

ДОАБОРТНОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ: ВЗГЛЯД ПСИХИАТРА

В.В. Титова*, А.В. Лифанова

ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ, Москва

REPRODUCTIVE CHOICE COUNSELING: A PSYCHIATRIST'S PERSPECTIVE

V.V. Titova*, A.V. Lifanova

Central State Medical Academy of Department of President Affairs, Moscow, Russia

*E-mail: vivlan2001@mail.ru

Аннотация

Лекция посвящена обзору современных исследований в области психоэмоционального состояния женщин с незапланированной и нежеланной беременностью. Подробно рассмотрены факторы, влияющие на динамику эмоциональных реакций женщин во время беременности и в послеродовом периоде. Особое внимание уделено мотивам репродуктивного выбора, ведущим к аборту или, напротив, к сохранению незапланированной беременности.

Ключевые слова: незапланированная беременность, репродуктивный выбор, эмоциональные реакции.

Abstract

The lecture is a review of modern researches on the psycho-emotional state of women with unplanned and unwanted pregnancy. The factors influencing the dynamics of emotional reactions of women during pregnancy and in the postpartum period are discussed in details. A particular attention is paid to the motives of reproductive choice leading to abortion or, on the contrary, to the preservation of unplanned pregnancy.

Keywords: unplanned pregnancy, reproductive choice, emotional reactions.

Ссылка для цитирования: Титова В.В., Лифанова А.В. Доабортное консультирование: взгляд психиатра. Кремлевская медицина. Клинический вестник. 2025; 2: 122–124.

Профилактика аборт является одной из приоритетных задач государственной важности, направленных на сохранение репродуктивного потенциала женщин и улучшение демографической ситуации в нашей стране. Вместе с тем незапланированная и тем более нежеланная беременность для многих женщин являются серьезным стрессом, ведущим к формированию различных аффективных нарушений и расстройств адаптации, что, в свою очередь, существенно затрудняет взаимодействие специалиста с такими женщинами в рамках доабортного консультирования и снижает его эффективность.

По данным метаанализа и систематического обзора, выполненного H.D. Nelson и соавт. (2022), обобщивших данные 36 исследований ($n = 524\ 522$), в которых изучали связь нежелательной беременности с исходами для матери и ребенка, было в числе прочего установлено, что незапланированная беременность связана с высокой частотой (23.3%) депрессии в I триместре, а также с высокими рисками депрессии на протяжении всей беременности и в послеродовом периоде [1]. В кросс-секционном исследовании M. Kasujja и соавт. (2024) с участием 353 беременных женщин в качестве скринингового метода оценки их психоэмоционального состояния использовали опросник PHQ-9, который позволяет выявить критерии большой или малой депрессии согласно DSM-IV. Проведенный исследователями многофакторный логистический регрессионный анализ идентифицировал основные факторы, связанные с развитием депрессии у беременных, – это возраст менее

20 либо старше 35 лет, незапланированная беременность, домашнее насилие и употребление алкоголя [2]. Интересные результаты были получены в лонгитюдном когортном исследовании L. Muskens и соавт. (2022), где наблюдение за беременными проводилось с I триместра беременности на протяжении 21 месяца (до 12 месяцев послеродового периода). В исследовании приняли участие 1928 беременных женщин, в том числе 111 женщин с незапланированной беременностью. Депрессивные симптомы оценивали в каждом триместре беременности и пять раз после родов; с этой целью использовали шкалу EPDS (Эдинбургская шкала послеродовой депрессии). В результате исследования было установлено, что незапланированная беременность может иметь долгосрочное негативное влияние на психическое здоровье женщины, начиная с I триместра беременности и заканчивая послеродовым периодом, поэтому такие женщины нуждаются в раннем скрининговом обследовании и постоянном сопровождении специалиста на всем протяжении беременности и после родов [3]. В другом кросс-секционном исследовании, проведенном S. Wyatt и соавт. (2021), с обследованием 505 беременных женщин из Шри-Ланки были получены убедительные данные о высоком фоне тревоги у беременных женщин с признаками депрессии (отношение шансов (ОШ) 1.13, 95%-ный доверительный интервал (95% ДИ) 1.07–1.20), на этом фоне воспринимаемая ими социальная поддержка была ниже (ОШ 0.91, 95% ДИ 0.89–0.93) [4]. Похожие результаты были получены в исследовании А.М. Alnasheet и соавт. (2024), в котором изучали возможные

факторы риска развития тревожных расстройств у беременных на разных сроках беременности. Это исследование также имело кросс-секционный дизайн, в нем приняли участие 513 беременных женщин. Все они были обследованы с использованием адаптированного опросника тревоги у беременных PRAQ-R2. В результате исследования было выявлено, что 15% беременных имели высокий уровень тревоги, 38% – умеренный. У женщин с незапланированной беременностью уровень тревоги был значительно выше, чем у остальных ($p = 0.019$). Кроме того, исследователями была установлена связь высокого уровня тревоги с незанятостью беременной (домохозяйки, безработные) [5].

