

Психическое здоровье женщин в период беременности в условиях пандемии коронавируса COVID-19: обзор зарубежных исследований

Аникина В.О.

*Санкт-Петербургский государственный университет (ФГБОУ ВО СПбГУ),
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0028-6806>, e-mail: v.anikina@spbu.ru*

Савеньшева С.С.

*Санкт-Петербургский государственный университет (ФГБОУ ВО СПбГУ),
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-7529-1493>, e-mail: owlsveta@mail.ru*

Блох М.Е.

*Санкт-Петербургский государственный университет (ФГБОУ ВО СПбГУ),
Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и репродуктологии имени Д.О. Отта
(ФГБНУ «НИИ АГиР имени Д.О. Отта»), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация
ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-8609-6936>, e-mail: blohme@list.ru*

Статья посвящена обзору современной зарубежной литературы за 2020 год, включающей в себя исследования тревоги, депрессии, стресса и признаков ПТСР у беременных женщин в период пандемии COVID-19. Результаты показывают, что от 35 до 69,6% беременных женщин испытывают умеренную или сильную тревогу, 18,2—36,4% демонстрируют клинически значимые уровни депрессии, около 10,3—16,7% беременных женщин имеют признаки ПТСР. Эти показатели в два раза превышают данные о нарушениях психического здоровья, представленные в литературе на период до пандемии. Наиболее значимым фактором, способствующим ухудшению эмоционального состояния, оказалось наличие расстройств в области психического здоровья до беременности. Другими факторами являются более молодой возраст, более низкий уровень дохода, отсутствие социальной поддержки, а также больший размер семьи женщины. Данные относительно выраженности состояний тревоги, депрессии и стресса по триместрам и после рождения ребенка противоречивы.

Ключевые слова: пандемия коронавируса COVID-19, психическое здоровье, эмоциональное состояние, беременность, тревога, депрессия, стресс, ПТСР.

Финансирование. Исследование выполнено при финансовой поддержке Российского фонда фундаментальных исследований (РФФИ) в рамках научного проекта № 20-04-60386.

Для цитаты: Аникина В.О., Савеньшева С.С., Блох М.Е. Психическое здоровье женщин в период беременности в условиях пандемии коронавируса COVID-19: обзор зарубежных исследований [Электронный ресурс] // Современная зарубежная психология. 2021. Том 10. № 1. С. 70—78. DOI:<https://doi.org/10.17759/jmfp.2021100107>

Women's Mental Health During Pregnancy under the COVID-19 Coronavirus Pandemic: A Review of Foreign Studies

Varvara O. Anikina

*Saint Petersburg State University, Saint Petersburg, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0028-6806>, e-mail: v.anikina@spbu.ru*

Svetlana S. Savenysheva

*Saint Petersburg State University, Saint Petersburg, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7529-1493>, e-mail: owlsveta@mail.ru*

Mariia E. Blokh

*Saint Petersburg State University, Dr D.O. Ott Research Institute of Obstetrics, Gynecology, and Reproduction,
Saint Petersburg, Russia
ORCID: <https://orcid.org/http://orcid.org/0000-0001-8609-6936>, e-mail: blohme@list.ru*

The article is the review of research studies published in 2020 on anxiety, depression and stress of pregnant women during the COVID-19 pandemic. Results show that 35% to 69,6% pregnant women and newly mothers experience moderate-to-strong levels of anxiety, 18,2%-36,4% demonstrate clinically significant symptoms of depression, 10,3—16,7% have symptoms of PTSD. These numbers are twice higher than the prevalence of anxiety, depression and stress presented in pre-pandemic scientific literature. The most significant factor influencing the high levels of anxiety, stress and depression during the pandemic is the presence of these disorders before pregnancy. Other important factors are younger age, lower household income, lack of social support, and bigger family. Data on differences on anxiety, depression and stress between women in different trimesters and postpartum are contradictory.

