

УДК 373.22 - 364

Т.К. Рахыпбеков¹, Н.М. Елисинова², Ю.М. Семенова³, А.М. Елисинова⁴, А.Ж. Кодашева⁵

Государственный медицинский университет города Семей

¹Д.м.н., профессор, ректор ГМУ г. Семей,²Ассистент кафедры интернатуры по педиатрии ГМУ г. Семей³К.м.н., ассистент кафедры общей хирургии ГМУ г. Семей,⁴Ассистент кафедры детских инфекционных болезней и фтизиатрии ГМУ г. Семей⁵Докторант PhD по специальности «Медицина» ГМУ г. Семей

СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕНЩИН, ОТКАЗАВШИХСЯ ОТ СВОЕГО РЕБЕНКА, И ПРИЧИНЫ ОТКАЗА (Обзор литературы)

Аннотация

Характеристика женщин, отказавшихся от своего ребенка, отражающая их социально-демографические особенности, позволяет осознать, что не всегда выставляемые на первый план «социальные» причины являются истинными причинами отказа от ребенка. Более глубокие причины скрывают под собой шлейф проблем воспитания и формирования в женщине психологической установки на материнство, основы которого закладываются еще в раннем детстве девочки.

Ключевые слова: женщины, отказавшиеся от ребенка, отказ от ребенка, «отказницы», причины отказа, Казахстан.

В мире насчитывается 153 млн. детей, которые по различным причинам лишились родительской опеки, из них в странах Центральной и Восточной Европы и Содружества Независимых Государств, к числу которых относится Республика Казахстан, их количество в 2011 году достигло 7 млн. 300 тысяч [1]. Указанные цифры свидетельствуют о том, насколько остро во всем мире стоит проблема сиротства, в том числе социального.

Известно, что наиболее негативные последствия для дальнейшего развития ребенка, имеет ранняя материнская депривация в первые дни жизни [2], свидетелями которой часто становятся медицинские работники в родовспомогательных учреждениях.

Согласно исследованиям отказов от новорожденных детей, социальный портрет женщин, отказавшихся от ребенка, соответствует следующему описанию: большинство женщин юного или достаточно молодого возраста (до 25 лет, 19-35 лет, от 23 до 25 лет); не состоят в браке; возможно наличие других детей; низкий и средний уровень образования; временный характер работы; низкий уровень дохода; отсутствие отдельной жилой площади; отсутствие поддержки со стороны близкого окружения женщины (родителей, родственников, отца ребенка); нежеланность беременности, как для матери, так и для отца ребенка [3-9].

Репродуктивное поведение этих женщин характеризует раннее начало половой жизни; низкая информированность о методах контрацепции и отсутствие заинтересованности в их применении; желание прервать беременность, но частое упущение допустимых для аборта сроков вследствие боязни его последствий или отсутствия средств, позднего обнаружения беременности; при этом наличие абортов в прошлом; повторные роды; поздний срок постановки на медицинский учет или же полное его отсутствие, невыполнение рекомендаций медицинского персонала, общее пренебрежение своим здоровьем и здоровьем ребенка [3, с.100; 5, с.1443; 6, с.16; 7, с.33; 8, с.149].

Семейное окружение этих женщин имеет свои особенности. Большинство женщин, отказавшихся от своего новорожденного ребенка, воспитывались в непол-

ных семьях [3, с.100; 8, с.159; 9, с.32]. Более половины ситуаций осложнялись «проблемным» детством женщин (физическое насилие со стороны родителей, злоупотребление родителями алкоголем, пренебрежение потребностями детей, скрытый отказ от воспитания, когда дети воспитываются дедушками, бабушками, подчеркивающими вынужденность заботы о внуках или воспитание в детском доме) [6, с.18; 9, с.32]. В предыдущих поколениях прослеживаются паттерны отказа от детей (в 94% обследованных семей) – детей отдавали в детские дома, на воспитание в семьи соседей или дальних родственников [10, с.92].

