ВІСНИК

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

СОЦІОЛОГІЯ ПСИХОЛОГІЯ ПЕДАГОГІКА

Випуск 9

У віснику вміщено результати теоретичних, прикладних та науково-практичних досліджень. Аналізуються сучасний стан та тенденції розвитку актуальних напрямків соціології, психології та педагогіки.

Для науковців, викладачів, соціальних працівників, практичних психологів, студентів.

This collection of articles presents the results of theoretical, scientific, applied and practical researchers. Current state and trends of sociology, psychology and pedagogic are analyzed in this journal. It is of interest to scientists, teachers, social workers, psychologists-practitioners, and students.

Редакційна колегія:

В.І.Волович, д-р філос. наук, проф. (відповід.ред.); ***А.П.Горбачик***, канд. фіз.-мат. наук, доц. (заст.відповід. ред.); ***В.П.Казміренко***, д-р психол. наук, проф. (заст. відповід. ред.); ***О.В.Рудоміна-Дусятська***, канд. психол. наук, доц. (відповід. секр.); ***А.М.Алексюк***, д-р пед. наук, проф.; ***Л.Ф.Бурлачук***, д-р психол. наук, проф.; ***Л.В.Губерський***, д-р філос. наук, проф.; ***В.С.Заслуженюк***, д-р пед. наук, проф.; ***Л.Г.Коваль***, д-р пед. наук, проф.; ***М.Н.Корнєв***, канд. психол. наук, доц.; ***С.Д.Максименко***, д-р психол. наук, проф.; ***Л.М.Паламар***, д-р пед. наук, проф.; ***О.В.Плахотнік***, д-р пед. наук; ***А.О.Ручка,*** д-р соціол. наук, проф; ***Г.М.Сагач***, д-р пед. наук, проф.; ***В.І.Тарасенко***, д-р соціол. наук., проф.; ***Т.Б.Тихонова***, канд. психол. наук, доц.; ***Т.М.Титаренко***, д-р психол. наук; ***Ю.Л.Трофімов***, д-р психол. наук, проф.; ***Ю.І.Яковенко***, д-р соціол. наук, проф.

Адреса редакційної колегії: 02017, Київ-117, МПС, вул. Володимирська, 60, Київський національний університет імені Тараса Шевченка, кафедра загальної та інженерної психології, тел. 221-32-25.

Автори опублікованих матеріалів несуть повну відповідальність за підбір, точність наведених фактів, цитат, економіко-статистичних даних, імен власних та інших відомостей.

© ВПЦ "Київський університет", 2000

ному акцентуації (p<0,02). Ця ЕО справляє гальмівний вплив на центральну нервову систему [9]. Ми припускаємо, що особи з даним типом акцентуації запах полину пов'язували із песимізмом та депресивними проявами, до яких вони схильні у періоди спаду енергії.

Запах ялиці частіше відкидали досліджувані з ознаками демонстративного (p=0,01) та екзальтованого (p=0,02) типів акцентуації. 80% осіб, що складають цю групу, – жінки-екстраверти (рівня статистичної значимості цей результат не досягає). В ароматерапії запах ялиці вважається чоловічим [1]. Можна припустити, що для таких людей він асоціювався зі стриманістю проявів (у побуті прийнято вважати, що ця риса є більш притаманною чоловікам). Оскільки стриманість не є характерною для цих осіб, більше того, вона є ніби запереченням їх сутності, то все, що з нею пов'язується, відкидається цими людьми.

Таким чином, наведений матеріал свідчить, що сприйняття одорантів обумовлюється психологічними особливостями обстежуваних. Виявлені зв'язки і причини вибору-відкидання потребують уточнення, а отже, продовження досліджень.

Висновки. Показано, що застосовані в експерименті рослинні ЕО можна розділити на ті, яким, як правило, надавалася перевага, і ті, що достовірно частіше відкидалися.

