

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ ЖЕНЩИН С ТРАВМАТИЧНЫМ ОПЫТОМ ИСКУССТВЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

© 2011 г. Е. А. Сергиенко*, Т. С. Микова**

*Доктор психологических наук, профессор, заведующая лабораторией психологии развития, Учреждение Российской академии наук Институт психологии РАН, Москва;

**Аспирант, там же;
e-mail: mitas@mail.ru

Представлены результаты изучения психологической адаптации женщин, прошедших через травмирующую ситуацию аборта. Рассматриваются их механизмы психологической защиты и совладания и контроль поведения. Выявлено, что испытуемые с травматичным опытом аборта отличаются несогласованной системой контроля поведения, использованием деструктивных способов защиты и совладания, а также слабыми компенсаторными связями между этими адаптивными механизмами.

Ключевые слова: механизмы адаптации, контроль поведения, психологическая защита, совладание, травмирующая ситуация аборта.

В теории психологической адаптации существуют разные подходы к проблеме стресса и его преодоления. В них учитывается вклад личности и особенностей среды в развитие адаптации. Исследуются условия ситуации, умений и ресурсов личности, обеспечивающие оптимальную адаптацию. Преодоление стресса как стремление человека к благополучию выполняет в течение короткого периода времени функцию гомеостаза, а в продолжительные сроки – трансформационные (адаптационные) функции (с учетом отдаленных последствий). Частично эти функции зависят от типа реакций и используемых стратегий преодоления [1].

Адаптация – сложный процесс, включающий понятия защиты, приспособления, умения и стратегии преодоления. Психология субъекта на основе развиваемого ею системно-субъектного подхода объединяет в единое пространство такие механизмы поведения, как саморегуляция, контроль поведения, психологические защиты и стратегии совладания, представляющие общий адаптационный потенциал человека [11].

Саморегуляция является необходимым компонентом любой деятельности человека. В содержание понятия “саморегуляция психических состояний” входят: умение владеть собой, своими действиями и поступками, переживаниями и чувствами; способность сознательно поддерживать и регулировать свое самочувствие и поведение в

стрессовых ситуациях. Достижение психологического благополучия в затруднительных условиях возможно при успешном функционировании системы психической адаптации.

Контроль поведения рассматривается как психологический уровень саморегуляции произвольной активности, обеспечивающий целенаправленную деятельность субъекта. На основе индивидуальных ресурсов он включает в себя три подсистемы (когнитивный контроль, эмоциональную регуляцию, волевой контроль), создавая индивидуальный паттерн саморегуляции [12, 13]. Как интегративная регуляторная функция субъекта контроль поведения играет важнейшую роль в возможности преодоления человеком сложностей жизни, связанных с выбором адекватного способа решения проблем.

Существуют экспериментально аргументированные данные о том, что контроль поведения как своеобразное соотношение когнитивного, эмоционального и волевого компонентов связан с типами предпочитаемых психологических защит и стратегий совладания [2, 3]. При этом контроль поведения, начиная складываться на ранних этапах развития субъекта, представляет собой более стабильную и устойчивую величину по сравнению с защитным и совладающим поведением [4].

Большинство современных исследователей рассматривают механизмы психологической за-

щиты как интрапсихическую адаптацию человека за счет подсознательной переработки поступающей информации, способствующей гармоничному состоянию сознания. Совладающим представляется поведение, позволяющее субъекту осознанно справиться со стрессом способами, адекватными личностным особенностям и ситуации. Если субъект не обладает этим видом поведения, возможны неблагоприятные последствия для продуктивности его деятельности, здоровья и благополучия [6].

Особенности стратегий адаптивного поведения обнаруживаются в трудных жизненных ситуациях, предъявляющих высокие требования к индивидуальным ресурсам субъектной саморегуляции [13]. Любая сложная жизненная ситуация представляется в качестве обусловленного внутренними и внешними факторами фрагмента действительности, на субъективном уровне воспринимаемого как психологическое затруднение. В психологии человеческого бытия трудная ситуация – это не субъект и внешние обстоятельства жизни, воздействующие на него, а человек, находящийся внутри ситуации и оценивающий, интерпретирующий, понимающий ее как трудную для себя [5]. В качестве психологической причины или источника субъективного затруднения может выступать любой внутренний и внешний стимул, обуславливающий возникновение сложной ситуации и побуждающий человека прилагать необходимые для ее разрешения усилия [8].

Стрессовой ситуацией в структуре жизненного пути личности женщины может явиться искусственное прерывание беременности. Женщины, прошедшие через аборт, в той или иной мере подвержены воздействию травматических факторов. *Травматический стресс*, или психическая травма, представляет собой системное психическое нарушение, возникающее в результате воздействия факторов экстремальных ситуаций, выходящих за рамки обыденного опыта [15]. При рассмотрении травматичных последствий аборт для психики женщины часто используется понятие “синдром последствий аборта” (СПА) (“*Post abortion syndrome*”), который, с точки зрения многих исследователей, представляет собой особый вариант ПТСР. Для СПА характерны следующие критерии [18]:

1) переживание аборта, который воспринимается как травматическое событие;

2) неконтролируемые повторяющиеся переживания, связанные с процедурой аборта, нерож-

денным ребенком, выражающиеся во флешбэк-эффектах¹, ночных кошмарах, горевании;

3) безуспешные попытки избегания и отрицания воспоминаний, связанных с аборт, избегание встреч с беременными женщинами;

4) симптомы “вины выжившего”, которых не было до аборта.

Процесс совладания с травматичными переживаниями, связанными с прерыванием беременности, имеет свою специфику по сравнению с другими видами психической травматизации. Как правило, опыт аборта является интимным переживанием, которым не принято делиться даже с близкими людьми. Представления об аморальности этого поступка, а также религиозные запреты делают аборт закрытой темой для обсуждения. Известно, что основными характеристиками субъективной картины травматического события при переживании искусственного прерывания беременности являются чувства вины, стыда, безнадежности и утраты, а также негативный образ Я и снижение самоуважения. Женщины, решившиеся на аборт, демонстрируют значительно больше депрессивной симптоматики, чем беременные, не имеющие таких намерений [19]. Совладание с травматичными переживаниями, связанными с аборт, осложняется также тем, что объект утраты носит очень сложный характер, вызывающий зачастую амбивалентные чувства. Очень трудно допустить в сознание переживание утраты объекта, который не был рожден, не имел имени, т.е. как бы не существовал.

Цель нашей работы – исследование механизмов адаптивного поведения женщин, имеющих травматичный опыт искусственного прерывания беременности. Мы рассмотрим своеобразие контроля поведения, психологической защиты и совладания и их соотношение в единой системе адаптации.