Обследование женщин, отказавшихся от своих новорожденных детей, показало, что для психологических установок на материнство у молодых женщин важное значение имел образ собственной матери и причина девиантного материнства кроется в драме взаимоотношений женщины с ее собственной матерью [9, с.32; 10, с.93]. По данным анализа семейных историй женщин, отказывающихся от новорожденных, следует, что девиантная мать с детства отвергалась собственной матерью. Эта материнская депривация сделала невозможным процесс идентификации с матерью, как на уровне психологического пола, так и на уровне формирования материнской роли [9, с.32]. Уже в детстве у таких женщин формируется своеобразная поведенческая матрица низкой толерантности к открытым формам агрессии, в силу которой они привычно разрешают жизненные конфликты агрессивными поступками, и в отношении собственного ребенка [11, 12]. Для этих женщин характерно чувство пустоты вокруг себя. Это делает их чрезмерно конформными, обнаруживает у них обостренную потребность в привязанности, «принятии», в позитивном отношении к себе [8, с.148; 9, с.35].

Беременность женщин, отказавшихся от новорожденного ребенка, часто является результатом либо непродолжительных, случайных отношений, либо долгосрочного сожительства [3, с.100; 9, с.34], которое прекратилось уже во время беременности [6, с.15]. В некоторых случаях отказ происходит в ситуации вне-

запного вдовства. В таких случаях имеют место и психологические причины, связанные с потрясением от смерти близких людей, но решающим фактором отказа в этой ситуации является отсутствие поддержки со стороны родственников [6, с.16]. В других случаях отказ от новорожденного происходит по причине того, что ребенок был зачат в результате изнасилования. В таких ситуациях отказ представляется абсолютно неизбежным, поскольку неприятие ребенка матерью имеет глубокие психобиологические основы [6, с.19].

При сравнительном изучении переживания беременности у «благополучных» беременных и женщин, отказавшихся от ребенка, было выявлено, что для «отказниц» характерно отсутствие или сильное снижение выраженности симптомов беременности [13; 14]. Анализ субъективных переживаний женщин, вынашивающих нежеланную беременность, показал, что при всем многообразии индивидуальных особенностей удастся выявить общие черты и выделить **два крайних варианта психологического статуса** [14]:

При первом варианте всю беременность женщины чувствуют себя достаточно хорошо. Заметно реже, чем в случаях желанной беременности, у них встречаются явления раннего токсикоза. Такая пониженная чувствительность сохраняется и по отношению к шевелению плода. У женщины формируется своеобразная гипотезия телесных проявлений беременности и соответствующее ей особое психологическое состояние — атиофориогнозия (тиофорио — беременность), которое в «легких» случаях проявляется своеобразным «забыванием» беременности, игнорированием ее симптомов, а иногда и искажением представлений о ее сроках.

Второй вариант психологического состояния, возникающего при нежеланной беременности, характеризуется гиперэстезией телесных симптомов, выраженной ригидностью негативного аффекта — страхом, депрессией. У некоторых нежелательная беременность на всем протяжении сопровождается глубоким чувством отвращения, брезгливости и даже ненависти к будущему ребенку, что порождает яркие, мучительные «инфантицидные фантазии» [15].

Отрицание как попытка избегания невыносимой реальности было описано в случаях беременности в результате инцеста [12, с.511], а также у пациенток с психозами [16] и диссоциативными расстройствами [17]. В крайних случаях сокрытие и отрицание беременности может привести к трагичным последствиям, как детоубийство или отказ от новорожденного [18-25]. Для женщин, которые испытывают послеродовую депрессию и психоз, повышен риск, как самоубийства, так и детоубийства [26]. Распространенность послеродовой депрессии, согласно данным мета-анализа O'Hara M.W. & Swain A.M. (1996), составляет 10-15% [27], согласно исследованию Friedman SH & Resnick P.J. (2009), 10%-25% [28]. Согласно статистике до 4% матерей, страдающих послеродовым психозом, без лечения убивают своих младенцев [26, с.140]. Это вызывает особую озабоченность, когда бредовые убеждения сфокусированы на младенце [29; 30].