Keywords: COVID-19, pandemic, mental health, emotional states, pregnancy, anxiety, depression, stress, PTSD.

Funding. The reported study was funded by Russian Foundation for Basic Research (RFBR), project number 20-04-60386.

For citation: Anikina V.O., Savenysheva S.S., Blokh M.E. Women's Mental Health During Pregnancy under the COVID-19 Coronavirus Pandemic: A Review of Foreign Studies. *Sovremennaya zarubezhnaya psikhologiya = Journal of Modern Foreign Psychology*, 2021. Vol. 10, no. 1, pp. 70—78. DOI: <https://doi.org/10.17759/jmfp.2021100107> (In Russ.).

Введение

Эпидемия COVID-19 затронула весь мир, и беременные женщины, будучи уязвимой группой населения, испытывают в этих условиях воздействие огромного количества стресс-факторов — снижение числа плановых дородовых визитов, закрытие родильных домов, самоизоляция, отсутствие физической активности, финансовые проблемы. Помимо этого, многие испытывают страх заражения, как своего собственного, так и своих близких и нерожденного ребенка, страх тератогенного воздействия на плод, а также вертикальной передачи вируса во время родов и грудного вскармливания. Все это может привести к тревоге, депрессии, дистрессу, что, в свою очередь, оказывает влияние на физическое здоровье матери, повышает вероятность осложнений во время беременности, сказывается на характере и исходе родов, а также на дальнейшем взаимодействии с ребенком, его физическом и психическом здоровье и развитии.

Фактором неопределенности, провоцирующим тревогу у беременных, является недостаточность и неоднозначность данных о заболеваемости COVID среди беременных в период пандемии, тератогенного воздействия на плод, а также риска заболевания ребенка в утробе и в момент родов. Изменения в физиологическом функционировании иммунной системы делают женщин более уязвимыми к инфекционным заболеваниям, особенно в отношении поражения кардиореспираторной системы. В систематическом обзоре 24 статей, опубликованных в период с 4 марта по 28 апреля 2020 года и включающих анализ состояния 295 беременных женщин с 211 (71,5%) лабораторно подтвержденными и 84 (28,5%) клинически диагностированными случаями COVID-19, сообщается о частоте тяжелой пневмонии, варьирующей от 0 до 14% [13]. С другой стороны, некоторые данные исследований [2] показывают, что частота инфицирования беременных женщин COVID-19 меньше по сравнению с небеременным населением. Данные по 33 исследованиям с участием 385 беременных женщин, инфициро-

ванных COVID-19, опубликованные весной 2020 года, показывают, что у 95,6% наблюдались легкие симптомы, у 3,6% — тяжелые и 0,8% женщин находились в критическом состоянии [3]. В другом систематическом обзоре по данным на начало 2020 года [9] показано, что по сравнению с SARS и MERS вирус COVID-19 отличается меньшим уровнем смертности среди беременных женщин (0%, 18% и 25% для COVID-19, SARS и MERS соответственно). Согласно данным Центра контроля и профилактики заболеваний (Centers for Disease Control and Prevention) [6], на январь 2021 года смертность среди беременных в США составляла около 0,12% (71 смерть на почти 58 тыс.), в реанимации оказались 17,1% женщин, на ИВЛ — 12%. При этом данные свидетельствуют [9], что в связи с COVID-19 наблюдается большее количество пренатальных осложнений, включая самопроизвольный аборт (2%), преждевременные роды (39%) и задержку внутриутробного развития ребенка (10%) по сравнению с SARS и MERS.

Существуют неоднозначные данные относительно степени уязвимости к вирусу COVID-19 беременных женщин в каждом триместре беременности. Ряд авторов утверждают, что беременные наиболее уязвимы в третьем триместре, когда вирус может спровоцировать преждевременное излитие околоплодных вод, преждевременные роды и дистресс плода [10; 14], и нет никаких доказательств негативного воздействия в течение первого и второго триместров; некоторые авторы считают, что воздействие высокой температуры при лихорадке может оказывать повреждающее воздействие на плод на ранних сроках беременности [8].