Подчеркнем, что данное исследование не является клиническим и направлено на изучение субъективных представлений женщин об искусственном прерывании беременности. В нашей работе при использовании терминологии “травма после аборта”, “травмирующая ситуация аборта”, “травматичный опыт” и т.п. речь идет о стрессогенном воздействии ситуации прерывания беременности на психику женщины, а не о физических травмах после операционного вмешательства.

¹ Флешбэк[1] (англ. *flashback*: *flash* – вспышка, озарение; *back* – назад) – всплывание картин из прошлого; человек переживает действия, которые с ним происходили ранее (прим. ред.).

МЕТОДИКА

Изучение взаимосвязи подсистем контроля поведения, механизмов психологической защиты и совладания у женщин с травматичным опытом аборта представляется нам важным, поскольку абортивная травма дезорганизует мир женщины, вносит существенные изменения в ее жизнь. В связи с этим важно знать специфику психической регуляции поведения травмированных женщин, обеспечивающей адаптацию субъекта к окружающей среде в целом.

Объектом нашего исследования являются женщины, имеющие и не имеющие травматичный опыт искусственного прерывания беременности, *предметом* – особенности адаптивных механизмов их поведения.

Основная *теоретическая гипотеза* – гармоничное соотношение механизмов психической адаптации субъекта, а именно контроля поведения, психологической защиты и совладания, ведет к возможности конструктивного разрешения жизненных трудностей, а значит, к адекватному взаимодействию с миром.

В рамках *исследовательских гипотез* предполагается, что имеющие и не имеющие травматичный опыт аборта женщины отличаются контролем поведения и способами защитного и совладающего поведения. Травмированные женщины имеют менее согласованную систему связей контроля поведения и механизмов защиты и совладания (в отличие от женщин без травмы), что не способствует их адекватной адаптации.

Задачи исследования:

1. Определить наличие или отсутствие выраженной травматической реакции на ситуацию прерывания беременности у исследуемых женщин.
2. Изучить составляющие контроля поведения и выявить их уроченные особенности у женщин с травматичным опытом аборта.
3. Выявить и изучить предпочитаемые типы психологической защиты и совладания в трудной жизненной ситуации у травмированных женщин.
4. Установить связь между вышеперечисленными показателями и выявить особенности психической адаптации у женщин с травматичным переживанием аборта.

Практическая значимость исследования состоит в возможности использования полученных данных при разработке индивидуальных программ психологической реабилитации лиц, имеющих опыт столкновения с тяжелыми стрессовыми событиями и определения психотерапевтических стратегий при работе с ними.

Участники исследования – 145 женщин репродуктивного возраста (от 20 до 35 лет), имеющих одного или несколько детей (средний возраст – 29 лет). Из них 50 женщин с опытом искусственного прерывания беременности и 95 женщин, никогда не прерывавших беременность. У всех респондентов с опытом аборта прерывание беременности происходило в результате обдуманного и принятого самой женщиной решения (без медицинских показаний). Одним из условий отбора было наличие у всех испытуемых детей. По нашему мнению, опыт материнства дает возможность женщине, столкнувшейся с нежелательной беременностью, подходить к ситуации аборта более осознанно.

При формировании исследовательских групп важным критерием стало определение того, является ли для женщины событие аборта травмирующим. Диагностика интенсивности переживаний по поводу искусственного прерывания беременности проводилась с помощью Шкалы оценки влияния травматического события ШОВТС (*IES-R*) М. Горовица, адаптированной Н.В. Тарабриной² с соавторами [16].

Согласно задачам исследования, все испытуемые при ответе на вопросы ШОВТС в качестве тяжелого жизненного события должны были рассматривать аборт. Для этого мы изменили стандартную инструкцию к методике следующим образом: “Ниже приведены описания переживаний людей, которые перенесли тяжелые стрессовые ситуации. Если Вы прерывали беременность, оцените, в какой степени Вы испытывали такие чувства по поводу этой ситуации. Если Вы никогда не прерывали беременность, на секунду представьте, что оказались в этой сложной ситуации. Выберите и отметьте цифру, соответствующую тому, как часто Вы (бы) испытывали подобное переживание”. Таким образом, женщины, которые не имели в предшествующем жизненном опыте аборта, представляли себя в подобной ситуации и так же, как женщины с опытом аборта, оценивали свои переживания по поводу этого события.

Для оценки интенсивности переживаний по поводу искусственного прерывания беременности подсчитывался общий суммарный балл по

² В рамках нашей работы данный тест использовался только как инструмент выделения основных исследовательских групп. Задача изучения клинических проявлений ПТСР не ставилась. Использование ШОВТС в целях изучения субъективных представлений женщин о травмирующем опыте аборта обсуждено и согласовано с Н.В. Тарабриной.

Таблица 1. Среднее, медиана и размах распределения общего суммарного показателя по ШОВТС

Испытуемые	<i>Mean</i>	<i>Med</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>St. Dev.</i>
С абортom, <i>n</i> = 50	46.12	50	5	76	14.25
Без аборта, <i>n</i> = 95	36.48	38	1	71	16.41
Совокупная выборка, <i>n</i> = 145	39.59	44	1	76	16.25

ШОВТС. Описательные статистики представлены в табл. 1.

Далее были определены границы высокого, среднего и низкого уровней общего суммарного показателя с помощью вычисления нижнего и верхнего квартилей по совокупной выборке (*n* = 145):

Общий суммарный показатель	Низкий уровень	Средний уровень	Высокий уровень
<i>n</i> = 145	До 29	30–49	От 50 и более

В табл. 2 отражены данные распределения испытуемых с различными уровнями общего суммарного показателя, а значит, с разной интенсивностью реакции на травмирующую ситуацию аборта внутри групп женщин с опытом аборта и женщин без такого опыта.

Таким образом, основную группу исследования составили женщины, имеющие опыт искусственного прерывания беременности и выраженную реакцию на травму (*n*=31). В группу сравнения вошли женщины, никогда не прерывавшие беременность и не имеющие тяжелых переживаний по поводу этого события (*n*=32). Далее условно будем называть эти группы “С травмой” и “Без травмы”.

Для решения исследовательских задач и проверки поставленных гипотез нами были изучены следующие показатели с использованием соответствующих методик для их регистрации.

Показатели контроля поведения:

- показатели когнитивного контроля как индивидуального стиля саморегуляции произвольной активности – *Планирования, Программирования, Гибкости, Моделирования, Оценки результата, Самостоятельности* и *Общего уровня саморегуляции произвольной активности* – изучались с помощью опросника “Стиль саморегуляции поведения” В.И. Моросановой (ССПМ), позволяющего диагностировать степень развития осознанной саморегуляции [9];

- показатели эмоционального контроля – *Оценка и выражение эмоций, Регулирование эмоций*

и *Использование эмоций при решении проблем* – изучались с помощью методики “*The Schutte Self Report Emotional Intelligence Test*” (SSREIT), сконструированной Н. Шутте с коллегами [20] на базе ранней модели Дж. Мэйера и П. Сэловея. Данная методика была переведена на русский язык и адаптирована на русскоязычной выборке Е.А. Сергиенко и И.И. Ветровой в лаборатории психологии развития Института психологии РАН;

- показатели волевой регуляции – *Контроль за действием при неудаче, Контроль за действием при планировании и Контроль за действием при реализации*. Для их изучения использовался опросник “Шкала контроля за действием” (НАКЕМП-90) Ю. Куля (см. [17]).