Основной целью следующего кросс-секционного исследования, выполненного Н. Тагафа и соавт. (2022), были изучение возможных факторов и оценка вклада каждого из факторов, связанных с повышенной тревожностью у беременных. Было обследовано 406 беременных, отобранных методом систематической случайной выборки. Для оценки проявлений и степени выраженности тревоги так же, как и в предыдущем исследовании, использовали адаптированный опросник PRAQ-R2 (Pregnancy Related Anxiety Questionnaire Revised), на основании которого было обнаружено, что 32.7% беременных от общей выборки имели повышенную тревожность, связанную с беременностью. Полученные в исследовании данные были обработаны с использованием логистического регрессионного анализа. Авторами исследования были выявлены следующие факторы, обнаружившие достоверное влияние на тревогу, связанную с беременностью: нежелательная беременность (ОШ = 2.77, 95% ДИ 1.71–4.54), высокий воспринимаемый стресс (ОШ = 2.39, 95% ДИ 1.54–3.62), молодой возраст (ОШ = 2.14, 95% ДИ 1.49–2.83), наличие депрессии (ОШ = 2.09, 95% ДИ 1.39–2.89), низкий уровень дохода (ОШ = 2.01, 95% ДИ 1.29–3.14), недостаточная социальная поддержка (ОШ = 1.79, 95% ДИ 1.14–3.37) [6].

Риски для психического здоровья во время нежелательной беременности и в первые два года после родов (у тех женщин, которые сохранили нежелательную беременность) в сравнении с женщинами с запланированной и желанной беременностью изучали в исследовании N. Mizunuma и соавт. (2024). Общая выборка в этом исследовании составила 7265 женщин. Для оценки относительных рисков развития психических расстройств, связанных с нежелательной беременностью, в сравнении с женщинами, вынашивающими запланированную и желанную беременность, использовали модифицированную регрессию Пуассона. Выявлено, что при незапланированной и нежеланной беременности были более высокие риски для психического здоровья на протяжении всей беременности, при этом у группы женщин с нежеланной беременностью наблюдались значительно более высокие показатели психологического дистресса (относительный риск (ОР) 1.63), хроническая боль (ОР 1.63) и повторяющиеся фантазии о смерти (ОР 2.18). По данным авторов этого исследования, мысли о смерти у этой группы женщин сохранялись и в послеродовом периоде (ОР 1.40) [7].

В следующем исследовании, выполненном Т. Вете и соавт. (2024), изучали суицидальные риски у беременных, в том числе при нежеланной беременности. В исследовании участвовали 543 беременные женщины, рандомизированные методом систематической случай-

ной выборки. Исследование было кросс-секционным, оценку суицидального риска проводили при помощи опросника Composite International Diagnostic и структурированного интервью. Для оценки взаимосвязей использовали многомерную логистическую регрессию: переменные, которые имели значение $p < 0.05$, считали значимо связанными. В результате исследования было обнаружено, что у 11.15% беременных женщин имели место суицидальные мысли (95% ДИ 8.75–14.11), тесно взаимосвязанные с нежелательной беременностью, наличием симптомов депрессии, тревоги, переживанием насилия со стороны партнера и наличием признаков выраженного стресса, обусловленного различными причинами [8].

Во многих исследованиях также изучали влияние незапланированной беременности на развитие в будущем послеродовой депрессии. Так, М. Nakano и соавт. (2020) в лонгитюдном исследовании изучили выборку 1050 беременных женщин в Японии, каждая из которых проходила обследование в I триместре беременности, сразу после родов, через месяц и через три месяца после родов. Для верификации наличия и степени тяжести послеродовой депрессии авторы исследования использовали модифицированную японскую версию Эдинбургской шкалы послеродовой депрессии (EPDS). В результате исследования были выявлены факторы, доказательно повышающие риск развития послеродовой депрессии: негативные чувства по поводу собственной беременности, искусственное и комбинированное вскармливание, молодой возраст, отсутствие или недостаточность социальной поддержки, наличие психического заболевания в анамнезе до беременности [9].

В следующем проспективном когортном исследовании, выполненном I.K. Alsaifi и соавт. (2024), также оценивали связь между незапланированной беременностью и развитием послеродовой депрессии. В исследовании приняли участие 236 беременных женщин, которые были разделены на три группы по результатам тестирования по Лондонской шкале незапланированной беременности: у женщин первой группы беременность была незапланированной (они составили 25.8% от общей выборки), женщины второй группы имели амбивалентное отношение к собственной беременности (36.0% от общей выборки), женщины третьей группы имели запланированную и желанную беременность (38.1% от общей выборки). Для оценки депрессии у женщин каждой из групп использовали Эдинбургскую шкалу послеродовой депрессии (EPDS). По результатам EPDS из общей выборки 77.5% женщин не имели признаков антенатальной депрессии и у 73.35% женщин отсутствовали признаки постнатальной депрессии. При этом авторами было установлено, что на развитие депрессии в антенатальном периоде наибольшее влияние оказывают такие факторы, как стрессовые события, плохие взаимоотношения с партнером и отсутствие поддержки семьи. Развитие депрессии в послеродовом периоде наиболее связано с молодым возрастом, незапланированной беременностью, отсутствием поддержки семьи и типом родов [10].

