-o-ponyatii-i-pravovom-polozhenii-embriona-cheloveka> (дата обращения 18.09.2018).
15. Иванова И. А. Уголовно-правовая охрана эмбриона человека в контексте реализации репродуктивных прав его родителей / И. А. Иванова // Вестник Московского университета. Сер. 11, Право. – 2014. – № 5. – С. 127-136. – URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=22757929> (дата обращения: 18.09.2018).
16. Копыл, О.А. Готовность к материнству: выделение факторов, условий психологического риска для будущего развития ребенка / О.А. Копыл, Л.Л. Баз, О.В. Баженова // Синапс. – 1993. – № 4. – С. 35–42.

17. Кочюнас Р. Основы психологического консультирования / Р. Кочюнас. – Москва, 2000. – 240 с.
18. Красников А. В. Право на медицинскую помощь при аборте или право на жизнь эмбриона человека [Электронный ресурс] / А. В. Красников // Проблемы социально-гуманитарного образования на современном этапе модернизации российской школы: материалы Пятой международной научно-практической конференции. – Барнаул : Издательство Алтайского государственного педагогического университета, 2016. – С. 102-104. – URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=29087873> (дата обращения: 03.07.2018).
19. Куценко О. С. Аборт или Рождение? Две чаши весов: пособие для психологов и других специалистов, работающих с женщиной и ее семьей в ситуации репродуктивного выбора / О. С. Куценко. – Санкт-Петербург, 2011. – 381 с.
20. Левитов Н. Д. О психических состояниях человека / Н. Д. Левитов. – Москва : Просвещение, 1964. – 344 с.
21. Малинина Н. С. Способы преодоления неопределенности в ситуации выбора и принятия решения [Электронный ресурс] / Н. С. Малинина // Вестник Томского государственного университета. – 2013. – № 377. – С. 152-155. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sposoby-preodoleniya-neopredelennosti-v-situatsii-vybora-i-prinyatiya-resheniya> (дата обращения: 03.07.2018).
22. Маслоу А. Новые рубежи человеческой природы / А. Маслоу. – Москва : Смысл, 1999. – 425 с.
23. Мухина В.С. Возрастная психология. Феноменология развития. /В.С. Мухина. – М.: Академия, 2006. – 608 с.
24. Мясищев В. Н. Структура личности и отношения человека к действительности / В. Н. Мясищев // Психология личности: тексты / ред. Ю. Б. Гиппенрейтер, А. А. Пузырев. – Москва : Издательство Московского университета, 1982. – С. 19-20.

25. Николаев Е.Л. Медицинская психология в общеврачебной практике: проблемы и опыт. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2009. N 1. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (дата обращения: 15.05.18).
26. Овчарова Р. В. Психологическое сопровождение родительства / Р. В. Овчарова. – Москва: Институт Психотерапии, 2003. – 319 с.
27. Онищук Е. Ю. Влияние прерывания беременности на психологическое состояние женщины / Е. Ю. Онищук // Перинатальная психология и психология родительства. – 2006. – № 3. – С. 13-16.
28. Павлов И. П. Полное собрание сочинений / И. П. Павлов ; АН СССР. – Изд. 2-е, доп. – Москва : Изд-во АН СССР, 1951–1954. – Т. 3, кн. 1 : [Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности животных : главы I-XXXV (1903-1922 гг.)] / ред. Э. Ш. Айрапетянц. – 1951. – 392 с.
29. Петрова Н. Н. Психологические факторы искусственного прерывания беременности [Электронный ресурс] / Н. Н. Петрова // Вестник Санкт-Петербургского университета. Медицина. – 2006. – № 3. – С. 120-124. – URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=21098850> (дата обращения: 03.07.2018).
30. Петровский В. А. Начала мультисубъектной персонологии / В. А. Петровский // Развитие личности. – 2010. – № 1. – С. 55-72.
31. Полякова О. О. К психологии поступка / О. О. Полякова // Контентус. – 2015. – №. 2. – С. 15-20.
32. Поршнев Б. Ф. Функция выбора – основа личности / Б. Ф. Поршнев // Проблемы личности / под ред. В. Банщикова, Л. Рохлина, Е. Шороховой. – Москва : Институт философии, 1969. – С. 344-349.
33. Психические состояния: хрестоматия / сост. Л. В. Куликов. – Санкт-Петербург : Питер, 2001 – 512 с.
34. Психология выбора / Д. А. Леонтьев, Е. Ю. Овчинникова, Е. И. Рассказова, А. Х. Фам. – Москва : Смысл, 2015. – 464 с.