Показатели механизмов психологической защиты – *Отрицания, Вытеснения, Проекции, Регрессии, Замещения, Рационализации, Компенсации* и *Реактивного образования*. Для их изучения применялась методика “*Life Style Index*” (LSI) Р. Плутчика и Х. Келлермана, позволяющая диагностировать всю систему механизмов психологической защиты, выявлять ведущие, основные механизмы и оценивать степень напряженности каждого из них [10].

Показатели совладающего поведения – *Конфрнтирующего совладания, Дистанцирования,*

Таблица 2. Распределение уровней общего суммарного показателя (в %)

Уровень интенсивности реакции на травму	С абортom, <i>n</i> = 50	Без аборта, <i>n</i> = 95
Выраженная реакция на событие аборта (высокий уровень)	62 (31/50)	26 (25/95)
Умеренная реакция на событие аборта (средний уровень)	22 (11/50)	40 (38/95)
Слабая реакция на событие аборта (низкий уровень)	16 (8/50)	33 (32/95)

Таблица 3. Испытуемые с различным уровнем контроля поведения в группах “С травмой” и “Без травмы” (в %)

Показатели	“С травмой”, $n = 31$			“Без травмы”, $n = 32$		
	низкий уровень	средний уровень	высокий уровень	низкий уровень	средний уровень	высокий уровень
Планирование	16.1 (5/31)	61.3 (19/31)	22.6 (7/31)	12.5 (4/32)	50 (16/32)	37.5 (12/32)
Программирование	9.7 (3/31)	83.9 (26/31)	6.5 (2/31)	15.6 (5/32)	56.25 (18/32)	28.1 (9/32)
Гибкость	35.5 (11/31)	48.4 (15/31)	16.1 (5/31)	18.8 (6/32)	53.1 (17/32)	28.1 (9/32)
Моделирование	29 (9/31)	58.1 (18/31)	12.9 (4/31)	15.6 (5/32)	46.9 (15/32)	37.5 (12/32)
Оценка результата	25.8 (8/31)	51.6 (16/31)	22.6 (7/31)	3.1 (1/32)	81.3 (26/32)	15.6 (5/32)
Самостоятельность	25.8 (8/31)	48.4 (15/31)	25.8 (8/31)	15.6 (5/32)	59.4 (19/32)	25 (8/32)
Общий уровень саморегуляции	38.7 (12/31)	48.4 (15/31)	12.9 (4/31)	12.5 (4/32)	43.75 (14/32)	43.75 (14/32)
Оценка и выражение своих эмоций и эмоций других людей	3.2 (1/31)	54.8 (17/31)	41.9 (13/31)	46.9 (15/32)	25 (8/32)	28.1 (9/32)
Регуляция эмоций в себе и других людях	19.4 (6/31)	61.3 (19/31)	19.4 (6/31)	34.4 (11/32)	31.3 (10/32)	34.4 (11/32)
Использование эмоций для решения проблем	16.2 (5/31)	58.1 (18/31)	25.8 (8/31)	46.9 (15/32)	21.9 (7/32)	31.3 (10/32)
Контроль за действием при неудаче	35.5 (11/31)	48.4 (15/31)	16.1 (5/31)	15.6 (5/32)	40.6 (13/32)	43.75 (14/32)
Контроль за действием при планировании	29 (9/31)	32.3 (10/31)	38.7 (12/31)	46.9 (15/32)	21.9 (7/32)	31.3 (10/32)
Контроль за действием при реализации	25.8 (8/31)	32.3 (10/31)	41.9 (13/31)	46.9 (15/32)	15.6 (5/32)	37.5 (12/32)

Примечание. Полужирным шрифтом выделены значимые по ϕ -критерию различия в величине подгрупп ($p \leq 0.01$).

Самоконтроля, Поиска социальной поддержки, Принятия на себя ответственности, Ухода-избегания, Планирования разрешения проблемы и Положительного переосмысления (переоценки) ситуации – изучались с помощью копинг-теста Р. Лазаруса и С. Фолкмана, адаптированного Т.Л. Крюковой с соавторами [7]. Этот тест позволил определить характерные стратегии совладания для женщин с травматичным опытом переживания аборта.

В работе были использованы непараметрические методы статистической обработки данных: многофункциональный критерий углового преобразования Фишера ϕ^* , U -критерий Манна-Уитни и метод ранговой корреляции r Спирмена. Обработка данных проводилась с использованием статистического пакета программ STATISTICA 8.0.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Для сравнения показателей контроля поведения в группах женщин “С травмой” и “Без травмы” были определены границы высокого, среднего и низкого уровней изучаемых показателей с использованием нормативных данных (когнитивный контроль) [9], а также при вычислении нижнего и верхнего квартилей по всей выборке испытуемых ($n = 63$) (эмоциональная регуляция, волевой контроль) (см. Приложение, табл. 6).

Результаты сравнения по критерию ϕ^* (угловое преобразование Фишера) представлены в табл. 3.

Когнитивный контроль. В группе “Без травмы” значимо преобладают женщины с высоким уровнем показателей Программирование (28.1% и

6.5%; $\varphi = 2.385, p \leq 0.01$), *Моделирование* (37.5% и 12.9%; $\varphi = 2.313, p \leq 0.01$), *Общий уровень саморегуляции* (43.75% и 12.9%; $\varphi = 2.821, p \leq 0.01$) и средним уровнем показателя *Оценка результата* (81.3% и 51.6%; $\varphi = 2.555, p \leq 0.01$); в группе “С травмой” значимо преобладают женщины со средним уровнем показателя *Программирование* (83.9% и 56.25%; $\varphi = 2.456, p \leq 0.01$) и низким уровнем показателей *Общий уровень саморегуляции* (38.7% и 12.5%; $\varphi = 2.46, p \leq 0.01$) и *Оценка результата* (25.8% и 3.1%; $\varphi = 2.825, p \leq 0.01$).

Эмоциональная регуляция. В группе “С травмой” преобладают женщины со средним уровнем всех показателей эмоционального контроля – *Оценка и выражение своих эмоций и эмоций других людей* (54.8% и 25.4%; $\varphi = 2.46, p \leq 0.01$), *Регуляция эмоций в себе и других людях* (61.3% и 31.3%; $\varphi = 2.428, p \leq 0.01$) и *Использование эмоций для решения проблем* (58.1% и 46.8%; $\varphi = 3.016, p \leq 0.01$); в группе “Без травмы” преобладают женщины с низким уровнем показателей *Оценка и выражение своих эмоций и эмоций других людей* (46.9% и 3.2%; $\varphi = 4.559, p \leq 0.001$) и *Использование эмоций для решения проблем* (46.9% и 16.2%; $\varphi = 2.71, p \leq 0.01$).