В противоположность неосознанному отрицанию, существует преднамеренное сокрытие беременности от окружающих, когда женщина считает, что никто не должен знать о ее беременности. Это часто обусловлено строгим религиозным воспитанием, запретами на добрые половые связи, боязнью девочек-подростков и молодых незамужних женщин обще-

ственного мнения и неодобрения со стороны родителей [31-33].

Решение отказаться от новорожденного у женщин возникает, как правило, задолго до рождения ребенка [9, с.35]. «Отказницы» чаще всего встречаются среди тех женщин, которые поступили в родильный дом в тот момент, когда роды уже начались [7, с.34]. Большинство таких женщин поступают без обменных карт, редко кто из них наблюдается в женской консультации. В родильном доме о том, что женщина решила отказаться от ребенка, врачи узнают от нее самой или через медицинский персонал, с которым непосредственно общаются родильницы. Они демонстрируют свое отношение к ребенку, отказываясь брать его на руки, прикладывать к груди. Они отличаются безразличием или повышенной нервозностью; замыкаются в себе, не идут на контакт с другими женщинами, пытаются как можно быстрее подписать документы и уйти [7, с.34].

Для женщин с нежеланной беременностью характерна низкая вероятность начала и поддержания грудного вскармливания, чем для женщин с желанной беременностью [34], хотя поощрение раннего контакта матери и ребенка с налаживанием грудного вскармливания и их совместным пребыванием является дешевым и простым методом снижения отказов от новорожденных детей [35].

Среди частых причин отказов от ребенка в различных источниках фигурируют: бедность, отсутствие жилья, работы, наличие в семье нескольких детей, неполная семья, серьезные конфликты в семье, юный возраст матери, злоупотребление алкоголем или наркотиками [7, с.32-33]. Нередко причиной отказа является рождение больного ребенка, часто родители отказываются от детей с патологией из-за неуверенности в том, что высокотехнологичные виды медицинской помощи, в которых они часто нуждаются, особенно в первые месяцы жизни, будут им доступны [7, с.33]. Инвалидность или врожденные дефекты новорожденного часто рассматриваются как приемлемая причина для отказа от ребенка ввиду стигматизации и дискриминации инвалидов, трудностей социальной адаптации из-за недостаточной инфраструктуры и наличия барьеров на пути получения адекватной медицинской помощи для детей-инвалидов, вся забота о которых ложится на плечи родителей [7, с.33; 36; 37].

Одной из причин отказа от новорожденного ребенка может быть ВИЧ-инфицирование женщины. Так, отказы от детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, на Украине были зарегистрированы на уровне 12% [4]. В России же примерно 20% ВИЧ-инфицированных матерей отказываются от своих новорожденных детей [37, с.162]. Однако результаты углубленного качественного исследования отказов от новорожденных детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, методом интервьюирования женщин, отказавшихся от своих детей, а также женщин, которые не отказались от ребенка, их семей и медицинских работников из четырех регионов России, позволили сделать вывод, что ВИЧ-инфицированность не является основной причиной отказа [37, с.164]. Основными факторами, увеличивающими вероятность отказа от новорожденного ребенка, в указанном исследовании были: нежелательная беременность, отсутствие поддержки со стороны членов семьи, употребление наркотиков и алкоголя, страх рождения ребенка с врожденными пороками, негативное отношение со стороны медицинских работников, а также

наличие маргинального социально-экономического статуса. Среди указанных факторов самое сильное влияние на отказ имела нежелательная беременность. Этот фактор был самым основательным детерминантом отказа как для ВИЧ-инфицированных женщин и их родственников, так и для негативных по ВИЧ женщин, а также для экспертов. Важным фактором отказа от ребенка является отсутствие поддержки со стороны ближайших родственников. Во многих случаях семьи были не готовы принять ВИЧ-инфицированного ребенка из-за стигматизации. В ходе исследования также было установлено, что иногда женщинам рекомендуют или заставляют их отказаться от своих новорожденных детей члены их семей и медицинские работники.