1. Вибір та відкидання запахів пов'язані з емоційними особливостями досліджуваних. Вибір, в основному, обумовлювався потребою гармонізації стану обстежуваного, а відкидання , як на наш погляд, – потребою його збереження.

2. Одержані результати проінтерпретовані з огляду на психофізіологічну дію ефірних олій. З цієї позиції можна вважати, що думка про компенсаторний характер вибору запахів має підстави для існування. Ми припускаємо також, що психологічні причини надання переваги та відкидання є набагато складнішими і можуть зумовлювати вибір як за принципом компенсації, так і за принципом подібності. На розкриття власне психологічних причин вибору запахів будуть спрямовані подальші наші дослідження.

1.*Ваниорер Л., Ваниорер А.* Ароматерапия. – М., 1995. 2.*Эткинд А.М.* Опыт теоретической интерпретации семантического дифференциала // Вопр. Психологии. – 1979. – №1. 3.*Запахи* здоровья / Под ред. В.И.Захаренкова. – М., 1998. 4.*Иванченко В.А., Кирсанов С.В.* Аромафитоэргономика как компонент психической саморегуляции // Психическая саморегуляция в условиях производства. – М., 1986. 5.*Корнилов Ю.К.* Особенности приемов описания в зависимости от описываемого объекта // Психологические проблемы рационализации деятельности. – Ярославль, 1979. 6.*Куликов Л.В.* Психология настроения. – СПб., 1997. 7.*Кудрявцева Н.* Гармония ароматов // Новый Акрополь. Философия. Психология. Наука. Искусство. – 1999. – №1(8). 8.*Собчик Л.Н.* Метод цветовых выборов. Модифицированный цветовой тест Люшера: Метод. Руководство // Методы психологической диагностики. – 1990. – Вып.2. 9.*Солдатченко С.С., Кащенко Г.Ф., Нидаев А.В.* Ароматерапия. – Симферополь, 1999. 10.*Яковлева Е.Л.* Эмоциональные механизмы личностного и творческого развития // Вопр. психологии. – 1997. – №4. 11.*Fischer-Rizzi S.* Complete aromatherapy handbook. Essential oils for radiant health. – N. Y., 1990.

Надійшла до редколегії 15 березня 2000 р.

О.В.Корнієнко, канд. психол. наук

ПСИХОСОМАТИЧНЕ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ УКРАЇНИ НА МЕЖІ СТОЛІТЬ (НА ПРИКЛАДІ РЕЗУЛЬТАТІВ ПРОЕКТУ "УКРАЇНА: КЛІНІЧНА ПСИХОЛОГІЯ ТА ДОПОМОГА ДІТЯМ")

Розглянуто один із фрагментів виконання програми Tempus -Tacis протягом 1997 -1999 навчальних років та одночасної адаптації, поетапного впровадження – безперервно-систематичному навчанню основам дисципліни "Психічне та фізичне здоров'я"(Основи валеології) учням Українського гуманітарного ліцею Київського національного університету Тараса Шевченка

The article deals with one of the aspects in the work of international Tempus-Tacis Project 1997-1999 year. As a results of literature analysis of home and foreign researchers some new prospects towards children health psychology have been developed for theUkrainian humanitarian lyceum in Kyiv.

Науковці у галузі психосоматичного здоров'я та профілактичної медицини стверджують, що значна кількість держав світу систематично та планомірно витрачає значні кошти на розвиток наукових програм для забезпечення духовних потреб суспільства та особистості, і це насамперед стосується питань охорони здоров'я та освіти. Більшою мірою зберігається орієнтація на інтенсивний інтелектуальний розвиток особистості за рахунок значного перевантаження нервово-психічної та фізичної сфер особистості, що в свою чергу призводить до ранніх захворювань, передчасної інвалідності, смертності в молодому працездатному віці.