Волевой контроль. В группе “С травмой” значимо преобладают женщины с ориентацией на состояние при неудаче (35.5% и 15.6%; $\varphi = 1.845, p \leq 0.05$), в группе “Без травмы” – на действие при неудаче (43.75% и 16.1%; $\varphi = 2.46, p \leq 0.01$).

Для оценки различий в использовании механизмов защиты и совладающих стратегий в группах женщин “С травмой” и “Без травмы” применялся критерий *U* Манна–Уитни. В результате были найдены различия по показателям (в скобках указана группа, у которой показатель выше):

Проекция – $U = 2.27, p = 0.01$ (с травмой);

Рационализация – $U = 2.88, p = 0.004$ (с травмой);

Самоконтроль – $U = 2.39, p = 0.02$ (с травмой);

Конфронтующее поведение – $U = -2.8, p = 0.005$ (без травмы).

Данные, приведенные в табл. 4 и 5, демонстрируют индексы напряженности психологических защит и совладающих стратегий у исследуемых групп женщин.

В группе “С травмой” высоким уровнем напряженности отличаются механизмы психологической защиты *Проекция* и *Рационализация* и копинг-стратегии *Самоконтроль* и *Бегство*, остальные способы адаптации находятся в пределах нормативных значений. В группе “Без травмы”

Таблица 4. Индексы напряженности механизмов психологической защиты в группах “С травмой” и “Без травмы” (средние значения по группе)

Механизмы психологической защиты	“С травмой”, <i>n</i> = 31	“Без травмы”, <i>n</i> = 32
Вытеснение	22.3	25.0
Регрессия	31.9	29.5
Замещение	27.1	27.9
Отрицание	44.3	49.5
Проекция	47.6	32.0
Компенсация	35.5	40.0
Реактивное образование	39.7	38.8
Рационализация	50.7	38.0
Общая напряженность защит	35.0	34.0

Примечание. Величина 40–50 – нормативные значения, > 50 – высокий уровень напряженности [10]. Полужирным шрифтом отмечены индексы, свидетельствующие о высоком уровне напряженности.

Таблица 5. Индексы напряженности стратегий совладания в группах “С травмой” и “Без травмы” (средние значения по группе)

Стратегии совладания	“С травмой”, <i>n</i> = 31	“Без травмы”, <i>n</i> = 32
Дистанцирование	9	9
Самоконтроль	14	13
Поиск социальной поддержки	12	11
Принятие на себя ответственности	8	6
Бегство–уход	13	12
Планирование решения проблемы	12	11
Положительная переоценка ситуации	11	12
Конфронтация	8	10

Примечание. Величина 0–6 – низкий уровень напряженности, 7–12 – средний, 13–18 – высокий [7]. Полужирным шрифтом отмечены индексы, свидетельствующие о высоком уровне напряженности.

высоконапряженными являются механизм защиты *Отрицание* и стратегия совладания *Самоконтроль*, остальные значения также находятся в пределах нормы. Напомним, что высокая напряженность механизма адаптации свидетельствует о наличии неразрешенных конфликтов и выраженном дезадапционном характере.

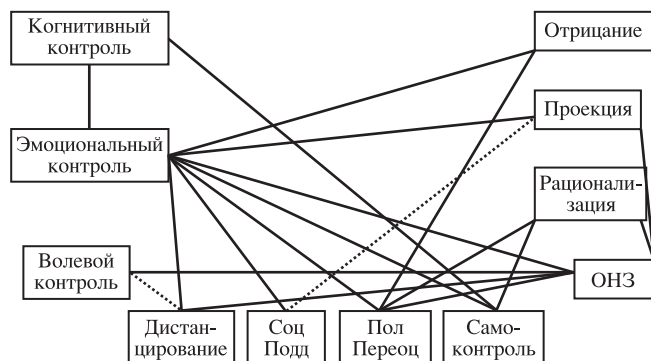


Рис. 1. Значимые корреляции между показателями контроля поведения, механизмов защиты и совладания в группе "С травмой". ОНЗ – Общая напряженность защит, СоцПодд – Поиск социальной поддержки, ПолПереоц – Положительная переоценка ситуации. Сплошная линия – положительная корреляция, пунктирная линия – отрицательная корреляция.

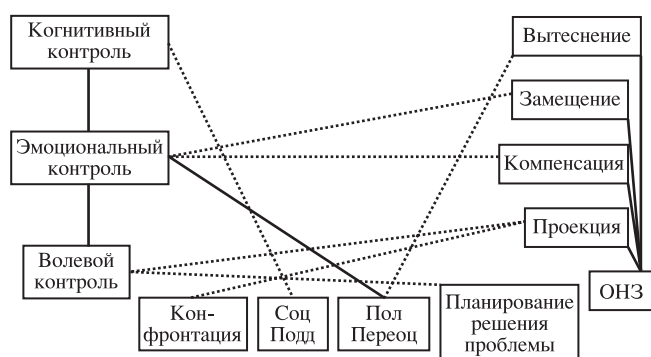


Рис. 2. Значимые корреляции между показателями контроля поведения, механизмов защиты и совладания в группе "Без травмы". ОНЗ – Общая напряженность защит, СоцПодд – Поиск социальной поддержки, ПолПереоц – Положительная переоценка ситуации. Сплошная линия – положительная корреляция, пунктирная линия – отрицательная корреляция.

Для выявления степени согласованности между контролем поведения и системой психической адаптации у женщин с травматичным опытом прерывания беременности и женщин без такого опыта применялся метод ранговой корреляции r Спирмена. Результаты обработки представлены на рис. 1 и 2, а также в табл. 7 и 8 Приложения.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Гипотеза, касающаяся уровневых особенностей контроля поведения в выделенных нами группах женщин, нашла свое подтверждение в полученных данных. Эти данные позволяют нам определить основные характеристики контроля поведения у женщин с травматичным опытом искусственного прерывания беременности (см. табл. 3).

