К проблеме психических нарушений после аборта (обзор литературы)

Д.м.н., проф. Я.А. КОЧЕТКОВ

Московский НИИ психиатрии

Научные исследования, связанные с проблемой абортов, всегда находятся под большим влиянием политических, религиозных и социальных факторов. Это характерно и для проблемы влияния абортов на психическое здоровье.

Мнения в этой области разделились — от полнейшего отрицания психологических последствий аборта до признания аборта в качестве необратимого тяжелого стрессорного фактора.

Несмотря на значительное снижение числа абортов по сравнению с советской эпохой, Россия последние годы удерживает первое место в мире по количеству абортов на душу населения [1]. Таким образом, изучение последствий аборта, в том числе для психического здоровья женщины, остается очень актуальной темой для нашей страны.

Задача настоящей статьи — проанализировать разные точки зрения на проблему психических расстройств после аборта и осветить возможные механизмы их развития.

Обратимся к истории данной проблемы.

В 1981 г. американским психологом V. Rue был впервые предложен термин «постабортный синдром» [24]. Он предложил этот термин для обозначения посттравматического стрессового расстройства, развивающегося после аборта. V. Rue выделил четыре основных компонента постабортного синдрома [28]:

1) восприятие ситуации аборта как травматического события, находящегося за пределами обычных человеческих переживаний;

2) повторное переживание ситуации аборта в воображении, связанное с неконтролируемыми негативными эмоциями, возвраты к прошлому в памяти, кошмарные сновидения, горе, особенно в годовщину аборта;

3) неудачные попытки избежать или отрицать воспоминание об аборте и эмоциональную боль;

4) возникновение психологических симптомов, связанных с абортом и не имевших место до него.

Впоследствии термин «постабортный синдром» стал широко использоваться противниками абортов и вызвал волну критических публикаций и исследований.

В 1988 г. президент США Рональд Рейган поручил главе департамента здравоохранения Э. Коопу провести анализ физиологических и психологических последствий аборта с целью ужесточения показаний к проведению аборта. В результате анализа 250 исследований, посвященных влиянию аборта на психическое здоровье, Кооп отметил, что нет серьезных доказательств отрицательного влияния аборта на психику женщины. В то же время Кооп, который сам был противником абортов, отметил, что большинство исследований в этой области обладают слабой достоверностью и отказался от официальной публикации своих данных [31].

Научные психиатрические организации, такие как Американская психиатрическая ассоциация, Американская психологическая ассоциация [6], Британский королевский психиатрический колледж [21], отказались признавать наличие постабортного синдрома. Понятие «постабортный синдром» не вошло в МКБ-10 и DSM-IV.

Основная точка зрения психиатрического сообщества состоит в том, что негативные психические изменения после аборта встречаются крайне редко и связаны с уже имеющимися психическими заболеваниями, такими как депрессивное или тревожное расстройство, или предрасположенностью к ним. Также роль в развитии этих редких, по мнению авторов [6, 8, 15, 26, 27, 29], изменений играет отсутствие поддержки со стороны родственников и отношение общества к аборту.

Таким образом, через некоторое время, термин «постабортный синдром» исчез из профессиональной литературы и в медицинской литературе встречается в основном в журналах, связанных с религиозной тематикой.

Значит ли это, что дискуссия закрыта?

Огромную роль в развитии психологических проблем после аборта играет культурный фактор: отношение общества к абортам, религиозность населения, наконец, отношение самих женщин к аборту. Поэтому результаты американских исследований нельзя однозначно экстраполировать на другие страны.

Например, в широко цитируемом исследовании B. Major и соавт. [15] было показано, что психические заболевания после аборта развиваются менее чем в 2% случаев. Авторы считают, что вероятность развития психических заболеваний после аборта и после беременности, завершившейся родами, одинакова. По словам авторов, «через два года после аборта у большинства женщин отсутствуют психо-

e.mail: psyend@mail.ru

логические переживания и сожаления в связи с произошедшим, но они есть у тех, у кого в анамнезе до беременности была склонность к депрессии». В этом же исследовании у женщин, сделавших аборт, были обнаружены даже «позитивные изменения в самооценке», которые исчезли со временем. Это исследование проводилось в Калифорнии, штате с либеральными традициями, и в нем участвовали женщины, делавшие аборт на платной основе. С другой стороны, исследование D. Reardon и соавт. [23], проведенное в том же штате, но с выборкой из женщин с низким доходом (многие из которых были из семей мигрантов), делавших аборт за счет государственной программы, показало совершенно иные результаты.