До початку XXI ст. наша держава наближається з негативними показниками. За даними [1] на сьогоднішній день в Україні налічується 6 млн громадян, котрі страждають від серцево-судинних, 1,2 млн від психічних захворювань, 74 тис. вражені онкологічними захворюваннями і майже стільки туберкульозом, 700 тис. алкоголіків, 1,5 млн інвалідів. Понад 3 млн людей проживають в екологічно забруднених районах. Лише 1996 р. вмерло 145 тис. осіб працездатного віку. В Україні проживає 14 млн пенсіонерів (28% усього населення). Сьогодні народжуваність у нашій державі становить 9,6 осіб на 1 тис. населення (1913 р. цей показник у Росії становив 45,5). Смертність населення України досягає 15,4 осіб на 1 тис. населення. За останні шість років в Україні померло на 1,2 млн людей більше, ніж народилося. За прогнозами фахівців, до кінця XX ст. ця цифра мала подвоїться. Середня тривалість життя жінок не перевищує 73 років, а чоловіків 62.

Наслідком найстрашнішої техногенної катастрофи XX ст. – аварії на Чорнобильській АЕС –буде те, що з життя піде 1 млн осіб і спостерігатиметься приблизно 120 тис. генетичних дефектів. Станом на 1 січня 1998 р. чисельність громадян, які мають статус постраждалих унаслідок аварії на ЧАЕС, становила 3,1 млн (більше 6%). Майже 5% населення України проживає на територіях, що зазнали радіаційного забруднення. Наприкінці 1997 р. на 1 тис. працездатних припадав 791 непрацездатний.

© О.В.Корнієнко, 2000

Держава виділяє на надання медичних послуг на кожного громадянина України протягом року 19 доларів, тоді як у США ця цифра становить 3,5 тис. доларів.

У результаті чорнобильської катастрофи понад 80% українських дітей є хворими. Через відсутність належних очисних споруд в атмосферу щороку викидається понад 12 млн тонн шкідливих речовин. Зони екологічного лиха охопили близько 30% нашої території. У водойми України скинуто в 1997 р. 1,5 тис. т нафтопродуктів, 18 млн т сульфатів, 2,2 млн т хлоридів, 58 тис. т нітратів.

За останні 10 років з'явились нові захворювання – синдром хронічної втоми і синдром дисбалансу з навколишнім світом. Симптомами хвороб є різка зміна настрою, зниження працездатності практично до нуля, втрата інтересу до життя, відсутність стимулів до діяльності, значна втомлюваність, розбитість, підвищена чутливість до погодних явищ. На певній стадії захворювання ще додаються порушення кровообігу і травлення, біль у серці та шлунку, проблеми зі сном, загальна нервозність, підвищена сприйнятливість до інфекційних захворювань. Нерідко це призводить до інфаркту міокарда. Захворювання виникають унаслідок нескінчених стресів, конфліктних ситуацій, постійного емоційного переживання, екстремальних умов нашої життєдіяльності, складної дійсності, складної криміногенної обстановки.

Результатом недосконалого способу життя є те, що понад 60 тис наших підлітків знаходиться у в'язниці, 40 тис виключено зі школи, 2,5 тис. вживають наркотики, а це резерв поповнення злочинності. Кожен четвертий восьмикласник і кожен другий одинадцятикласник вживають алкоголь.

У зв'язку з цим доречно розглянути результати порівняльного аналізу та анкетування американських та наших школярів. Серед американських школярів здоров'я знаходиться найвище на шкалі життєвих цінностей, тоді як у наших – на сьомому-восьмому місці. Навіть серед дорослого населення України здоров'я посідає четверте місце в ряду основних життєвих цінностей. Якщо на сьогодні в Україні активно займаються фізичною культурою та спортом 6–8%, то у США – 60%, а в Японії – 80% населення країни. Як свідчить журнал "Тайм", культ здоров`я є невід`ємною частиною життя американців. Вони вважають, що здоров'я – це найбільша цінність не лише окремої людини, а й усього суспільства [5].