Прежде всего, это слабый уровень развития регуляторных процессов *Программирования* и *Оценки результатов* в отличие от женщин из группы "Без травмы". Низкие баллы по этим шкалам свидетельствуют о недостаточной сформированности у травмированных женщин потребности продумывать последовательность своих действий и поведения для достижения намеченных целей. Они предпочитают действовать методом проб и ошибок, поскольку не могут самостоятельно сформировать программу действий для разрешения проблемы. Вероятно, именно из-за этого существуют актуальные травматичные переживания после прерывания нежелательной беременности и сложность их разрешения. Характерная слабость в оценке себя и своей деятельности часто ведет к не адекватным цели результатам. Подобные особенности саморегуляции, устойчиво проявляющиеся в различных жизненных ситуациях, приводят к игнорированию уже совершенных ошибок. *Общий уровень саморегуляции* у травмированных женщин также имеет низкие значения. Это свидетельствует о негармоничном профиле саморегуляции, в котором снижена возможность компенсации неблагоприятных для достижения цели личностных особенностей. В целом подобный когнитивный стиль требует больших энергетических затрат для поддержания необходимого поведения, исправления ошибочных действий, компенсации психологической неудовлетворенности и оказывает негативное воздействие на психическое состояние женщины с актуальными переживаниями травмы.

Эмоциональный контроль в обеих группах соответствует среднему уровню развития. Однако у женщин с травматичным опытом аборт прослеживается тенденция к более эффективной работе этой подсистемы контроля поведения. Возможно, подобная особенность выполняет компенсаторную адаптивную функцию и помогает женщинам из группы "С травмой" организовывать свою деятельность несмотря на слабость развития когнитивного контроля поведения.

Данные исследования произвольной активности свидетельствуют о значимых различиях в двух группах. Женщины из группы "Без травмы" при неудаче более склонны предпринимать активные действия по разрешению возникшей проблемы. Вероятно, высокая когнитивная гибкость этих женщин компенсирует среднеразвитую способность эмоционального регулирования, что позволяет им без нарушения процесса деятельности и лишних эмоциональных затрат справляться с некомфортными условиями жизни. Женщины с трав-

матичным опытом аборта в ситуации неудачи более ориентированы на эмоции и чувства по поводу произошедшего. Ориентация на состояние связана с задержкой реализации намерения, вызванной мыслями и анализом прошлого, настоящего и будущего. По нашему мнению, дефицит когнитивных возможностей не позволяет таким женщинам осознавать весь комплекс внешних и внутренних условий, необходимых для достижения цели, создавать конкретные программы действий при необходимости ее корректировки. Поэтому женщины с травмой “застревают” на своих размышлениях и переживаниях, обдумывании причин произошедших неудач, что требует лишних затрат психических ресурсов и мешает конструктивному разрешению трудностей. Такой способ регуляции поведения не является экономным.

После оценки значимых различий в выборе защитных и совладающих стратегий преодоления трудностей в обеих группах испытуемых были выявлены следующие особенности. Женщины с травматичным опытом аборта в сложных жизненных обстоятельствах используют механизмы психологической защиты по типу *Проекции* и *Рационализации*.

Сильная выраженность *Проекции* свидетельствует о постоянном бессознательном стремлении таких женщин ослабить интенсивность актуальных отрицательных эмоций, связанных с прерванной беременностью. Вероятнее всего, за счет осуществления проекций женщины частично блокируют осознание собственной роли в этой ситуации и переносят часть ответственности за свой поступок на других, тем самым снижая связанное с ней напряжение. Здесь проекция выступает в качестве попытки справиться с недовольством собой путем приписывания другим людям неприемлемых для себя качеств или чувств. Такая переориентация позволяет защититься от неприятя себя окружающими. Вредоносная функция проекции заключается в ошибочной интерпретации реальности, что, по-видимому, и происходит у травмированных женщин.

Высокий уровень напряженности механизма *Рационализации* у женщин из группы “С травмой” говорит о когнитивных усилиях, направленных на поиск псевдоразумных объяснений своих поступков. Наши данные свидетельствуют о том, что рационализация в этой группе наиболее выражена у женщин с высокими показателями контроля поведения, развитость которого необходима для применения данного защитного механизма. Осознание и использование в мышлении только той части воспринимаемой информации, благо-

даря которой собственное поведение предстает как хорошо контролируемое и не противоречащее объективным обстоятельствам, помогает женщинам с актуальными психологическими проблемами частично снимать возникающее напряжение. Но при этом обязательно проявляются неудовлетворенность собой и своими поступками и потребность в самооправдании.

Также женщины с травматичными переживаниями чаще, чем нетравмированные, прибегают к использованию совладающей стратегии *Самоконтроль*. Этот копинг-механизм относится к группе эмоционально-ориентированного совладания, когда психические усилия направлены не на разрешение некомфортной ситуации, а на сохранение самообладания и регуляцию собственных чувств. Полагаем, что подобная стратегия объясняется своеобразием системы контроля поведения этих женщин. В сложной жизненной ситуации невозможность приложить адекватные когнитивные усилия к решению проблемы (из-за недостаточной развитости этой подсистемы контроля поведения) вынуждает их активизировать контроль эмоциональный, направленный на управление своими чувствами и эмоциями. Известно, что эмоционально-ориентированное совладание может изменить лишь способ интерпретации случившегося, но не саму ситуацию.

Отметим, что характерные для этих женщин стратегии совладания имеют высокие или близкие к этому уровню значения напряженности (см. табл. 5), что свидетельствует об их выраженном дезадаптивном характере. Подобное состояние механизмов защиты и совладания у травмированных женщин связано с наличием актуального психического напряжения и тревоги по поводу аборта. Таким образом, защитный стиль (*Проекция*, *Рационализация* и *Самоконтроль*), специфичный для женщин с травмой, не является продуктивным и снижает возможность проявления более эффективных способов совладания и успешного разрешения проблем.

Для женщин без травмы не характерно прибегание к механизмам психологической защиты в затруднительной ситуации. При возникновении трудностей они выбирают сознательные способы их преодоления, а именно стратегию совладания *Конфронтующее поведение*. Данный тип копинга направлен на непосредственное разрешение сложной ситуации и относится к проблемно-ориентированному типу совладания. Использование конфронтующего копинга предполагает наличие как агрессивных тенденций, направленных на изменение ситуации, так и рациональных, предна-

меренных усилий, направленных на разрешение проблемы. Средняя степень напряженности этой стратегии у нетравмированных женщин характеризует ее как находящуюся в пограничном адаптивном состоянии. Подобный вариант совладания в сочетании с гармоничным стилем саморегуляции у таких женщин, вероятно, является достаточным для успешного функционирования субъекта в трудных жизненных условиях. Подчеркнем, что для нетравмированных испытуемых в сложных ситуациях характерен выбор именно сознательного совладающего поведения, направленного на активное взаимодействие субъекта с ситуацией.

Анализ корреляционных связей между показателями контроля поведения и способами защиты и совладания дает нам основания утверждать о весомых различиях в системе психической адаптации исследуемых женщин (см. рис. 1 и 2, табл. 7 и 8 Приложения).

Положительные корреляционные связи между показателями подсистем контроля поведения обнаружены в обеих группах исследования. Но у нетравмированных женщин в корреляционных связях между переменными составляющих контроля поведения задействовано больше показателей, чем в группе “С травмой”. Это говорит о том, что контроль поведения у таких женщин имеет более гармоничную, интегрированную и взаимосогласованную систему, осуществляющую максимально полное использование психических ресурсов.