Можно предположить, что если было бы возможно провести психологическое и психиатрическое обследование женщин, совершающих нелегальные аборты в странах с традиционной культурой (например, мусульманских), наличие психических расстройств могло бы быть обнаружено в 100% случаев.

В недавнем популяционном исследовании, проведенном в Норвегии, было показано, что женщины, перенесшие аборт, имеют значительно более высокий риск развития депрессивного расстройства, чем женщины, у которых беременность закончилась родами. Авторами [20] были обследованы 768 женщин в возрасте от 17 до 25 лет, сделавших аборт.

В нашумевшем исследовании D. Reardon и соавт. [23] были изучены истории болезни более чем 56 000 беременных женщин в возрасте от 13 до 49 лет. Пациентки принадлежали к низкому социальному классу, их беременность закончилась абортом или родами. Ученые обнаружили статистически достоверную корреляцию между наличием аборта и развитием в дальнейшем психиатрических заболеваний, таких как депрессивное расстройство и маниакально-депрессивный психоз.

В Финляндии по заданию правительства было проведено исследование, сходное по дизайну с предыдущим [13]. В нем анализировались истории болезни женщин, совершивших аборт, и женщин, чья беременность закончилась родами. В результате исследования было выяснено, что уровень суицидов у женщин, совершивших аборт (34,7 на 100 000), значительно превышает таковой у женщин, чья беременность закончилась родами (5,9 на 100 000).

Означает ли эта корреляция наличие причинно-следственной связи? Зачастую психические заболевания предшествуют аборту. Кроме того, пациентки, принимавшие участие в исследовании, находились в сложном материальном положении, что служило причиной различных психологических проблем до аборта. Таким образом, оппоненты D. Reardon считают аборт во многом следствием, а не причиной психологических проблем [27].

В других исследованиях было показано, что на развитие депрессии после аборта большое влияние оказывают такие факторы, как когнитивный стиль личности (устойчивый стиль мышления и восприятия информации), наличие психологических и социальных проблем, наличие расстройства личности, в общем, множество факторов, предшествующих аборту [12, 15, 16, 18], причем об этом говорят как сторонники, так и противники понятия «постабортный синдром».

Если выразить умеренную точку зрения, находящуюся между мнениями безусловных противников аборта и защитников права женщины на прерывание беременности, можно сделать вывод, что аборт не является причиной психических нарушений, но может быть мощным фактором, провоцирующим их развитие. К числу таких нарушений относятся в первую очередь депрессивное расстройство, расстройства адаптации и различные виды тревожных расстройств.

Психологические и социальные факторы

Развитие потенциальных постабортных психических нарушений можно связать с двумя группами психологических и социальных факторов: факторы, предшествующие аборту, и факторы, возникающие в ситуации аборта и после него.

К факторам, предшествующим ситуации аборта, относятся когнитивный стиль личности (устойчивый стиль мышления и восприятия информации), конфликтные отношения с родителями, конфликтные отношения с партнером. Сюда же относятся низкий социальный уровень, затрудненное материальное положение.

В исследовании, проведенном в Австралии [30], показано, что депрессия после аборта тесно связана с конфликтными отношениями и насилием со стороны партнера. С одной стороны, конфликтные отношения и насилие увеличивают вероятность аборта, с другой стороны, — коррелируют с развитием депрессии после аборта.

Большую роль в развитии депрессии после аборта играют тип привязанности и ранние отношения с матерью.

D. Reardon систематизировал факторы риска развития психических расстройств после аборта (см. таблицу).

В то же время оппоненты понятия «постабортный синдром» настаивают на том, что большинство из перечисленных выше факторов не связаны напрямую с ситуацией аборта. Психические расстройства или психологические трудности после аборта, по их мнению, возникают у женщин с подобными психологическими характеристиками и в случае сохранения беременности. Распространенной точкой зрения среди исследователей — сторонников права женщины на аборт является мнение, что женщины с устой-

Таблица. **Факторы риска возникновения психических расстройств после аборта [22]**