На жаль, подібне ставлення має і підростаюче покоління України. У роботі [4] наведено факти, які підтверджують актуальність порушеного питання та вказують на те, що проблема збереження власного здоров'я, особливо у дітей та підлітків, і зараз залишається однією з найактуальніших. Державні установи не приділяють цьому питанню належної уваги, а без їх підтримки стає неможливим проведення відповідної політики щодо здоров`я населення.

Становлять інтерес дані, наведені у журналі "Основи безпеки життя" [3] про стан психосоматичного здоров`я молоді у Росії, де картина є дуже схожою на нашу. Так, смертність серед підлітків за останні роки зросла більше ніж на третину, тільки 1997 р. 2 тис. дітей покінчили життя самогубством. Протягом 1996 р. чисельність дітей зменшилася на 700 тис., а за останні п`ять років – на 3,7 млн. Дитяча смертність в Росії є у три рази вищою, ніж у Західній Європі.

За останній час значно погіршилося здоров'я дітей. Чверть усіх дівчат та хлопчиків Росії страждають на психічні захворювання, дві третини – на серйозні хронічні захворювання, за 10 років в 20 разів збільшилася кількість розумово відсталих дітей.

Такі дані вражають. Разом з тим, наступному XXI ст. потрібне покоління молодих людей, які за своїми духовними установками, мораллю та станом психосоматичного здоров'я могли б витримувати значні навантаження в повсякденному житті та приймати самостійні рішення. Саме на це спрямовано програму "Психосоматичне здоров'я дітей на межі століть".

Сучасний стан досліджуваної проблеми здоров`я людини – це інтернаціональний феномен, який притаманний будь-якій народності країн земної кулі. Наша позиція в навчанні та ознайомленні учнів, педагогічного колективу, батьків орієнтується на пошук найбільш ефективних оздоровчо-просвітницьких, профілактичних програм на основі як античного, так і сучасного стану розвитку науки про здоров`я для збереження багатонаціонального генофонду населення України.

Спільною метою впровадження розробленої програми "Психосоматичне здоров'я молоді України на межі століть" на основі наведених принципів є: поетапне засвоєння знань, умінь, практичних навичок для формування, розвитку, корекції відповідної мотивації поведінки з метою підтримання психосоматичного здоров`я учнів, викладачів, батьків гуманітарного ліцею на першому, другому, третьому курсах з урахуванням майбутньої фахової орієнтації.

Розділ перший. **Теоретико-методологічні положення програми**

1. Філософсько-психологічні, релігійні аспекти сприйняття, відчуття людьми різних народів світу, національностей, вікових категорій проблем здоров`я, хвороби, проміжного стану. Дослідження ідей здоров`я періоду античності, Середньовіччя, Відродження, епохи Просвітництва та сучасні досягнення науки про хворобу, проміжний стан та здоров`я.

2. Визначення поняття об`єкта навчально-освітньої програми: пошук шляхів діагностики, корекції, розвитку, підтримання психосоматичного здоров`я учнівської молоді в структурі навчального процесу Українського гуманітарного ліцею Київського національного університету імені Тараса Шевченка та діяльності центру здоров`я ліцею.

Предмет програми: дослідження здоров`я "практично здорових учнів" (через виділення понять здоров'я, проміжного психосоматичного стану, хвороби як першоджерел формування науки про здоров`я).

3. Інтегративні принципи діяльності центру здоров`я та програми "Психосоматичне здоров'я дітей на межі століть" в Українському гуманітарному ліцеї.

3.1 Цілісності біопсихосоціальної моделі розуміння здоров'я, проміжного стану, хвороби.

3.2.Системності максимального урахування та включення об`єктивних та суб'єктивних факторів у діяльності моделі: центр здоров'я – навчальний процес – соціальне оточення – учень.

3.3.Єдності теорії та практики теоретико-методологічних та емпіричних (прикладних) чинників для обґрунтування: гіпотези, мети, завдань, структури, етапів реалізації, інтерпретації експериментально-дослідницької роботи та впровадження результатів у практику навчально-виховної роботи ліцею.