Известно, что контроль поведения как интегративная индивидуальная регуляторная функция субъекта тесно связан с системой психической адаптации [3]. Наши результаты хорошо соотносятся с данным положением. Значимые корреляционные связи между показателями подсистем контроля поведения, механизмов психологической защиты и стратегий совладания были выявлены в обеих группах. Однако сила и направленность этих связей в каждой из групп особая.

Так, в группе “С травмой” показатель *Общего уровня саморегуляции* значимо положительно коррелирует с копингом *Самоконтроля*. Это значит, что стремление к сохранению контроля над своими переживаниями и чувствами, управлению своим эмоциональным состоянием имеет тесную связь с уровнем интеллектуальных возможностей травмированного субъекта. В нашем случае низкий уровень развития когнитивной подсистемы контроля поведения не способствует успешному использованию вышеупомянутого копинга, что подтверждается данными о высоком уровне напряженности этой стратегии, характеризующей его выраженный дезадаптивный характер.

В группе нетравмированных женщин *Общий уровень саморегуляции* также мало связан с механизмами адаптации. Здесь выделяется значимая компенсаторная корреляционная связь с копингом *Поиска социальной поддержки*. Вероятно, высокий уровень интеллекта женщин без травмы компенсирует потребность в помощи извне (информационной, инструментальной или эмоциональной) и позволяет им самостоятельно, без посторонней поддержки, справляться с жизненными трудностями.

В обеих группах обнаружено наибольшее количество значимых взаимосвязей показателей механизмов адаптации с подсистемой эмоционального регулирования. Подобный результат соотносится с данными работы Е.А. Сергиенко и И.И. Ветровой, где этот факт объясняется весомым вкладом эмоционального компонента во все сферы жизнедеятельности субъекта [14].

В группе женщин с травматичными переживаниями после аборта показатели эмоциональной сферы значимо положительно коррелируют с механизмами *Отрицания* и *Проекции*. Уровень выраженности данных бессознательных механизмов в группе тесно связан с успешностью функционирования системы эмоционального контроля. Чем лучше у этих женщин развита способность регулировать собственные переживания, тем активнее “работает” механизм блокировки восприятия неприятной информации. Также действует и механизм переноса неприемлемых чувств и желаний на других с целью переложить на них ответственность за происходящее. Вероятно, такой способ защитного поведения частично снижает психическую напряженность субъекта, но не является достаточно эффективным для разрешения сложной ситуации.

Положительные корреляции в группе травмированных женщин выявлены у показателей эмоционального и произвольного контроля с *Общей напряженностью психологических защит*. Подобный результат подтверждает наличие актуальных травмирующих переживаний, что препятствует адекватному функционированию системы саморегуляции в целом.

В группе “Без травмы” не наблюдается значимых корреляций с показателем *Общая напряженность психологических защит*. Здесь выделяется компенсаторная корреляционная связь почти всех показателей эмоционального интеллекта с механизмом защиты по типу *Компенсации*. Этот онтогенетически самый поздний и когнитивно сложный защитный механизм развивается и используется, как правило, сознательно и в данном

случае, вероятно, предназначен для обращения слабых сторон личности в сильные. Благодаря этому при хорошем функционировании подсистемы эмоционального регулирования субъект способен без лишних психических затрат успешно справляться с напряжением в сложной ситуации.

Что касается связи контроля поведения с копинг-стратегиями, то в обеих группах большее количество связей выявлено с подсистемой эмоционального контроля.

Все показатели этой подсистемы у травмированных испытуемых коррелируют с копингами *Самоконтроля* и *Дистанцирования*. Подобные корреляционные связи объяснимы тем, что при развитой системе эмоционального контроля велика вероятность успешного регулирования своих состояний и сохранения самообладания при возникновении трудностей. Способность отстранения от проблемы за счет создания положительной перспективы ситуации или снижения ее значимости также зависит от уровня эмоционального интеллекта. Однако достаточно выраженная напряженность данных копинг-механизмов не позволяет травмированным женщинам успешно пользоваться такими способами совладания.

Отметим положительную корреляцию в этой группе одного из показателей эмоционального интеллекта с копингом *Поиска социальной поддержки*. Чем сильнее поддержка извне, тем адекватнее женщины с травматичным переживанием аборта способны регулировать свои чувства и использовать их для решения проблем. Для травмированных женщин важны поддержка и помощь окружающих людей.

Интересна значимая корреляционная связь между показателями эмоционального контроля и копингом *Положительной переоценки*, выявленная в обеих группах женщин. Этот результат позволяет утверждать, что успешность позитивного переосмысления неприятного события тесно связана со способностью регулирования и использования эмоций. В результате процесса переоценки происходит перенесение акцента с текущей проблемы на другие области жизни, например, личностное развитие или религиозную сферу. Наши данные свидетельствуют о пограничном адаптивном варианте этого копинга у женщин из обеих групп. Вероятно, это связано с особенностями эмоционального контроля исследуемых женщин, находящихся на среднем уровне развития.

Обращает на себя внимание наличие взаимосвязей внутри самой системы способов психической адаптации, а именно значимых связей между психологическими защитами и копинг-стратегиями.

В группе “С травмой” стратегия совладания *Самоконтроль* положительно коррелирует с механизмом *Рационализации*. Согласованная работа данных адаптационных механизмов должна способствовать частичному снятию возникшего напряжения за счет контроля над собственными эмоциями через рассуждение и “объективное” отношение к ситуации. Однако высокий уровень напряженности данных механизмов в этой группе женщин не позволяет им эффективно функционировать.

В группе “Без травмы” интересна корреляция между копингом *Конфронтующего поведения* и *Проекцией*, имеющая компенсаторный характер. Это означает, что у женщин, не имеющих травматичных переживаний и, по нашим данным, часто использующих конфронтующий копинг при разрешении проблем, минимальна вероятность переноса ответственности за происходящее в их жизни на окружающий мир и приписывания другим людям каких-либо неблагоприятных поступков. Они склонны к обдуманному, самостоятельному принятию решения в трудных жизненных ситуациях.

В целом, в группе травмированных женщин выявлено больше взаимосвязей между всеми изучаемыми показателями, однако большинство из них не выполняет компенсирующую функцию, а лишь усиливает общее психическое напряжение. В группе женщин без травматичного опыта отмечается наличие компенсаторных согласованных связей между показателями системы психической адаптации, что характеризует лаконичный и адекватно функционирующий стиль адаптивной активности. Эти данные подтверждают выдвинутые нами гипотезы исследования.

ВЫВОДЫ

В ходе нашего исследования были выявлены уровневые особенности составляющих контроля поведения в обеих группах испытуемых. Травмированные женщины отличаются низким уровнем когнитивного и произвольного контроля, а нетравмированные испытуемые обладают высокой когнитивной пластичностью и способностью беспрепятственно осуществлять свои намерения для достижения цели. Эмоциональный контроль в обеих группах осуществляется на среднем уровне.