Накопленные данные предыдущих научных исследований показывают, что стресс во время беременности вместе с тревогой и депрессией может повышать уязвимость к инфекционным заболеваниям [11], приводить к осложнениям беременности [5], увеличивать риск преждевременных родов [24]. Пренатальный стресс может оказывать негативное влияние на качество взаимодействия матери и ребенка [22], способствовать нарушениям психического здоровья ребенка как после родов, так

и позже, в дошкольные и школьные годы [1]. В связи со всем вышесказанным представляется важным изучение эмоционального состояния беременных и родивших женщин в период пандемии, что позволило бы более фокусно разработать программы профилактики нарушений психического здоровья.

Нами был проведен анализ статей, опубликованных в базах данных Scopus, Web of Science, EBSCO, APA с использованием ключевых слов «pregnancy», «COVID-19», «anxiety», «depression», «stress», «PTSD»; было обнаружено около 50 статей. Для данного обзора были выбраны те, которые представляют данные эмпирических исследований с наибольшими выборками. Проведенный нами анализ исследований эмоционального состояния беременных женщин позволил выделить следующие три группы: 1) изучение тревоги, депрессии и стресса у беременных женщин в сравнении с критическими значениями, существующими в научной литературе; 2) сравнительный анализ характеристик эмоционального состояния у беременных женщин, участвовавших в исследованиях в 2020 году до начала и в период пандемии; 3) сравнение показателей тревоги, депрессии и стресса у беременных женщин в разных триместрах беременности и родивших в период пандемии.

Тревога, депрессия и стресс у беременных женщин в период пандемии

Одно из первых исследований эмоционального состояния беременных женщин в период пандемии было проведено в Италии [21]. Проводилась оценка тревожности при помощи Шкалы ситуативной и личностной тревоги Спилбергера (STAI) и признаков ПТСР при помощи Шкалы оценки влияния травматического события (Impact of Event Scale-R, IES-R). В исследовании приняли участие 100 женщин, 48% — на третьем триместре. Показано, что 68% женщин демонстрируют умеренную и сильную тревогу, а 53% отмечают влияние пандемии как сильное. В другом итальянском исследовании [16] с участием 178 беременных женщин (средний возраст — 33 года, 61% — на втором триместре) клинически значимые показатели тревоги, измеренные при помощи шкалы Спилбергера, были обнаружены у 38,2% женщин; при этом значение медианы по ситуативной тревоге на 12 баллов достоверно выше ($p \leq 0,0001$) значения медианы по личностной тревоге. То есть в период пандемии значимо возросла именно ситуативная тревога.

В исследовании, проведенном в Сингапуре, приняли участие 324 женщины (средний возраст — 31,8 лет, срок гестации — $23,4 \pm 10$ недель). Результаты исследования депрессии, тревоги и стресса при помощи одноименной шкалы (Depression, Anxiety, and Stress Scales (DASS-21)) показали, что у 35,8% женщин наблюдается тревога, у 18,2% — депрессия, у 11,1% — стресс. При этом авторы отмечают, что значения стресса тем выше,

чем больше размер семьи у женщины; а значения тревоги значимо выше в группе женщин, которые связывали COVID-19 с риском развития аномалий плода и внутриутробной смерти [19].

Другим методом для оценки уровня тревоги в научных исследованиях выступает Опросник генерализованного тревожного расстройства (Generalized Anxiety Disorder, GAD-7), он также применялся для оценки уровня тревоги у беременных женщин. В частности, в американском исследовании с участием 788 беременных женщин умеренные симптомы тревоги (баллы от 10 до 14) наблюдались у 21,6% беременных женщин, а 21,7% женщин отметили наличие серьезных симптомов (баллы ≥ 15), то есть около половины выборки испытывают тревогу в период пандемии [18].