Исследования подтверждают сильную связь отказов с дефицитом социальной поддержки, как для ВИЧ-инфицированных, так и для неинфицированных матерей [6, с.14]. Необходимо отметить, что предварительная антиретровирусная терапия способствует снижению отказов от детей ВИЧ-инфицированными матерями [38]. С отказами также связано и сочетание низкого уровня образования с весьма рискованным поведением [39; 40].

Таким образом, к факторам риска раннего социального сиротства можно отнести: нарушения здоровья матери или ребенка, психологические проблемы роженицы, а также сложный комплекс проблем, к которому применяют понятие «семейное неблагополучие». При этом бедность не является независимой причиной отказа, но скрывает за собой целый комплекс социальных проблем, которые, по мнению большинства женщин, возможно, решить при оказании им материальной, психологической помощи, изменении жилищных условий, социального положения, а также изменения отношения к жизни, образа жизни самой женщиной [41; 42]. Это свидетельствует о необходимости разработки мер по профилактике социального сиротства, направленных на оптимизацию социально-экономического положения семей и развитию осознанного родительства.

Литература:

1. The State of the World's Children 2011: Adolescence An Age of Opportunity. – United Nations Children's Fund (UNICEF), 2011. – 148 p. // http://www.unicef.org/education/files/SOWC_2011.pdf
2. Боулби Дж. Создание и разрушение эмоциональных связей / пер. с англ. В.В. Старовойтова. 2-е изд. – М.: Академический Проект, 2004. – 232 с.
3. Рассказова В.Н., Лучанинова В.Н., Иващенко В.П., Рассказова М.Е. Социально-медицинский статус ВИЧ-инфицированных женщин, отказавшихся от своих детей // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2009. – №4. – С. 100.
4. Shapoval A. Socioeconomic profile of HIV positive mothers including those who abandon their infants in Ukraine // XVIII International AIDS Conference. – Mexico, 2008, August 3-8.
5. Bailey H., Semenenko I., Pilipenko T., Malyuta R., Thorne C. The Ukrainian European Collaborative Study Group. Factors associated with abandonment of infants born to HIV-positive women: results from a Ukrainian birth cohort // AIDS Care. – 2010, December. – №22 (12). – P. 1439–1448.
6. Исупова О.Г. Отказ от новорожденного и репродуктивные права женщины // Социологические исследования. – 2002. – №11. – С. 1-25.
7. Ярская-Смирнова Е.Р., Тепер Г.А., Грек Н.В. Брошенные дети: проблемы профилактики раннего социального сиротства // Женщина в российском обществе. – 2008. – №3 (48). – С. 31-48.
8. Голомолзина Т.В., Волкова С.В. Исследование причин отказа от ребенка 0-3 лет в Карагандинской области. Детский фонд ООН ЮНИСЕФ в Республике Казахстан. Общественное объединение «Центр «Семья». – Караганда, 2011. – 196 с.