3.4 Безперервності та систематичності діяльності центру здоров'я та відповідної програми протягом трьох взаємопов'язаних етапів (першого, другого, третього років навчання в ліцеї), інтелектуально-просвітницької та оздоровчо-рекреаційної діяльності учнівської молоді, педагогічного колективу, батьків.

3.5. Послідовності "СЕМИ ЕТАПІВ" функціонування центру здоров'я та впровадження розробленої програми: перший етап – діагностика; другий – профілактика; третій – розвиток; четвертий – формування; п'ятий – корекція; – шостий – навчання; – сьомий етап – підтримання критеріїв психосоматичного здоров'я учнівської молоді, кураторів академічних груп, викладачів, батьків.

3.6. Індивідуально-психологічної орієнтації центру здоров'я, розробленої програми та моніторингу успішності навчання з урахуванням стану психосоматичного здоров'я, можливими проявами девіантної поведінки (соціальна поведінка, яка характеризується ознаками відхилення від норми, а саме: проституція, алкоголізм, наркоманія, токсикоманія, намагання позбавити себе життя, сексуальні збочення тощо).

3.7. Всебічності та наукової об'єктивності дослідження здоров'я, хвороби, проміжного стану як універсальних та особливих понять з урахуванням впливу багатонаціональних, міжкультурних, етнічних, географічних, екологічних, кліматичних, біологічних та соціальних чинників.

Розділ другий. **Зміст навчально-освітньої, експериментально орієнтованої програми**

1. Вступ до основ науки про психічне та фізичне здоров'я – перший рік навчання:

1.1. Дослідження медико-фізіологічного, психофізіологічного та індивідуально-психологічного рівня здоров'я учнівської молоді.

1.2. Виділення реабілітаційних груп ліцеїстів з відхиленнями в стані здоров'я: психоемоційної сфери; серцево-судинної; шлунково-кишкового тракту; вад осанки, зору, опорно-рухового апарату; респіраторних, інфекційних захворювань та інших можливих порушень.

1.3. Організація оздоровчо-профілактичних процедур у структурі навчального процесу та діяльності центру здоров'я: фізіотерапія, аромотерапія, фітотерапія, дієтологія. Систематичне ведення паспорта здоров'я через навчання навичкам самоаналізу, самоспостереження за динамікою психосоматичного здоров'я протягом навчального року.

1.4. Прищеплення навичок особистої гігієни як важливого компонента людської культури та формування особистості.

1.5. Ознайомлення ліцеїстів з основними принципами та методами профілактики інфекційних захворювань, дитячого травматизму, нещасних випадків, отруєнь та дорожньо-транспортного травматизму.

1.6. Медико-фізіологічні, психофізіологічні, педагогічні аспекти статевого життя та виховання ліцеїстів, ознайомлення з принципами профілактики венеричних захворювань та СНІДу, аномальної статевої поведінки, вагітності, ранніх абортів неповнолітніх.

1.7. Проведення систематичного валеологічного моніторингу стану здоров'я учнів та порівняльного аналізу успішності навчання в системі: учень – батьки – куратор – викладачі-предметники – центр здоров'я – адміністрація.

2.Проміжний етап вивчення даної дисципліни.

2.1. Аналіз відображених у монографічній, науково-популярній літературі даних сучасних досліджень, медико-біологічних, соціально-психологічних, психофізіологічних особливостей стану "практично здорової людини" та корекції прояву хворобливих відхилень психосоматичної сфери учнів підліткового та юнацького віку.

2.2. Міждисциплінарні зв'язки валеологічної освіти з філософією, психологією, релігією, біологією, українознавством, фізикою життя, фізичною культурою як можливість поетапної інтеграції науки про здоров'я в системі забезпечення гармонії та підтримання життєдіяльності нації.

2.3. Пошук шляхів для формування мотивації до здорового способу життя та поведінки в безперервній валеологічній освіті в системі учень – батьки – куратор – викладачі-предметники – центр здоров'я – адміністрація ліцею, особливо в ситуації, коли соціальне оточення пропагує інші, негативні цінності (насильство, жорстокість, уседозволеність, культ аномального сексуального життя, паління, наркоманію, пияцтво та інші форми відхилень поведінки).