35. Рыжова А. А. Эмбрион как субъект конституционного права [Электронный ресурс] / А. А. Рыжова // Наука. Общество. Государство. – 2016. – Т. 4, № 4. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/embrion-kak-subekt-konstitutsionnogo-prava> (дата обращения 18.09.2018).
36. Селихова О. А. Медицинские и духовные аспекты посттравматического стрессового расстройства на примере постабортного синдрома [Электронный ресурс] / О. А. Селихова. – 2002. – URL: <http://www.humanities.edu.ru/db/msg/46124> (дата обращения 25.11.2018).
37. Смирнова Ю. С. Запрещенные слезы или постабортный синдром / Ю. С. Смирнова, А. А. Фокин // Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. – 2009. – № 4 (1). – С. 91-92.
38. Солодников В. В. Аборт: правовое регулирование и общественное мнение россиян [Электронный ресурс] / В. В. Солодников // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. – 2008. – № 4 (88). – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/abort-pravovoe-regulirovanie-i-obschestvennoe-mnenie-rossiyan> (дата обращения: 03.07.2018).
39. Сосновикова Ю. Е. Психические состояния человека, их классификации и диагностика : пособие для студентов и учителей / Ю. Е. Сосновикова. – Горький : ГГПИ им. А. М. Горького, 1975. – 118 с.
40. Старцева В. А. Роль поступков в достижении личностной интегрированности : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата психологических наук : 19.00.04 / В. А. Старцева; [Место защиты: Уральский федеральный университет им. первого Президента России Б.Н. Ельцина]. – Екатеринбург, 2016. – 25 с.
41. Филимонов С.В. . Отношение врачей и населения к проблеме аборта и статуса эмбриона [Электронный ресурс] / С.В. Филимонов, Г. Л. Микиртичян // Журнал акушерства и женских болезней. – 2004. – № 3. – С. 47-51. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/otnoshenie-vrachey-i-naseleniya-k-probleme-aborta-i-statusa-embriona> (дата обращения: 18.09.2018).

42. Филиппова Г. Г. Материнство и основные аспекты его исследования в психологии / Г. Г. Филиппова // Вопр. психологии – 2001. – № 2. – С. 22–37.
43. Филиппова Г. Г. Психология материнства: учебное пособие / Г. Г. Филиппова. – Москва: Издательство Института психотерапии, 2002. – 240 с.
44. Франкл В. Человек в поисках смысла / В. Франкл ; сост. Л. Я. Гозман, Д. А. Леонтьев. – Москва : Прогресс, 1990. – 366 с.
45. Фромм Э. Иметь или быть? : пер. с англ. / Э. Фромм; общ. ред. и послесл. В. И. Добренкова. – 2-е изд., доп. – Москва : Прогресс, 1990. – 330 с.
46. Хамитова И. Ю. Семейная история и её влияние на переживание беременности [Электронный ресурс] / И. Ю. Хамитова // Журнал практической психологии и психоанализа. – 2005. – № 4. – URL: <http://psyjournal.ru/articles/semeynaya-istoriya-i-eyo-vliyanie-na-perezhivanie-beremennosti> (дата обращения: 03.07.2018).
47. Холмогорова А. Б. Интеграция когнитивного и психодинамического подходов на примере психотерапии соматоформных расстройств / А. Б. Холмогорова, Н. Г. Гаранян // Московский психотерапевтический журнал. – 1996. – № 3. – С. 141-164.
48. Хорни К. Невроз и развитие личности / К. Хорни. – Москва, 1998. – 375 с.
49. Хорни К. Невротическая личность нашего времени / К. Хорни. – Москва, 1997. – 496 с.
50. Хорни К. Самоанализ. Психология женщины. Новые пути в психоанализе / К. Хорни. – Санкт-Петербург : Питер, 2002. – 480 с.
51. Хрестоматия по гуманистической психотерапии : пер. с англ / сост. М. Папуш. – Москва: Институт общегуманитарных исследований, 1995. – 302 с.
52. Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности / Л. Хьелл, Д. Зиглер – СПб.: Питер Пресс, 2008. – 806с.

53. Шмурак Ю. И. Воспитание до рождения: теоретические размышления. Опыт развивающего воздействия / Ю. И. Шмурак // Народное образование. – 1995. – № 6. – С. 53-57.
54. Шмурак Ю. И. Пренатальная психологическая общность / Ю. И. Шмурак // Человек. – 1993. – № 6. – С. 21-37.
55. Шмурак Ю. И. Психологические основы пренатальной общности [Электронный ресурс] / Ю. И. Шмурак // Центр перинатальной психологии Марины Ланцбург. Курсы. Семинары. Вебинары: сайт. – URL: <https://www.psymama.ru/biblioteka/stati/voprosi-pp/psihologicheskie-osnovy-prenatalnoj-obshhnosti/> (дата обращения: 03.07.2018).
56. Adler F. The value concept in sociology / F. Adler // American Journal of Sociology. – 1956. – № 62. – P. 272-279.
57. Allport G. W. A study of values / G. W. Allport, P. E. Vernon. – Boston, 1951.
58. Badinter, E. Le Conflit: la femme et la mere / E. Badinter. - Flammarion, 2010.
59. Catton W. R. A theory of value / W. R. Catton // American Sociological Review. – 1959. – № 24. – P. 310-317.
60. Coleman P. K. Late-Term Elective Abortion and Susceptibility to Post-Traumatic Stress Symptoms = Аборты на поздних сроках и посттравматическое стрессовое расстройство / P. K. Coleman, C. T. Coyle, V. M. Rue // Journal of Pregnancy. – 2010. – Vol. 2010.
61. Induced abortion and traumatic stress: A preliminary comparison of American and Russian women / V. M. Rue, P. K. Coleman, J. J. Rue, D. C. Reardon // Med. Sci. Monit. – 2004. – 10(10). – P. 5-16.
62. Nicolson N.A. add. Maternal behaviour in human and nonhuman primates / N.A. Nicolson // Understanding behavior: what primates studies tell us about human behavior. N.Y/1991.
63. Speckhard A. C. Postabortion Syndrome: An Emerging Public Health Concern = Синдром пост-абортов: возникающая проблема общественного