Трудности принятия решения об аборте
1. ***Моральные убеждения против абортов***
Религиозные или консервативные ценности
Негативное отношение к аборту
Чувство вины
Негативное отношение общества к аборту
Сильное беспокойство о сохранении аборта в тайне
2. ***Противоречивые материнские желания***
Первоначально желанная или планированная беременность
Прерывание желанной беременности по причине пороков развития плода
Терапевтический аборт, т.е. прерывание желанной беременности по причине угрозы жизни матери
Сильная установка на материнство
Женщина состоит в законном браке
Наличие детей
Откладывание аборта
3. ***Аборт во II или III триместрах беременности***
4. ***Решение об аборте принимается под давлением***
5. ***Решение принимается при наличии необъективной, неточной или неадекватной информации***
Психологические ограничения или недостатки развития
1. ***Подростковый возраст, эмоциональная незрелость***
2. ***Имевшиеся ранее эмоциональные или психические проблемы***
Недостаточное использование механизмов психологической адаптации
Нестабильность самооценки
Неприятности на работе или недовольство работой
Травмирующие переживания в прошлом
Перенесенное сексуальное насилие
Склонность к самообвинению
Избегание и отрицание, предшествовавшие аборту
Неудовлетворительные супружеские отношения
Негативные отношения с матерью в раннем возрасте
3. ***Недостаток социальной поддержки***
Недостаток друзей, неудовлетворительные межличностные отношения
Решение принималось женщиной самостоятельно, без участия отца ребенка
Плохие или нестабильные отношения с отцом ребенка
Женщина не замужем и не рожавшая
Женщина разведена или вдова
Женщина получает недостаточно поддержки со стороны родителей и друзей
Женщина получает недостаточно поддержки от отца ребенка
На аборте настаивает отец ребенка
Женщина живет одна
4. Аборты в прошлом
5. Выкидыш в прошлом
6. Низкий уровень образования женщины

чивой самооценкой, высокой самоэффективностью, достаточной социальной поддержкой и эффективными копинг-стратегиями (стратегиями совладания со стрессом) переносят аборт без всяких психологических трудностей [8, 16].

Таким образом, возникает множество вопросов. Действительно, широкий спектр жизненных ситуаций, в том числе беременность и роды, может вызывать депрессию и другие психические расстройства у женщин с определенными личностными характеристиками. Означает ли это, что аборт является абсолютно неспецифическим стрессором для женщины? A. Speckhard и V. Rue [28] в своих исследованиях выделили ряд специфических характеристик «постабортного синдрома», но вопрос остается открытым.

Можно ли с уверенностью говорить о том, что женщины, переносящие аборт без всяких психологических последствий действительно их не имеют? В одном из исследований [7] сравнивалось психическое состояние женщин, прервавших беременность с помощью аборта, и женщин, потерявших ребенка в результате выкидыша. Результаты показали, что женщины, потерявшие ребенка в результате выкидыша, испытывают больше психологических проблем, в первые 10 мес после выкидыша. У женщин, сделавшие аборт, в первые 10 мес меньше психологических проблем, но впоследствии (через 2 года) у них значительно чаще встречаются высокие оценки по шкалам депрессии и тревоги.

Кроме того, отсутствие психологических последствий может означать их успешное отрицание, далеко не всегда выявляемое психологическими тестами. A. Speckhard и V. Rue [28] ссылаются на бессознательные факторы, способствующие развитию постабортного синдрома, освещенные в психоаналитической литературе. К сожалению, формат настоящей статьи не позволяет подробно остановиться на них. Но можно предположить, что даже женщины, для которых аборт сознательно не является конфликтным и травматическим событием, могут впоследствии испытывать негативные психологические переживания по этому поводу.

Еще один вопрос — насколько само решение сделать аборт может являться результатом психологических характеристик женщины. В исследовании, проведенном в России, было показано, что женщины, сделавшие аборт, отличаются специфическими стратегиями совладания со стрессом и внешним локусом контроля (склонность человека приписывать ответственность за происходящие в жизни события и результаты своей деятельности внешним силам). Потребность в материнстве у многих женщин, сделавших аборт, уступает потребности в самореализации в других сферах жизни [4].

Эндокринологические факторы

Тема влияния эндокринных изменений после аборта на психическое состояние женщины достаточно спекулятивна в силу очень небольшого количества исследований в этой области. Практически нет данных, которые сопоставляли бы психические и гормональные изменения после аборта. Мало того, очень редко встречаются исследования, в которых

измерялся уровень гормонов после прерывания беременности [3, 33].