Было установлено, что испытуемые из исследуемых групп выбирают различные пути преодоления трудностей. Для женщин с травматичным опытом характерно использование бессознательных механизмов защиты психики и сознательных способов совладания, которые отличаются эмоционально-ориентированным и дезадаптивным

характером. Женщины без травмы в большинстве случаев прибегают к продуктивному проблемно-ориентированному стилю совладания.

В обеих группах испытуемых было выявлено своеобразие соотношения адаптивных механизмов поведения. Женщины без травмы отличаются тесными связями контроля поведения, психологических защит и совладания, в большинстве случаев имеющих компенсаторный характер, где предпочтение отдается нескольким наиболее продуктивным стратегиям. Для травмированных женщин характерна система многочисленных связей между изучаемыми показателями с меньшими компенсаторными возможностями, что не способствует успешному совладанию, а лишь усиливает общее психическое напряжение субъекта.

Дальнейшая разработка поставленной нами проблемы – попытки изучения соотношения контроля поведения, механизмов психологической защиты и совладания женщин, имеющих травматичный опыт аборта, с уровнем их личностного развития.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Бодров В.А.* Проблема взаимосвязи стресса, адаптации и личности // Психология совладающего поведения: материалы Междунар. науч.-практ. конф. / Отв. ред.: Е.А. Сергиенко, Т.Л. Крюкова. Кострома: КГУ им. Н.А. Некрасова, 2007. С. 22–24.
2. *Ветрова И.И.* Соотношение контроля поведения и стратегий совладания развивающейся личности // Психологические исследования / Под ред. А.Л. Журавлева, Е.А. Сергиенко. М.: Изд-во “Институт психологии РАН”, 2006. Вып. 1. С. 63–76.
3. *Ветрова И.И.* Связь совладающего поведения с контролем поведения и психологической защитой в системе саморегуляции // Совладающее поведение: современное состояние и перспективы / Под ред. А.Л. Журавлева, Т.Л. Крюковой, Е.А. Сергиенко. М.: Изд-во “Институт психологии РАН”, 2008. С. 179–196.
4. *Виленская Г.А.* Стратегии контроля поведения и особенности родительского поведения в раннем возрасте // Активность – индивидуальность – субъект: материалы Всероссийской научной конференции с международным участием “XXIII Мерлинские чтения”, посвященной 110-летию со дня рождения В.С. Мерлина / Науч. ред. Б.А. Вяткин. Пермь: Перм. гос. пед. ун-т, 2008. С. 183–185.
5. *Знаков В.В.* Психология человеческого бытия и трудные жизненные ситуации // Психология совладающего поведения: материалы Междунар. науч.-практ. конф. / Отв. ред.: Е.А. Сергиенко, Т.Л. Крюкова. Кострома: КГУ им. Н.А. Некрасова, 2007. С. 35–37.
6. *Крюкова Т.Л.* Человек как субъект совладания // Психология совладающего поведения: материалы Междунар. науч.-практ. конф. / Отв. ред.: Е.А. Сергиенко, Т.Л. Крюкова. Кострома: КГУ им. Н.А. Некрасова, 2007. С. 41–43.
7. *Крюкова Т.Л., Куфтык Е.В.* Опросник способов совладания (адаптация методики WCQ) // Журнал практического психолога. М., 2007. № 3. С. 93–112.
8. *Либина А.В.* Совладающий интеллект: человек в сложной жизненной ситуации. М.: Эксмо, 2008.
9. *Моросанова В.И.* Опросник “Стиль саморегуляции поведения” (ССПМ): Руководство. М.: Когито-Центр, 2004.
10. *Романова Е.С., Гребенников Л.Р.* Механизмы психологической защиты: генезис, функционирование, диагностика. Мытищи: Талант, 1996.
11. *Сергиенко Е.А.* Субъектная регуляция и совладающее поведение // Психология совладающего поведения: материалы Междунар. науч.-практ. конф. / Отв. ред.: Е.А. Сергиенко, Т.Л. Крюкова. Кострома: КГУ им. Н.А. Некрасова, 2007. С. 64–66.
12. *Сергиенко Е.А.* Субъект развития, субъект деятельности, субъект жизни: регуляция поведения // Субъект и личность в психологии саморегуляции / Под ред. В.И. Моросановой. Москва–Ставрополь: Изд-во ПИ РАО, СевКавГТУ, 2007. С. 256–274.
13. *Сергиенко Е.А.* Контроль поведения: индивидуальные ресурсы субъектной регуляции // Психологические исследования: электрон. науч. журн. 2009. №5 (7). URL: <http://psystudy.ru>
14. *Сергиенко Е.А., Ветрова И.И.* Эмоциональный интеллект: русскоязычная адаптация теста Мэйера – Сэловея – Карузо (MSCEIT V2.0) // Психологические исследования: электрон. науч. журн. 2009. № 6(8). URL: <http://psystudy.ru>
15. *Тарабрина Н.В.* Практикум по психологии ПТСР. СПб.: Питер, 2001.
16. *Тарабрина Н.В., Азарков В.А., Быховец Ю.В., Калмыкова Е.С., Макачук А.В., Падун М.А., Удачина Е.Г., Химчан З.Г., Шаталова Н.Е., Щепина А.И.* Практическое руководство по психологии посттравматического стресса: В 2 ч. М.: Изд-во “Когито-Центр”, 2007.
17. *Шапкин С.А.* Экспериментальное изучение волевых процессов. М.: Смысл, 1997.
18. *Vincent R.* The Psychological Safety of Abortion: The Need for Reconsideration // The post-abortion review. 1997. V. 5. № 4.
19. *Major B., Mueller P. and Hildebrandt K.* Attributions, Expectations, and Coping With Abortion // Personality and Social Psychology. 1985. V. 48. № 3. P. 585–599.
20. *Schutte N.S., Malouff J.M., Hall L.E., Haggerty D.J., Cooper J.T., Golden Ch.J., Dornheim L.* Development and validation of a measure of emotional intelligence // Personality and Individual Differences. 1998. V. 25. P. 167–177.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Таблица 6. Границы низкого, среднего и высокого уровней показателей контроля поведения по всей выборке испытуемых ($n = 63$)

Показатель	Количество баллов		
	низкий уровень	средний уровень	высокий уровень
Планирование	до 3	4–6	7 и выше
Программирование	до 3	4–6	7 и выше
Гибкость	до 4	5–7	8 и выше
Моделирование	до 3	4–6	7 и выше
Оценка результатов	до 4	5–7	8 и выше
Самостоятельность	до 3	4–6	7 и выше
Общий уровень саморегуляции (ОУС)	до 23	24–32	33 и выше
Контроль за действием при неудаче	до 3	4–5	6 и выше
Контроль за действием при планировании	до 4	5–6	7 и выше
Контроль за действием при реализации	до 6	7	8 и выше
Оценка и выражение своих эмоций и эмоций других людей	до 46	47–50	51 и выше
Регуляция эмоций в себе и других людях	до 34	35–39	40 и выше
Использование эмоций для решения проблем	до 38	39–41	42 и выше