9. Панкратова М.Г., Брутман В.И., Ениколопов С.Н. Некоторые результаты обследования женщин, отказывающихся от своих новорожденных детей // Вопросы психологии. – 1994. – № 5. – С. 31-36.
10. Брутман В.И., Варга А.Я., Хамитова И.Ю. Влияние семейных факторов на формирование девиантного поведения матери // Журнал практической психологии и психоанализа. – 2002. – № 3. – С.81-97.
11. Дементьева И.Ф. Социальное сиротство: генезис и профилактика. – М.: ГНИИСиВ, 2000. – 48 с.
12. Bonnet C. Adoption at birth: prevention against abandonment or neonaticide // Child Abuse Negl. – 1993. – Vol. 17, №4. – P. 501-513.
13. Брутман В.И. Психологические феномены, возникающие в связи с нежеланной беременностью // Психология сегодня. Ежегодник Российского психологического общества. – М., 1996. – Т. 2, вып. 4. – С. 150–151.
14. Радионова М.С. Динамика переживания женщиной кризиса отказа от ребенка // Перинатальная психология и психология родительства. – 2005. – №1. – С. 23-27.
15. Копыл О.А., Баз Л.Л., Баженова О.В. Готовность к материнству: выделение факторов, условий психологического риска для будущего развития ребенка // Синапс. – 1993. – № 4. – С. 35-42.
16. Miller L.J. Psychotic denial of pregnancy: phenomenology and clinical management // Hosp Community Psychiatry. – 1990. – №41. – P. 1233–1237.
17. Brezinka C., Huter O., Biebl W., Kinzl J. Denial of pregnancy: obstetrical aspects // J Psychosom Obstet Gynaecol. – 1994. – №15. – P. 1–8.
18. Byard R.W. Sudden death in infancy childhood and adolescence. – Cambridge: Cambridge University Press, 2004. – P. 616–617.
19. Meyer C.L., Oberman M. Mothers who kill their children: understanding the acts of moms from Susan Smith to the "Prom Mom". – New York: NY University Press, 2001. – 218 p.
20. Lusk J. Modern New Mexican neonaticide: tranquilizing with this jewel/the torments of confusion // Tex J Women Law. – 2001. – №11. – P. 93–129.
21. Craig M. Perinatal risk factors for neonaticide and infant homicide: can we identify those risks? // J R Soc Med. – 2004. – №97. – P. 57–61.
22. Resnick P.J. Murder of the newborn: a psychiatric review of neonaticide: a review of literature // Am J Psychiatry. – 1970. – №126. – P. 1414–1420.
23. Lee A.C.W., Li C.H., Kwong N.S., So K.T. Neonaticide, newborn abandonment, and denial of pregnancy — newborn victimization associated with unwanted motherhood // Hong Kong Med J. – 2006. – №12. – P. 61-64.
24. Lusk J. Modern new Mexican neonaticide: tranquilizing with this jewel/the torments of confusion // Tex J Women Law. – 2001. – №11. – P. 93-129.
25. National Abandoned Infants Assistance Resource Center. Discarded infants and neonaticide: a review of literature. – Berkeley: Berkeley University of California, 2004. – P. 15.