2.4. Значення проблеми підтримання психосоматичного здоров'я та її взаємозв'язок з успішністю (відставанням) у навчанні ліцеїстів з базових природничих та гуманітарних дисциплін.

3. Завершальний етап засвоєння та впровадження практичних знань у повсякденне життя ліцеїстів, педагогічного колективу, батьків

3.1. Дослідження та навчання діагностиці об'єктивних та суб'єктивних проявів психосоматичного стану здоров'я ліцеїстів: сон; харчування; індивідуальні розрахунки біологічних, добових, місячних ритмів фізичної, інтелектуальної працездатності; самоаналіз негативних (позитивних) проявів поведінки, орієнтованої на здоровий чи нездоровий спосіб життя; діагностика самопочуття, артеріального тиску, пульсу, ритмів дихання, температури тіла (у себе, своїх однолітків, членів сім'ї); аналіз суб'єктивної задоволеності чи незадоволеності собою, життям, соціальним оточенням.

3.2. Ознайомлення та навчання ліцеїстів традиційним (західним) та нетрадиційним (східним) загальнооздоровчим, розвиваючим, корекційним методам для підтримання здоров'я.

3.3. Впровадження індивідуально-психологічної трьохетапної методики навчання елементам масажу (класичного, східного, само- і взаємомасажу). Проведення занять у класних кімнатах, приміщеннях центру здоров'я, спортивному залі з демонстрацією навчального матеріалу на слайдах за методикою [2].

перший етап (теоретичний) – розповідь, демонстрація техніки масажних прийомів на слайдах, схемах, ведення конспекту учнями;

другий етап (практичний) – проведення масажних прийомів учнями на собі, один на одному, враховуючи

можливості використання парт та стільців у класній кімнаті, спортивному залі, приміщенні центру здоров'я;

третій етап (удосконалення навичок масажних прийомів) – закріплення пройденого матеріалу через відпрацювання методики членами сім'ї (враховуючи вікові, статеві особливості, бажання родичів освоїти конкретну методику та техніку проведення масажних прийомів, наприклад, при головних болях, підвищеному або зниженому артеріальному тиску, безсонні, втомі тощо).

3.4. Навчання ліцеїстів, кураторів, викладачів, батьків основам психічної саморегуляції та психогігієни (аутогенному тренуванню, відповідним дихальним вправам, психом'язовій релаксації, психотренінгу під час гри та вправ). Навчання супроводжується показом пейзажних слайдів тонізуюче-заспокійливого спрямування.

Розділ третій. **Психосоматичне здоров'я дітей України на межі століть**

1.Психолого-педагогічний аспект гармонійного розвитку психосоматичного здоров'я, навчання, дозвілля учнів за активною участі батьків.

2. Консультаційно-орієнтована діяльність, яка включає постійно діючий центр здоров'я в структурі ліцею, до якого можуть звертатися батьки протягом навчального року в зручний для них час та отримувати кваліфіковану консультацію від співробітників центру: викладача валеології, психологів, учителів фізичної культури, лікаря, спеціаліста з гомеопатії та інших фахівців.

3. Корекційно-розвиваюча робота, що має на меті використання новітніх технологій формування, розвитку, корекції та підтримання здоров'я дітей – майбутнього держави Україна.

Мета запропонованої робочої програми спільних занять – доведення до відома кожного батька та матері науково обґрунтованої інформації про стан психосоматичного здоров'я їхніх дітей, його закономірного взаємозв'язку з успішністю навчання; надання необхідної консультативної допомоги, впровадження здорового способу життя в кожну сім'ю. Теми конкретних занять для батьків включають три окремі напрямки організаційної, навчально-просвітницької діяльності, їх кількість, спрямованість залежить від конкретної ситуації, потреб, інтересів батьків.