здравоохранения [Электронный ресурс] / А. С. Speckhard, V. M. Rue // Journal of Social Issue. – 1992. – № 48. – P. 95-119. – <http://dx.doi.org/10.1111/j.1540-4560.1992.tb00899.x> (дата обращения: 03.07.2018).

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1.

Набор вопросов.

Паспортичка.

- Возраст сейчас, возраст на момент беременности.
- Семейное положение (замужем, не замужем, разведена, в не зарегистрированном браке).
- Образование.
- Социальный статус (работающая/неработающая, студентка, домохозяйка) сейчас и на момент кризисной беременности.
- Количество сделанных аборт до рассматриваемой беременности.

БЛОК ВОПРОСОВ 1. Состояние женщины на момент кризисной беременности.

- Опишите свою первую реакцию, когда узнали о беременности, какие чувства вы испытывали?
- Какие были сомнения, какие особенности своих сомнений можете отметить? Какие именно слова вы себе говорили? Как выражали свои сомнения перед близкими?
- Что для вас означала беременность на тот момент?
- Что для вас означал аборт на тот момент?
- Какие аргументы были в пользу аборта?
- Какие аргументы были за сохранение беременности?
- Если работающая, то какие перспективы карьерного роста существовали на момент кризисной беременности? Как вообще работа влияла на принятие решения в тот момент? Имели ли карьерные перспективы отношение к принятию решения?

– Опишите свой характер: склонны ли вы принимать решения самостоятельно или склонны искать поддержки при принятии решения от кого-то?

– Какие ответственные поступки вы совершали до беременности?

– Насколько важно для вас мнение других людей? Кого именно?

БЛОК ВОПРОСОВ 2. Ближнее окружение женщины на момент кризисной беременности.

– Кто составлял ваше ближнее окружение, когда вы узнали о своей беременности?

– Всё ли вы говорили вашим родным или что-то скрывали?

– Как эти люди отнеслись к факту беременности?

– Чьё мнение было особенно важно для вас? Почему?

– Какие аргументы были представлены этими людьми, и в пользу какого выбора?

– Какова была позиция мужа по отношению к беременности на тот момент?

– Как влияла работа мужа (отца ребёнка) на принятие решения?

– Какой была позиция матери по отношению к вашей беременности на тот момент?

– Какое у матери было отношение к абортam в целом? Делала ли она сама абортy?

– Что мать говорила в течение жизни о будущей беременности вас как дочери (напр. «принесёшь в подоле» и т.д.)

БЛОК ВОПРОСОВ 3. Процесс принятия решения.

– Откладывали ли вы принятие решения? На какой срок?

– На что надеялись, если откладывали?

– В чём чувствовали необходимость для принятия решения, чего вам не хватало?

– Перспектива. Думали ли вы о последствиях того или иного выбора или рассматривали проблему только как «здесь и сейчас»?

– Какие обстоятельства на тот момент были для вас самыми важными?

– Какова была возможность изменить эти обстоятельства?

– Намеревались ли вы сделать что-то реальное для изменения этих обстоятельств? Что именно удалось сделать?

– Что придавало вам сил, что было вашей опорой?

– Какие аргументы были: (добиться нескольких ответов – 3-7)

– Какие аргументы оказались решающими? (*Субъективное шкалирование*)

– Что вы чувствовали в первые несколько дней после совершения аборта (либо после принятия решения о сохранении жизни ребёнку – если было принято такое решение)?

– Изменились ли ваши чувства по истечении некоторого времени? Если да, то через какой промежуток времени?

БЛОК ВОПРОСОВ 4. Отношение к собственному репродуктивному выбору на настоящий момент.

– Как сейчас вы относитесь к принятому решению – уже как к свершившемуся факту вашей жизни?

– Как сейчас вы относитесь к аргументам, на которые опирались тогда? (*напоминаем аргументы, названные ранее*).

– Как сейчас вы оцениваете имевшиеся тогда возможности изменения решающих обстоятельств? Была ли у вас возможность повлиять на эти обстоятельства, как думаете сейчас?

– Какой урок на будущее вы для себя извлекли?

– Какими сейчас вы видите последствия вашего выбора?

– Что сейчас вы чувствуете по отношению к вашему выбору? Жалеете ли вы о своём решении?