В одном исследовании [3], проведенном еще в СССР, было показано, с какой скоростью исчезают гормоны из кровотока после аборта. В течение 1 ч после аборта уровень прогестерона снижается на 38%, через 3 ч — на 52% и через сутки — на 80%. Концентрация эстрадиола через 1 ч после аборта уменьшается на 58%, а через сутки — на 88%. Таким образом, уровень эстрадиола и прогестерона за сутки снижается более чем в 5 раз. Могут ли подобные изменения оказывать влияние на психическое здоровье женщины?

В последние десятилетия тема влияния половых стероидов на функции ЦНС и психическое здоровье приобрела большую популярность.

Многочисленные исследования последних лет [10] показали, что половые стероиды, такие как прогестерон и эстрадиол, кроме своих прямых гормональных эффектов, оказывают серьезное влияние на функции ЦНС. Известно, что эстрадиол оказывает серьезное влияние на серотонинергическую и норадренергическую системы [9, 11]. Эти моноаминергические системы вовлечены в патогенез многих психических расстройств, таких как депрессия, тревожные расстройства, посттравматическое расстройство. Эстрадиол увеличивает количество серотонина в синаптической щели, в то же время уменьшая активность моноаминоксидазы — фермента, разрушающего моноамины [9, 25]. Кроме того, эстрогены увеличивают активность фермента триптофангидроксилазы, участвующего в синтезе серотонина [25]. Таким образом, действие эстрогенов на серотонинергическую систему можно в целом охарактеризовать как активирующее. При депрессивных расстройствах наблюдается снижение активности серотонинергической системы, поэтому можно было бы предположить, что эстрогены дают антидепрессивный эффект. И действительно, применение эстрогенов в качестве дополнительной терапии в случае депрессии у женщин, находящихся в менопаузе и постменопаузе, усиливает действие антидепрессантов [19]. Кроме того, было показано, что гормональная заместительная терапия эстрогенами у женщин в постменопаузе, не страдающих депрессией, оказывает положительное влияние на их настроение и когнитивные способности [17].

В то же время повышенный уровень эстрадиола повышает судорожную готовность ЦНС и может усиливать тревожную симптоматику [32]. Поэтому очевидно, что для нормального функционирования ЦНС важен нормальный физиологический ритм секреции эстрогенов, и резкие нефизиологичные колебания в сторону как повышения, так и снижения могут негативно влиять на психическое состояние женщины.

Влияние прогестинов на ЦНС частично противоположно влиянию эстрогенов. Прогестерон и его метаболиты снижают возбудимость нервной системы, снижают судорожную активность [32]. Считается, что для нормального течения беременности важен баланс эстрогенов и прогестинов, и недостаточный уровень прогестерона в крови усиливает риск прерывания беременности [5].

При исследовании нарушений настроения, связанных с предменструальным синдромом (ПМС), было показано, что уровень прогестерона у женщин с ПМС несколько выше в лютеиновой фазе цикла, чем у женщин без симптомов ПМС. При этом была обнаружена корреляционная взаимосвязь высокого уровня прогестерона и сниженного настроения, что позволило предположить, что прогестерон оказывает депрессогенное действие [25]. Этот вопрос остается спорным. Так или иначе, высокие уровни прогестерона и эстрадиола при беременности дополняют и компенсируют действие друг друга.

Ситуация аборта, как было сказано выше, характеризуется резким снижением уровня эстрогенов и прогестерона в крови. Можно предположить, что это снижение влечет за собой сбои в работе моноаминергических систем и ЦНС в целом. Трудно оценить, насколько эти изменения функциональны и продолжительны. Очевидно, что сами по себе они не могут вызвать стойкого психического расстройства, иначе понятие постабортного стрессового расстройства не вызывало бы столько споров. Но изменения в ЦНС, вызванные резким снижением уровня гормонов в крови женщины, вполне могут быть, с одной стороны, причиной усиления депрессивной или тревожной симптоматики, предшествующей аборту, а с другой, — служить толчком для развития психического расстройства на фоне негативных психологических факторов.

В настоящей статье невозможно рассмотреть все гормональные изменения после аборта, но нельзя не упомянуть также некоторые другие важные последствия. Уровень пролактина после аборта сначала возрастает в ответ на стресс, а затем резко снижается [33]. Пролактин считается важным протективным фактором для ЦНС и снижение его уровня часто коррелирует с развитием депрессивной симптоматики [14]. Также нельзя забывать о гормонах гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы. Резкий подъем уровня кортизола в ответ на сильный стресс является еще одним фактором, вызывающим дисбаланс нейромедиаторов, таких как серотонин, дофамин и норадреналин [2].