І.Баб'юк П.Ф., Гребенщиков В.О. Здоров'я людини – важливий фактор функціонування держави // Міжнар. наук.-практ. конференція "Підготовка педагогічних кадрів і діяльність закладів нового типу в системі національної освіти: Досвід і перспективи розвитку". – Чернівці, 1998. – Ч.2. 2. *Плохій З.П.* Валеологія та екологія у змісті дошкільної освіти // Там само. 3. *Корнієнко О.В.* Цінність психосоматичного здоров'я підростаючого покоління // Практична психологія та соціальна робота. – 1998. – № 10 4. *Колпакова К.* Тривожная статистика //Основы безопасности жизни. – 1998. – № 6. 5. *Индивидуально-психологические* особенности личности при использовании различных методик массажа для профилактики артериальной гипертензии: Метод. рекомендации // Сост. А.В.Корниенко, А.Я.Тихонова. – К., 1990.

Надійшла до редколегії 12 березня 2000 р.

У.В.Ковальова, асп.

ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ШТУЧНОГО ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ

Наведено огляд досліджень динаміки психічного стану й особливостей особистості жінки в зв'язку із ситуацією штучного аборту. Намічено шляхи дослідження з метою профілактики і корекції психічних змін у різних контингентів пацієнток, які зробили аборт.

The article reviews is directed to psychological prophylaxis and correction of postabortal disruptions.

У дослідженні психічних наслідків абортів тривалий час домінуючу роль відігравала психіатрія. Дослідники вивчали психіатричні чинники, у спектрі яких відчувався помітний вплив психоаналітичного підходу з особливим акцентом на аналіз особливостей підсвідомого, змін статевого потягу, динаміки едипова комплексу та ін. [11,15,17]. Використання біхевіористського і соціально-культурного підходів у психіатрії значною мірою доповнило погляди на психологічний аспект абортів. Бажання жінки зробити аборт розглядалося як свідчення внутрішньо обумовленої або індукованої психопатології, заперечення жіночого призначення, надмірне ототожнення з особистістю батька, свідоме або несвідоме прагнення помститися собі або іншій особі, реакція на ситуаційні чинники, прагнення уникнути суспільного осудження позашлюбного зв'язку або просто небажання мати дитину.

Кваліфікація психічних станів, пов'язаних з абортом, як хворобливих визначалася тими обставинами, що відповідними дослідженнями займалися практикуючі психіатри, досліджуючи контингенти хворих із супутньою або основною психічною патологією. При характеристиці окремих випадків частіше доводилося використовувати такі поняття, як "хвороба" і "здоров'я", а не мотивація або почуття. Описувалися такі хворобливі стани у ситуації переривання вагітності, як шизофренія, депресія, загальний стан занепокоєння, тривога або стрес. Серед індивідуальних особливостей виступали підвищена вразливість, психічна відсталість, садомазохізм. Розглядалися ситуації переривання вагітності, що самі по собі не могли бути пов'язаними з полюсом нормальності (наприклад, погроза самогубства, сімейний конфлікт).

Одне з традиційних питань – психіатричні показання до аборту. Кути зору різноманітних дослідників тут бувають протилежні – від твердження, що до штучного переривання вагітності немає жодних психіатричних показань, і до повідомлень про задовільні з огляду на психічний стан пацієнток результати терапевтичного аборту за шизофренії [1]. Висновки щодо психіатричних наслідків аборту також значно розходяться. Досить поширеною є думка щодо практично обов'язкової присутності почуття провини у зв'язку з перенесеним терапевтичним або кримінальним абортом але, наприклад, є дані, що 75% з 32 психіатрів у Каліфорнії ніколи не спостерігали помірних або важких психіатричних наслідків аборту [3].

Пояснення таких протилежних думок, очевидно, полягає в розходженнях у критеріях оцінки психологічного стану жінок, винятково на основі даних клінічного спостереження й інтуїції авторів. Це підкреслює актуальність і необхідність додаткового

© У.В.Ковальова, 2000