– Предлагается шкала от минус 8 до плюс 8 (положительная шкала – сожаления, отрицательная – отсутствие сожалений).

– Отметьте ценности, которые вам наиболее близки: ответственность, честность, независимость, удовольствие, интересная жизнь, наслаждение жизнью, благосостояние, социальное признание, достижение успеха, женственность, женская мудрость, материнство, привлекательность, уважение старших, терпимость, доверие и понимание в семье, дружба, религиозность, полезность, уважение традиций, здоровье, защита семьи, внутренняя гармония, социальная справедливость.

– Как изменились отношение вашему решению и его понимание за время нашей беседы?

Приложение 2.

Таблица 16.

Группа 1. Сводные данные по группе женщин, сохранивших
беременность (1-3 года)

Крупные	Мелкие	Семантические единицы	Всего	Различных	
Блок №1 Состояние женщины на момент кризисной беременности	Первая реакция	шок(4), радость (3), страх(6), растерянность(2), изоляция (1), отрицание(1), слёзы (1)	18	7	
	Особенности сомнений	поддержит ли мама?(1) Обрадуется ли отец ребёнка?(1) Где брать деньги?(2) Проблемы с мужем (2) это разрушит мою жизнь (1), как смогу вырастить одна? (1)	8	6	
	Что означает беременность	радость(1), проблема(3), чудо(1), семья(1), неожиданность(1), что-то невероятное и невозможное(1), перемены в жизни (1)	11	7	
	Что означал аборт	грех (2), убийство (3), решение проблемы (4), возвращение к обычной жизни (2), страшная медицинская процедура(1)	10	5	
	Аргументы за аборт	трудно с детьми (1), проблемы с жильём (1), бросил отец ребёнка/рассталась (3), давит, настаивает на аборте мать(1), учёба(3), фин.трудности(1), плохие отношения с мужем (2), неготовность к материнству (1), не вовремя (1), нет поддержки (1)	15	10	
	Аргументы за сохранение	это мой ребёнок/послан мне Богом/ во мне жизнь/ сутк сердечка на УЗИ (5), большой срок Б (3), боязнь осложнений после аборта (3),	11	3	3 - нейтрально
	Влияние работы на решение (влияла 1, не влияла -1, не знаю 0)	работа влияла/работа не влияла	0	5	1 - не знаю
	Описание своего характера (самостоятельн	характер решительный/нерешительный	5	2	1 - не знаю

	ая, решительная 1, нерешительная -1, не знаю 0)				
Блок №2 Ближнее окружение	люди из ближнего окружения, чьё мнение было особенно важно	муж или отец ребёнка (8), мама (4), свекровь)1)	13	3	
	Аргументы этих людей, их отношение	За сохранение /за аборт	сохр - аборт вреде н для здоровья (1), аборт грех(1), ребёнок мой родственник (1), муж хочет ребёнка(2)	аборт - зачем столько детей? (1), сначала учёба (?), фин.тр удности (2), проблемы с мужем, муж не хочет (1), нет жилья(1)	
	Влияние работы мужа на решение (влияла 1, не влияла -1, не знаю 0)	работа мужа (отца ребёнка) влияла/не влияла	1	6	1 - нейтрально/не знаю
	Позиция матери (поддерживала 1, категорически против -1, нейтрально 0)	мать поддерживала/не поддерживала	3	2	3 - нейтрально/мать не знала
	Отношение матери к абортам (положительное 1, отрицательное -1, не знаю 0)	отношение матери к абортам положительное/отрицательное	5	1	2 - не знаю/нейтрально
Блок №3 Процесс	Откладывали ли вы принятие	откладывали/не откладывали принятие решения	8	0	

принятия решения"	решения (да 1, нет -1)				
	на какой срок?	срок откладывания	до недели (5), до 3-х недель (1), на срок больше месяца (2).		
	на что надеялись, чего не хватало?	время на обдумывание (3), поддержку сохр. (3), ни на что (1), гармония в семье (1)	8	4	
	рассматривали перспективу? (да 1, нет -1, не знаю 0)	рассматривали перспективу/не рассматривали	6	2	
	что было опорой, что поддерживало?	во мне жизнь, ребёнок, я нужна ему (5), поддержка свекрови (1), отец ребёнка (1), я сама (1)	8	4	
	решающие аргументы (шкалирование от 1 до 8)	см. сводную таблицу			
	Чувства сразу после принятия решения	усталость (2), облегчение, лёгкость (7), радость, летала как на крыльях (2), чувство заботы по отнош.к ребёнку (1), лёгкая грусть (1)	13	5	
	Как они изменились со временем	осталась и добавилась радость (5), не изменились (3), муки совести о мысли, что могла натворить (1)	9	3	
Блок №4 Отношение к собственному репродуктивному выбору на данный момент Процесс принятия решения	Как сейчас относитесь к своему выбору	принятие\непринятие своего решения	8	0	все принял и своё решение
	Как относитесь к аргументам	отношение к аргументам	всё наладилось, аргументы не стоят убийства - общий ответ		
	Какими сейчас вы видите последствия своего выбора	последствия выбора	семья, малыш, стали ценить то, что раньше считали не важным, любовь ребёнка - общий ответ		
	Жалеете/не	жалею/не жалею (среднее знач.)	0	8	никто не