С точки зрения доабортного консультирования при незапланированной или нежеланной беременности интересными также представляются результаты недавнего проведенного анализа 19 исследований, проиндекси-

рованных в научных базах данных, опубликованных с 2008 по 2023 г., выполненного W.Y. Beumer и соавт. (2025). Все исследования касались нежеланной беременности, их авторы изучали мотивацию беременных женщин, ведущую к аборту или, напротив, к сохранению нежеланной беременности. Тщательный анализ и сопоставление результатов, полученных в этих исследованиях, позволили авторам выявить наиболее частые мотивы, ведущие к аборту при незапланированной беременности:

- мотивы, связанные с планированием семьи (отсутствие желания иметь детей, неподходящее время для рождения ребенка, полная семья с достаточным, по мнению женщины, числом детей и т.д.);
- сложности во взаимоотношениях с партнером;
- бытовые и финансовые трудности;
- стигма, стыд и ожидание негативной реакции со стороны близкого окружения.

В свою очередь, основные мотивы женщин для сохранения нежеланной беременности оказались сходными во всех исследованиях – это поддерживающий партнер и личные убеждения женщины относительно беременности [11].

Приведенные результаты исследований обуславливают необходимость раннего скрининга беременных на выявление признаков депрессии и тревожных расстройств, а также диагностики других возможных психических нарушений и суицидального риска с целью оказания своевременной квалифицированной помощи и повышения эффективности доабортного консультирования.

Литература

1. Nelson H.D. et al. Associations of unintended pregnancy with maternal and infant health outcomes: a systematic review and meta-analysis // JAMA. – 2022. – V. 1328. – No 17. – P. 1714–1729. DOI: 10.1001/jama.2022.19097.
2. Kasujja M. et al. Factors associated with antenatal depression among women attending antenatal care at Mubende Regional Referral Hospital: a cross-sectional study // BMC Women's Health. – 2024. – V. 24. – No 1. – P. 195. DOI: 10.1186/s12905-024-03031-0.
3. Muskens L. et al. The association of unplanned pregnancy with perinatal depression: a longitudinal cohort study // Arch Women's Ment Health. – 2022. – V. 25. – No 3. – P. 611–620. DOI: 10.1007/s00737-022-01225-9.
4. Wyatt S. et al. Predictors and occurrence of antenatal depressive symptoms in Galle, Sri Lanka: a mixed-methods cross-sectional study // BMC Pregnancy Childbirth. – 2021. – V. 21. – No 1. – P. 758. DOI: 10.1186/s12884-021-04239-w.
5. Alnasheet A.M. et al. The prevalence and risk factors of pregnancy-related anxiety in Bahrain // Cureus. – 2024. – 16. – No 4. – e57404. DOI: 10.7759/cureus.57404.
6. Tarafa H. et al. Factors associated with pregnancy-related anxiety among pregnant women attending antenatal care follow-up at Bedelle general hospital and Metu Karl comprehensive specialized hospital, Southwest Ethiopia // Front Psychiatry. – 2022. – No 13. – 938277. DOI: 10.3389/fpsy.2022.938277.
7. Mizunuma N. et al. Mental health risks in pregnancy and early parenthood among male and female parents following unintended pregnancy or fertility treatment: a cross-sectional observational study // BMC Pregnancy Childbirth. – 2024. – V. 24. – No 1. – P. 860. DOI: 10.1186/s12884-024-07082-x.
8. Bete T. et al. Suicidal ideation and associated factors among pregnant women attending antenatal care at public hospitals of Harari regional state, eastern Ethiopia: a cross-sectional study // PLoS One. – 2024. – V. 19. – No. 3. – e0300417. DOI: 10.1371/journal.pone.0300417.
9. Nakano M. et al. Early risk factors for postpartum depression: a longitudinal Japanese population-based study // Journal of affective disorders. – 2020. – No 269. – P. 148–153. DOI: 10.1016/j.jad.2020.03.026.
10. Alsahafi I.K. et al. Unplanned pregnancy and risk of peripartum depression: a prospective cohort study in Saudi pregnant women attending antenatal care clinic // Annals of medicine and surgery (London). – 2024. – V. 86. – No 2. – P. 666–677. DOI: 10.1097/MS9.0000000000001573.
11. Beumer W.Y. et al. Motivations for abortion or continuation of an unwanted pregnancy: a scoping review of the global literature // Perspect Sex Reprod Health. – 2025. – V. 57. – No. 1. – P. 45–62. DOI: 10.1111/psrh.12293.