Можно предположить, что большое количество абортов является серьезным фактором риска для возникновения дисбаланса нейромедиаторов и возникновения последующей психопатологии, так как центральная нервная система подвержена влиянию множественных гормональных стимулов. Вероятно еще одним фактором риска может являться наличие гормонального дисбаланса до аборта. Женщины, у которых наблюдается повышенная уязвимость к

влиянию гормональных изменений на психический статус и настроение (например, женщины с ПМС), могут представлять группу риска для развития постабортных психических нарушений.

Заключение

Итак, несмотря на многочисленные противоречивые исследования, на сегодняшний день невозможно точно установить, в каком количестве случаев после аборта развиваются психические расстройства. Большинство исследователей считают, что аборт не является причиной психических расстройств, признавая их наличие лишь в небольшом проценте случаев. Но существует также немало работ, показывающих значительное влияние аборта на психическое здоровье в различных культурах.

Умеренная точка зрения состоит в том, что аборт может стать толчком к развитию психических расстройств. Существует много точек зрения на факторы риска возникновения постабортных психических нарушений, но основными факторами можно считать: наличие предрасположенности к психическим заболеваниям, конфликтные отношения с партнером/родственниками, низкий социальный и материальный статус. Можно предположить, что резкие гормональные изменения (понижение уровня эстрадиола и прогестерона) после аборта могут играть роль в развитии постабортных психических расстройств (см. схему). Важным фактором риска с эндокринологической точки зрения может быть повышенная уязвимость к влиянию гормональных изменений на психический статус (например, наличие ПМС в анамнезе) и множественные аборты. Взаимосвязь эндокринных и психологических факторов в развитии постабортных психических нарушений должна стать предметом дальнейшего изучения.