	жалеете (шкала от -8 "не жалею" до +8 "жалею")				сожалее т о сохране нии жизни ребёнку
	Как изменилось отношение и понимание своего решения за время беседы	резюме	дети - это счастье. Счастлива, что не сделала непоправимого, не совершила убийства. Сын - наш мотиватор. Наслаждаюсь, тем, что сейчас есть у меня - семья, ребёнок. Я впервые чувствую любовь, у меня появился смысл в жизни негатива нет. Некоторые отмечают трудности и ответственность, связанные с материнством, которые перекрывает любовь малыша к маме		

Таблица 17.

Группа 2. Сводные данные по группе женщин, сохранивших беременность (3-10 лет)

Крупные	Мелкие	Семантические единицы	Всего	Различных	
Блок №1 Состояние женщины на момент кризисной беременности	Первая реакция	шок(6), растерянность(2), неожиданность, удивление(2), ступор(1), испуг, страх(3), волнение, беспокойство(2), досада(1), слёзы(1)	17	8	
	Особенности сомнений	Как отреагируют родители? (2) что теперь делать? (1), ребёнок есть, куда ещё, не потянем (3), как с работой?(1), я не замужем(1), ни работы, ни жилья, как растить ребёнка?(1), что скажет отец ребёнка?(1), мать выгнала, как жить(1), муж в армии(1), с мужем проблемы(1)	13	10	
	Что означает беременность	перемены в жизни (2), нарушение привычной жизни(1), грандиозное событие(1), проблема(2), новая	9	6	

		жизнь(1), событие, которое не планировалось(1)			
	Что означал аборт	грех (4), возвращение к привычной жизни(1), вариант решения проблемы, выход(5), необходимость(1), проблемы со здоровьем(1)	12	5	
	Аргументы за аборт	отец ребёнка не поддерживал (3), учёба (1), мы не женаты (2), хорошая работа(1), ребёнок уже есть(3), нет жилья и работы(1), там ещё не ребёнок, просто сгусток(1), нет денег(3), мать выгнала(1), никто не поддержал(1), муж в армии(1)	18	11	
	Аргументы за сохранение	это мой ребёнок/послан мне Богом/ во мне жизнь/ сук сердечка на УЗИ (5), аборт это грех, убийство (2), хочу семью(1), поддержка мамы(2), муж хочет ребёнка(1), боязнь осложнений аборта(1)	12	6	
	Влияние работы на решение (влияла 1, не влияла -1, не знаю 0)	работа влияла/работа не влияла	2	6	
	Описание своего характера (самостоятельная, решительная 1, нерешительная -1, не знаю 0)	характер решительный/нерешительный	5	2	1 - нейтрально/не знаю
Блок №2 Ближнее окружение	люди из ближнего окружения, чьё мнение было особенно важно	муж или отец ребёнка (8), мама (4), свекровь)1)	13	3	? - не знаю
	Аргументы этих людей, их отношение	ЗА СОХРАНЕНИЕ /за аборт	сохр - аборт вреден для здоровья (1), аборт грех(1),	аборт - зачем столько детей? (1), сначала учёба (?), фин.тр	

			ребёнок мой родственник(1), муж хочет ребёнка(2)	удности (2), проблемы с мужем, муж не хочет (1), нет жилья(1)	
	Влияние работы мужа на решение (влияла 1, не влияла -1, не знаю 0)	работа мужа (отца ребёнка) влияла/не влияла	1	6	1 - нейтрально/не знаю
	Позиция матери (поддерживала 1, категорически против -1, нейтрально 0)	мать поддерживала/не поддерживала	3	2	3 - нейтрально/мать не знала
	Отношение матери к абортam (положительное 1, отрицательное -1, не знаю 0)	отношение матери к абортam положительное/отрицательное	5	1	2 - не знаю/нейтрально
Блок №3 Процесс принятия решения"	Откладывали ли вы принятие решения (да 1, нет -1)	откладывали/не откладывали принятие решения	7	0	
	на какой срок?	срок откладывания	до недели (5), до 3-х недель (3)		
	на что надеялись, чего не хватало?	уверенность (3), время на обдумывание (1), поддержка (5), знак судьбы(1), информация об абортam(1)	12	5	
	рассматривали перспективу? (да 1, нет -1, не знаю 0)	рассматривали перспективу/не рассматривали	7	1	
	что было опорой, что поддерживало?	во мне жизнь, ребёнок, я нужна ему (2), я сама (?), не знаю, ничего(3), отец ребёнка(2),	9	5	