26. Friedman S.H., Resnick P.J. Child murder by mothers: patterns and prevention // *World Psychiatry*. - 2007. - №6. - P. 137-141.
27. O'Hara M.W., Swain A.M. Rates and risk of postpartum depression-a meta-analysis // *International Review of Psychiatry*. - 1996. - № 8. - P. 37-54.
28. Friedman S.H., Resnick P.J. Postpartum depression: an update // *Women's Health*. - 2009. - №5. - P. 287-295.
29. Friedman S.H., Resnick P.J., Rosenthal M. Postpartum psychosis: strategies to protect infant and mother from harm // *Curr Psychiatry*. - 2009. - №8. - P. 40-46.
30. Hornstein C., Trautmann-Villalba P. Infanticide as a consequence of postpartum bonding disorder // *PsychiatrischZent Nord*. - 2007. - Vol. 78, №5. - P. 580-582.
31. Milstein K.K., Milstein P.S. Psychophysiological aspects of denial in pregnancy: case report // *J Clin Psychiatry*. - 1983. - №44. - P. 189-90.
32. Finnegan P., Mc Kinsty E., Robinson G.E. Denial of pregnancy and childbirth // *Can J Psychiatry*. - 1982. - №27. - P. 672-675.
33. Wessel J., Gauruder-Burmester A., Gerlinger C. Denial of pregnancy - characteristics of women at risk *Acta Obstetrica et Gynecologica*. - 2007. - №86. - P. 542-546.
34. Taylor J.S., Cabral H.J. Are women with an unintended pregnancy less likely to breastfeed? // *J Fam Pract*. - 2002. - №51. - P. 431-436.
35. Lvoff N., Lvoff V., Klaus M. Effect of the Baby-friendly Initiative on Infant Abandonment in Russian Hospital // *Arch Pediatr Adolesc Med*. - 2000. - №154. - P. 474-477.
36. Сухарев А.Е., Беда Н.А., Ермолаева Т.Н. Отказы от новорожденных: информированность и оценка явления по данным анкетирования // *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. - 2009. - №3. - С. 73-81.
37. Zabina H., Kissin D., Pervysheva E., Mytil A., Dudchenko O., Jamieson D., Hillis S. Abandonment of infants by HIV-positive women in Russia and prevention measures // *Reprod Health Matters*. - 2009. - № 17. - P. 162-70.
38. Khaldeeva N., Hillis S.D., Vinogradova E., Voronin E., Rakhmanova A., Yakovlev A. et al. HIV-1 seroprevalence rates in women and relinquishment of infants to the state in St Petersburg Russia 2002 // *Lancet*. - 2003, december. - Vol. 362 (9400). - P. 1981-1982.
39. Grjibovski A., Bygren L.O., Svartbo B. Socio-demographic determinants of poor infant outcome in north-west Russia // *Pediatric and Perinatal Epidemiology*. - 2002. - №16. - P. 255-262.
40. Delpisheh A., Kelly Y., Rizwan S. et al. Socio-economic status, smoking during pregnancy and birth outcomes: an analysis of cross-sectional community studies in Liverpool (1993-2001) // *Journal of Child Health Care*. - 2006. - №10. - P. 140-148.
41. Филькина О.М., Кочерова О.Ю., Воробьева Е.А., Шанина Т.Г., Пыхтина Л.А., Абросимова Т.С. Социальный портрет матерей, отказавшихся от воспитания ребенка // *Вопросы психического здоровья детей и подростков*. - 2007. - Т. 7, №2. - С. 111-112.
42. Ибрагимов А.И. Состояние здоровья и пути оптимизации медико-социального обеспечения детей, оставшихся без попечения родителей: автореф. ... докт. мед. наук: 14.00.33 – М., 2006. – 40 с.

Тұжырым

**БАЛАСЫНАН БАС ТАРТҚАН ӘЙЕЛДЕРДІҢ ӘЛЕУМЕТТІК-ДЕМОГРАФИЯЛЫҚ
СИПАТТАМАСЫ МЕН БАЛАДАН БАС ТARTY СЕБЕПТЕРІ
(Әдебиетті шолу)**

Т.Қ. Рақыпбеков, Н.М. Елисинова, Ю.М. Семенова, А.М. Елисинова, А.Ж. Қодашева

Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті

Мақалада баласынан бас тартқан әйелдердің әлеуметтік-демографиялық сипаттамасы мен баладан бас тарту себептеріне әдебиеттік шолу жасалған.

Негізгі сөздер: баласынан бас тартқан әйелдер, баладан бас тарту, баладан бас тарту себептері, Қазақстан.

Summary

**SOCIAL AND DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF FEMALES ABANDONING
THEIR CHILDREN AND CAUSES OF ABANDONMENT
(Literature review)**

T.K. Rakhypbekov, N.M. Yelissinova, Y.M. Semenova, A.M. Yelissinova, A.Zh. Kodasheva

Semey State Medical University

Social and demographic characteristics of females abandoned their children help us to understand that "social" causes of abandonment which are placed in the first row are not always the true causes. The deep analysis reveals a range of problems including upbringing and psychological readiness for maternity, the grounds of which are formed in early childhood.

Key words: females abandoned their children, abandonment, causes of abandonment, Kazakhstan.