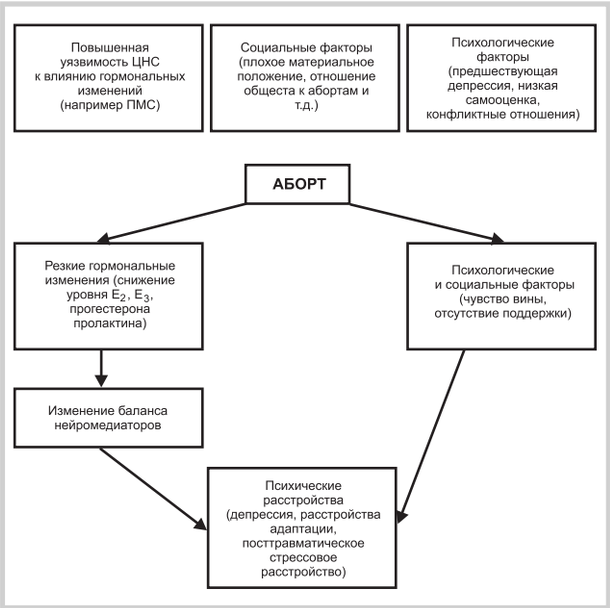

Схема. **Гипотетическая модель развития постабортных психических расстройств.**

ЛИТЕРАТУРА

1. *Белобородов И.* Аборты в России: история, последствия, альтернативы. Демография.ру (по материалам Всероссийской конференции центров защиты материнства 30 сентября —3 октября 2007 г.).
2. *Кочетков Я.А.* Депрессия и гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая система: новые стратегии изучения. Современные проблемы психиатрической эндокринологии. М 2004.
3. *Мурашко Л.Е.* Гормональные изменения после аборта на 7—8 нед беременности. Сов мед 1978;6:75—80.
4. *Петрова Н.Н.* Психологические факторы искусственного прерывания беременности. Вестн Санкт-Петербургского ун-та 2006;11:3.
5. *Розен В.Б.* «Основы эндокринологии». М: МГУ 1994;384.
6. *Adler N.E., David H.P., Major B.N. et al.* Psychological responses after abortion. Science ;248:Issue 4951:41—44.
7. *Broen A.N., Moum T., Bødtker A.S., Ekeberg O.* The course of mental health after miscarriage and induced abortion: a longitudinal, five-year follow-up study. BMC Med 2005;3:18.
8. *Cozzarelli C., Sumer N., Major B.* Mental models of attachment and coping with abortion. J Pers Soc Psychol 1998;74:2:453—467.
9. *Deecher D., Andree T.H., Sloan D., Schechter L.E.* From menarche to menopause: exploring the underlying biology of depression in women experiencing hormonal changes. Psychoneuroendocrinology 2008;33:1:3—17.
10. *Dennis C.L., Ross L.E., Herxheimer A.*Oestrogens and progestins for preventing and treating postpartum depression.Cochrane Database Syst Rev 2008;4:CD001690.
11. *Dhir A., Kulkarni S.K.* Antidepressant-like effect of 17beta-estradiol: involvement of dopaminergic, serotonergic, and (or) sigma-1 receptor systems.Can J Physiol Pharmacol 2008;86:10:726.
12. *Fergusson D.M., Horwood L.J., Ridden E.M.* Abortion in young women and subsequent mental health. J Child Psychol Psychiat 2006;47:1:16—24.
13. *Gissler M., Hemminki E., Lönnqvist J. S*uicides after pregnancy in Finland, 1987—1994: register linkage study". BMJ 1996;313:7070: 1431—1434.
14. *Hardan A., Birmaher B., Williamson D.E. et al.* Prolactin secretion in depressed children. Biol Psychiat 1999;46:506—511.
15. *Major B., Cozzarelli C., Cooper M.L. et al.* Psychological responses of women after first-trimester abortion. Arch Gen Psychiat 2000;57:777—784.
16. *Major B., Richards C., Cooper M.L. et al.* Personal resilience, cognitive appraisals, and coping: an integrative model of adjustment to abortion. J Pers Soc Psychol 1998;74:3:735—752.
17. *Marinho R.M., Soares J.M.Jr., Santiago R.C. et al.* Effects of estradiol on the cognitive function of postmenopausal women. Maturitas 2008;60:3—4:230—234.
18. *Ney P.G., Wickett A.R.* Mental health and abortion: review and analysis. Psychiatr J Univ Ottawa 1989;14:4:506—516.

19. *Pae C.U., Mandelli L., Kim T.S. et al.* Effectiveness of antidepressant treatments in pre-menopausal versus post-menopausal women: A pilot study on differential effects of sex hormones on antidepressant effects. Biomed Pharmacother 2008.
20. *Pedersen W.* Abortion and depression: a population-based longitudinal study of young women. Scand J Public Health 2008;36:4:424—428.
21. Position Statement on Women's Mental Health in Relation to Induced Abortion, by the Royal College of Psychiatrists of the United Kingdom. E-pub
22. *Reardon D.C.* Making Abortion Rare: A Healing Strategy for a Divided Nation. New York 1996.
23. *Reardon D.C., Cougle J.R., Rue V.M. et al.* Psychiatric admissions of low-income women following abortion and childbirth. CMAJ 2003;168:10.
24. *Rue V.* Abortion and Family Relations testimony before the Subcommittee on the Constitution of the US Senate Judiciary Committee, U.S. Senate, 97th Congress. Washington DC 1981.
25. *Rubinov D.R.* Schmidt Menstrual cycle-related and perimenopause-related affective disorders/Psychoneuroendocrinology: the scientific basis of clinical practice. 2003; 245—281.
26. *Russo N.F., Zierk K.L.* Abortion, childbearing, and women. Professional Psychology. Res Practice 1992;23:4:269—280.
27. *Schmiege S., Russo N.F.* Depression and unwanted first pregnancy — longitudinal cohort study. Electronic version. Br Med J 2005;331:7528:1303.
28. *Speckhard A., Rue V.* Postabortion syndrome: an emerging public health concern. J Social Iss1992;48:3:95—119.
29. *Stotland N.L.* The myth of the abortion trauma syndrome. JAMA 1992;268:15:2078—2079.
30. *Taft A.J., Watson L.F.* Depression and termination of pregnancy (induced abortion) in a national cohort of young Australian women: the confounding effect of women's experience of violence. BMC Public Health 2008;8:75.
31. *The C.* Everett Koop Papers: Reproduction and Family Health. A profile by the National Library of Medicine. Accessed February 23, 2008.
32. *Tolmacheva E.A., Chepurnov S.A., Chepurnova N.E. et al.* Absence seizures during pregnancy in WAG/Rij rats. Physiol Behav 2004;81:4:623—627.
33. *Ylikorkala O., Rönnberg L.* Prolactin changes in maternal plasma following termination by vacuum curettage and the effect of bromocriptine treatment on these changes. Br J Obstet Gynaecol 1980;87:10:911—915.