		старшие дети(2), поддержка мамы(2)			
	решающие аргументы (шкалирование от 1 до 8)	см. сводную таблицу			
	Чувства сразу после принятия решения	облегчение, лёгкость, спокойствие (5), радость(4), счастье(1), чувство заботы по отнош.к ребёнку, скоро стану мамой (1), надежда(1), уверенность(2)	14	6	
	Как они изменились со временем	осталась и добавилась радость (1), радость убавилась, семья не сложилась(1), не изменились (7), муки совести о мысли, что могла натворить (?)	6	3	
Блок №4 Отношение к собственному репродуктивному выбору на данный момент Процесс принятия решения	Как сейчас относитесь к своему выбору	принятие\непринятие своего решения	8	0	все принял и своё решение
	Как относитесь к аргументам	отношение к аргументам	было сложно, но всё наладилось, изменения в лучшую сторону, выход всегда есть, аргументы не стоят убийства - общий ответ		
	Какими сейчас вы видите последствия своего выбора	последствия выбора	семья, малыш, дочка ласковая, хорошая работа, любовь ребёнка, муж лучший папа, хорошо, что дети есть друг у друга		
	Жалеете/не жалеете (шкала от -8 "не жалею" до +8 "жалею")	жалею/не жалею (среднее знач.)	0	8	никто не сожалеет о сохранении жизни ребёнку
	Как изменилось отношение и понимание своего решения за время беседы	резюме	нельзя губить жизни и в чём не повинных малышей, радость от осознания, что не совершила страшное, самое главное и правильное, что я сделала, стыдно и		

			страшно, что я могла сделать Некоторые отмечают трудности и ответственность, связанные с материнством, которые перекрывает любовь малыша к маме
--	--	--	--

В 1-й и 2-й группах испытуемых (женщины, сохранившие беременность) сожалеющих о своем выборе нет. Все женщины приняли своё решение.

Таблица 18

Группа 3. Сводные данные по группе женщин, сделавших аборт (1-3 года).

Крупные	Мелкие	Семантические единицы	Всего	Различных	
Блок №1 Состояние женщины на момент кризисной беременности	Первая реакция	шок(3), растерянность(5), испуг, страх(6), ужас(2)	16	4	
	Особенности сомнений	родители не одобряют(1), муж бросил, как растить одной(1), мне не нужен сейчас ребёнок, я не смогу его вырастить(1), сейчас не время(5), что делать(1)	9	5	
	Что означает беременность	ужас(1), то, чего не планировала (1), проблема, помеха(6)	8	3	
	Что означал аборт	грех(1), убийство(3), решение проблемы(6)	10	3	
	Аргументы за аборт	отец ребёнка не поддерживал (1), учёба (3), страшно без поддержки(4), давление матери(4), муж бросил(1), фин. зависимость от родителей(1)	14	7	
	Аргументы за сохранение	это мой ребёнок/во мне жизнь (1), хочу ребёнка/хочу стать матерью(2), страх не иметь больше детей, здоровье(1)	6	3	
	Влияние работы на решение (влияла 1, не влияла -1, не знаю 0)	работа влияла/работа не влияла	1	6	1-не знаю
	Описание своего характера	характер решительный/нерешительный	2	5	1 - нейтрально/н

	(самостоятельная, решительная 1, нерешительная -1, не знаю 0)				е знаю
Блок №2 Ближнее окружение	люди из ближнего окружения, чьё мнение было особенно важно	муж или отец ребёнка (6), мама (6), папа(6)	18	3	
	Аргументы этих людей, их отношение	ЗА СОХРАНЕНИЕ /за аборт	сохр -	аборт - это просто сгусток (4), дура, будешь одна с двумя детьми (1), рано, не вовремя(3), не потянешь(1), учёба(1), фин.зависимость от родителей(2)	
	Влияние работы мужа на решение (влияла 1, не влияла -1, не знаю 0)	работа мужа (отца ребёнка) влияла/не влияла		3	5 - нейтрально/не знаю
	Позиция матери (поддерживала 1, категорически против -1, нейтрально 0)	мать поддерживала/не поддерживала		6	2 - нейтрально/мать не знала
	Отношение матери к абортam (положительно	отношение матери к абортam положительное/отрицательное	7		1 - не знаю/нейтрально

	е 1, отрицательное -1, не знаю 0)				
Блок №3 Процесс принятия решения"	Откладывали ли вы принятие решения (да 1, нет -1)	откладывали/не откладывали принятие решения	3	5	
	на какой срок?	срок откладывания	до недел и (3), до 3-х недел ь (5) , на срок боль ше месяц а (?).		
	на что надеялись, чего не хватало?	поддержка (8)	8	1	
	рассматривали перспективу? (да 1, нет -1, не знаю 0)	рассматривали перспективу/не рассматривали	1	7	
	что было опорой, что поддерживало?	ничего, не было сил(6), отец ребёнка(1), близкие(1)	6	3	
	решающие аргументы (шкалирование от 1 до 8)	см. сводную таблицу			
	Чувства сразу после принятия решения	боль(6), мучения(2), пустота(6), большой стресс(1), чувство, что совершила что-то страшное и непоправимое(4)	19	5	
	Как они изменились со временем	не изменились (2), я живу в муках(3), это невозможно забыть(4), усилились, я убийца своего ребёнка(3), облегчение от решения проблемы(1)	13	4	
Блок №4 Отношение к собственному репродуктивному выбору на данный	Как сейчас относитесь к своему выбору	принятие\непринятие своего решения		7	не уверен а в правил ьности решен ия(1)
	Как относитесь к аргументам	отношение к аргументам	аргументы не стоят убийства, они не имеют		