Таблица 7. Значимые корреляции между показателями контроля поведения, механизмов психологической защиты и стратегий совладания в группе “С травмой”

Сопоставляемые показатели	Коэффициент ранговой корреляции Спирмена (r)
ОУС – РегЭ, ИспЭ, Самок, Регр	0.51**, 0.44*, 0.53**, –0.48**
ОцЭ – РегЭ, ИспЭ, Самок, Дист, СоцПод, ПолП, Отр, ОНЗ	0.46**, 0.41*, 0.54**, 0.40*, 0.58***, 0.61***, 0.71***, 0.48**
РегЭ – ОУС, ОцЭ, ИспЭ, Дист, Самок, Отр, Пр, ОНЗ	0.51**, 0.46**, 0.64***, 0.41*, 0.42**, 0.56**, 0.56**, 0.37*
ИспЭ – ОУС, ОцЭ, РегЭ, Дист, Самок, ПолП, Отр, Пр, ОНЗ	0.44*, 0.41*, 0.64***, 0.56***, 0.59***, 0.42*, 0.49**, 0.43*, 0.43*
КДпл – Дист	0.55**
КДр – Пр, Рац, ОНЗ	0.56**, 0.56**, 0.53**
Дист – ОцЭ, РегЭ, ИспЭ, КДпл, Бег, ПолП, Отр, Пр, ОНЗ	0.40*, 0.41*, 0.56***, –0.48**, 0.60***, 0.37*, 0.47**, 0.55**, 0.72***
Самок – ОУС, ОцЭ, РегЭ, ИспЭ, КДн, Отр, Рац	0.53**, 0.54**, 0.42*, 0.59***, 0.38*, 0.60***
СоцПод – ОцЭ, ПрОтв	0.58***, –0.36*
ПрОтв – СоцПод, Бег, Выт	–0.36*, 0.57***, –0.36*
Бег – КДпл, Дист, ПрОтв, ОНЗ	–0.36*, 0.60***, 0.57***, 0.42*
ПолП – ОцЭ, ИспЭ, Дист, Отр, Рац, ОНЗ	0.61***, 0.42*, 0.37*, 0.82***, 0.66***, 0.54**
Конфр – Рац	–0.49**
ОНЗ – Регр, Отр, Пр, Комп, РО, Рац	0.71***, 0.50**, 0.68***, 0.82***, 0.86***, 0.44*

Примечание. * $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.001$, *** $p \leq 0.001$. ОУС – Общий уровень саморегуляции, ОцЭ – Оценка и выражение своих эмоций и эмоций других, РегЭ – Регуляция эмоций в себе и других людях, ИспЭ – Использование эмоций для решения проблем, КДн – Контроль действия при неудаче, КДпл – Контроль действия при планировании, КДр – Контроль действия при реализации, Дист – Дистанцирование, Самок – Самоконтроль, СоцПодд – Поиск социальной поддержки, Бег – Бегство, ПлРешПр – Планирование решения проблемы, ПолПереоц – Положительная переоценка ситуации, Вытесн – Вытеснение, Регр – Регрессия, Отр – Отрицание, Проекц – Проекция, Компен – Компенсация, РеакОбр – Реактивное образование, Рац – Рационализация, ОНЗ – Общая напряженность защит.

Таблица 8. Значимые корреляции между показателями контроля поведения, механизмов психологической защиты и стратегий совладания в группе “Без травмы”

Сопоставляемые показатели	Коэффициент ранговой корреляции Спирмена (<i>r</i>)
ОУС – РегЭ, ИспЭ, СоцПод	0.46**, 0.38*, –0.39*
ОцЭ – РегЭ, ИспЭ, КДпл	0.61***, 0.62***, 0.35*
РегЭ – ОУС, ОцЭ, ИспЭ, КДпл, ПолП, Регр, Комп	0.46**, 0.61***, 0.83***, 0.40*, 0.37*, –0.41*, –0.36*
ИспЭ – ОУС, ОцЭ, РегЭ, ПолП, Зам, Комп	0.38*, 0.62***, 0.83***, 0.48**, –0.37*, –0.39*
КДн – Дист, Отр	0.41*, 0.41*
КДпл – ОцЭ, РегЭ, Бег, Пр	0.35*, 0.40*, –0.41*, –0.38*
Дист – КДн	0.41*
Самок – Бег, Пр	0.59**, 0.52**
СоцПод – ОУС	–0.39*
Бег – КДпл, Самок, ПлРПр, Зам	–0.41*, 0.59***, 0.42*, 0.43*
ПлРПр – Бег, Выт	0.42*, –0.43**
ПолП – РегЭ, ИспЭ, Выт	0.37*, 0.48**, –0.41*
Конфр – Пр	–0.37*
ОНЗ – Выт, Зам, Регр, Пр, Комп, РО, Рац	0.46**, 0.82***, 0.44**, 0.73***, 0.63***, 0.80***, 0.61***

Примечание. * $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.001$, *** $p \leq 0.001$. ОУС – Общий уровень саморегуляции, РегЭ – Регуляция эмоций в себе и других людях, ИспЭ – Использование эмоций для решения проблем, КДн – Контроль действия при неудаче, КДпл – Контроль действия при планировании, Дист – Дистанцирование, Самок – Самоконтроль, СоцПодд – Поиск социальной поддержки, Бег – Бегство, ПлРешПр – Планирование решения проблемы, ПолПереоц – Положительная переоценка ситуации, Конфр – Конфронтация, Регр – Регрессия, Замеш – Замещение, Отр – Отрицание, Проекц – Проекция, Компен – Компенсация, РеакОбр – Реактивное образование, ОНЗ – Общая напряженность защит.

PSYCHOLOGICAL ADAPTATION OF WOMEN WITH TRAUMATIC EXPERIENCE OF ABORTION

E.A. Sergienko*, T.S. Mikova**

*Sc.D. (psychology), head of psychology of development laboratory, the Establishment of the Russian Academy of Sciences, Institute of Psychology RAS, Sc.D. (psychology), professor, Moscow;

**Postgraduate, the same place.

The results of women's psychological adaptation with traumatic abortion study are presented. Theirs mechanisms of psychological defenses and coping as well as behavior control are considered. Probationers with traumatic experience are shown to be characterize by discordant system of behavior control. destructive types of defenses and coping as by well as weak compensatory correlations between mechanisms of adaptation.

Key words: mechanisms of adaptation, behavior control, psychological defenses, coping, traumatic situation of abortion.