момент Процесс принятия решения			отношения к ребёнку.		
	Какими сейчас вы видите последствия своего выбора	последствия выбора	ужасные, жить и мучиться(1), больно, хочется плакать(4), я убила своего малыша(3)		
	Жалеете/не жалеете (шкала от -8 "не жалею" до +8 "жалею")	жалею/не жалею (среднее знач.)	7,3		
Как изменилось отношение и понимание своего решения за время беседы	резюме	никогда не погублю жизнь своему ребёнку(5), легче, что выговорились, и вы меня не осуждаете(2), свободно и беспокойно одновременно(1)			

Таблица 19.

Группа 4. Сводные данные по группе женщин, сделавших аборт (3-10 лет)

<i>Крупные</i>	<i>Мелкие</i>	<i>Семантические единицы</i>	<i>Всего</i>	<i>Различных</i>	
Блок №1 Состояние женщины на момент кризисной беременности	Первая реакция	шок(1),неожиданность(2), растерянность(4), испуг, страх(5), злость, досада(3), чудо, которое не сбудется(1), пустота(1), метания, паника(2)	19	8	
	Особенности сомнений	родители не одобряют(4), что скажет отец ребёнка(2), что делать(4), я не справлюсь, страшно(4), может, родить?(1), неужели опять аборт?(1), семья не получится (3), я не имею на это чудо права(1)	20	8	
	Что означает беременность	проблема, помеха(5), неожиданность(2), чудо(1), крутой перелом, изменения в жизни(2), семья, материнство(1)	11	5	
	Что означал аборт	грех(3), решение проблемы(4), медицинская процедура(1), ужас(1), крах жизни(1), конец семьи(1)	11	6	
	Аргументы за аборт	отец ребёнка не поддерживал/бросил (4), страшно без поддержки(2), страх перед родителями(1), я не замужем(1), это ещё не ребёнок, просто сгусток(3), алкоголь, возраст(2), случайная беременность(1)	15	7	

	Аргументы за сохранение	это мой ребёнок/во мне жизнь (1), хочу ребёнка/хочу стать матерью(2), хочу семью(2), я полна сил, я смогу(1), большой срок Б(1)	7	5	
	Влияние работы на решение (влияла 1, не влияла -1, не знаю 0)	работа влияла/работа не влияла	3	3	2-не знаю
	Описание своего характера (самостоятельная, решительная 1, нерешительная -1, не знаю 0)	характер решительный/нерешительный	3	4	1 - нейтрально/не знаю
Блок №2 Ближнее окружение	люди из ближнего окружения, чьё мнение было особенно важно	муж или отец ребёнка (6), мама (8), папа(6), свекровь(1), сестра(1)	22	3	
	Аргументы этих людей, их отношение	ЗА СОХРАНЕНИЕ /за аборт	сохр -	не готов к отцовству(4), аборт - это просто сгусток (3), рано, не вовремя(3), нет денег(1), ты не замужем(1), так все делают (2)	
	Влияние работы мужа на решение (влияла 1, не влияла -1, не знаю 0)	работа мужа (отца ребёнка) влияла/не влияла	2	4	2 - нейтрально/не знаю

	Позиция матери (поддерживала 1, категорически против -1, нейтрально 0)	мать поддерживала/не поддерживала	0	4	4 - нейтрально/мать не знала
	Отношение матери к абортam (положительное 1, отрицательное -1, не знаю 0)	отношение матери к абортam положительное/отрицательное	6	0	2 - не знаю/нейтрально
Блок №3 Процесс принятия решения"	Откладывали ли вы принятие решения (да 1, нет -1)	откладывали/не откладывали принятие решения	4	4	
	на какой срок?	срок откладывания	до недели (3), до 3-х недель (1)		
	на что надеялись, чего не хватало?	поддержка (4), найти аргументы в пользу сохранения(2)	6	2	
	рассматривали перспективу? (да 1, нет -1, не знаю 0)	рассматривали перспективу/не рассматривали	1	5	
	что было опорой, что поддерживало?	ничего, не было сил, не знаю(7), отец ребёнка(1)	4	3	
	решающие аргументы (шкалирование от 1 до 8)	см. сводную таблицу			
	Чувства сразу после принятия решения	боль(2), пустота(5), чувство, что совершила что-то ужасное(2), тоска(2), тяжесть(3), отрешённость, апатия, как в тумане(3), облегчение(1), жалость к себе(2), сожаление, что не могу позволить себе ребёнка(1)	22	9	
	Как они изменились со временем	не изменились (2), добавились сожаления, душа стала плакать, теперь кричит, стала жалеть и много плакать(5), притупились, боль осталась(1)	8	3	

Блок №4 Отношение к собственному репродуктивному выбору на данный момент Процесс принятия решения	Как сейчас относитесь к своему выбору	принятие\непринятие своего решения	0	8	
	Как относитесь к аргументам	отношение к аргументам	аргументы не стоят убийства, надо было подумать о ребёнке(5), также (1).		
	Какими сейчас вы видите последствия своего выбора	последствия выбора	ужасные, больно, очень жаль, я бы так не поступила(6)		
	Жалеете/не жалеете (шкала от -8 "не жалею" до +8 "жалею")	жалею/не жалею (среднее знач.)	6,9		
	Как изменилось отношение и понимание своего решения за время беседы	резюме	глупая была, боль всегда со мной(8), по-другому было нельзя(1)		

Приложение 3.

Таблица 20.

Экспертное мнение по аргументам

	Аргументы	Эксп.1	Эксп.2	Эксп.3	Эксп.4	Эксп.5	сумма
1	мать против, давление матери, страх перед матерью, родителями	-2	-2	-1	-2	-2	-9
2	финансовые трудности, долги	-1	0	1	-2	1	-1
3	отец ребёнка поддерживает аборт, не рад беременности, не готов стать отцом	-2	0	1	-2	-1	-4
4	учёба, работа	0	1	-2	0	1	0
5	усталость, уже есть дети	1	1	2	2	1	7
6	жильё (тесное, отсутствие жилья)	0	0	2	-2	0	0
7	бросил жених, рассталась с парнем	0	0	-1	-2	-1	-4
8	готовность/неготовность стать матерью	2	2	2	1	2	9
9	плохие отношения с мужем/отцом ребёнка	1	2	-1	0	-1	1
10	не замужем официально	0	0	-2	0	-1	-3
11	там ещё не ребёнок, просто сгусток/на маленьком сроке аборт делать можно	0	-2	-1	-2	-1	-6
12	не по плану, не вовремя	1	-1	0	-2	0	-2
13	возраст	0	-1	2	0	1	2
14	обида, эмоции, отчаянье	1	-1	-2	-2	-2	-6
15	родить – это позор	1	-1	-1	0	-2	-3
16	там мой ребёнок, мой малыш, звук сердечка на УЗИ, во мне жизнь	2	0	-1	2	2	5
17	здоровье (боязнь осложнений после аборта, бесплодие, большой срок)	1	0	2	2	1	6
18	поддержка близких/отсутствие поддержки	0	0	0	0	-1	-1
19	хочу семью, стать матерью, хочу малыша	2	1	2	1	1	7
20	муж хочет ребёнка	1	-1	1	1	-1	1
21	чувствую силы, я смогу, я потяну	2	2	1	2	2	9

Приложение 4.

Таблица 21.

Данные по незрелым аргументам (значения по шкале от 1 до 8)

испытуемые	бросил жених, рассталась с парнем	там ещё не ребёнок, просто сгусток	страх перед матерью	отец ребёнка против	обиды, эмоции, отчаянье	среднее (незрелый поступок)
1	5	6				5,5
2			5			5,0
3			6			6,0
4		7				7,0
5			7			7,0
6				6		6,0
7		6				6,0
8		5				5,0
9		3				3,0
10				5		5,0
11	7	6			2	5,0
12				5		5,0
13		8			6	7,0
14		7		4		5,5
15		6		5		5,5
16	6	6	3			5,0
17			7	8	6	7,0
18	5	5	6	7		5,8
19			6	7		6,5
20		8	8			8,0
21			8		7	7,5
22	5	5	8	7	6	6,2
23				8		8,0
24	7	5		8		6,7
25		3	4	6		4,3
26	5			8		6,5
27		6				6,0
28			7			7,0
29				3	5	4,0
30	7	5		8		6,7
31				8		8,0
32			8	7		7,5

Приложение 5.

Таблица 22.

Данные по зрелым аргументам (значения по шкале от 1 до 8)

испытуемые	чувствую силы, потяну	здоровье/ больш. срок	хочу семью, стать матерью	готова/ не готова стать матерью	усталость (мал. дети)	среднее (зрелый по поступок)
1	8				7	7,5
2	6	7	8			7,0
3		7	8			7,5
4				3		3,0
5		8				8,0
6	5	7				6,0
7	7	8				7,5
8			6	7		6,5
9		6	6			6,0
10			7		1	4,0
11			5	5		5,0
12	3		7			5,0
13			7		4	5,5
14	8				7	7,5
15	7	8			2	5,7
16			6			6,0
17			8			8,0
18				3		3,0
19				5		5,0
20			7	2		4,5
21				4		4,0
22	1		8			4,5
23	3			8		5,5
24			6			6,0
25		8		8	6	7,3
26	5			6		5,5
27			4	5		4,5
28		6				6,0
29	8		8			8,0
30				2		2,0
31			7	2		4,5
32				8		8,0