Греческие исследователи провели анализ эмоционального состояния, в частности тревоги и депрессии, у беременных во время 6-недельного карантина. В исследовании приняли участие 269 беременных женщин (27,5% старше 35 лет). Результаты оценки уровня тревоги, измеренной при помощи Шкалы Спилбергера, показали, что 27,5% испытывают умеренную и 10% сильную/очень сильную ситуативную и 10,8% — умеренную и 2,2% сильную/очень сильную личностную тревогу. Наиболее выраженной она была у женщин, находящихся на третьем триместре. Показатели ситуативной тревоги оказались значимо связаны с показателями послеродовой депрессии, измеренной при помощи Единбургской шкалы послеродовой депрессии (EPDS), при этом 14,9% выборки демонстрируют признаки сильно выраженной послеродовой депрессии (баллы выше 13). Согласно критическим значениям, представленным в литературе, процент женщин, испытывающих тревогу, в период до пандемии достигал 24,6% в третьем триместре (в среднем — 15,2%), а процент женщин с выраженной послеродовой депрессией составлял 16% [14].

Ряд авторов в своих исследованиях использовали Единбургскую шкалу послеродовой депрессии. При этом с помощью этой шкалы у беременных женщин оценивался риск развития депрессии после родов. Например, результаты исследования, проведенного в Турции с участием 260 беременных женщин (средний возраст $29,6 \pm 3,8$ лет), показали, что 35,4% набрали критическое значение баллов (более 13), что свидетельствует о высоком риске развития депрессии. Эта группа женщин отмечала сильное влияние пандемии, в частности психологической и социальной изоляции, на их эмоциональное состояние. Также, в сравнении с остальной выборкой, в этой группе женщин показатели тревоги и депрессии, измеренные с помощью Шкал тревоги и депрессии Бека (Beck Anxiety Inventory, Beck Depression Inventory), были значимо выше ($p < 0,001$); по социальным характеристикам они отличаются большим количеством детей (2 и более) и значительно меньшее количество из них работают [12].

Эмоциональное состояние беременных женщин до и во время пандемии

Отдельные научные исследования посвящены сравнению выборок беременных женщин, набранных в период пандемии и до ее начала. Это стало возможным благодаря тому, что исследователи на момент начала пандемии уже проводили изучение эмоционального состояния беременных женщин и факторов на него влияющих; это дало им возможность сравнить свои данные с данными, собранными ими же на базе тех же медицинских учреждений до пандемии и после ее начала.

Одним из первых таких исследований является работа, проведенная в Китае [20]. В нем приняли участие 4124 женщины (средний возраст — 30 лет, 14% — старше 35 лет), из них 2839 были участницами исследования до того, как было объявлено о начале пандемии. Исследователи использовали Эдинбургскую шкалу послеродовой депрессии (EPDS), спрашивали женщин о наличии или отсутствии суицидальных мыслей. Результаты показывают, что средний балл по EPDS в группе в период пандемии ниже критического порога в 10 баллов, но выше, чем в группе до объявления пандемии; та же тенденция наблюдается и для субшкал тревоги в шкале EPDS. Более того, наблюдался значимый рост тревоги и депрессии в связи с увеличением количества зафиксированных случаев заболеваний ($p < 0,005$); аналогичные данные получены в ряде других исследований [4; 14]. Более того, этот фактор (информация о росте количества заболевших) значительно увеличивал риск возникновения у беременных женщин мыслей о причинении себе вреда. Исследователи также проанализировали социальные и демографические факторы, которые могут повлиять на то, как беременные женщины преодолевают стресс, связанный с пандемией. Они выяснили, что наибольшему риску развития депрессивных симптомов подвержены женщины моложе 35 лет, с недостаточным весом и уровнем физической активности, первородящие, со средним уровнем дохода, проживающие на площади ≥ 20 м².

Другое исследование было проведено в Канаде и направлено на оценку пренатального стресса, тревоги, депрессии, признаков ПТСР, а также изучалось наличие расстройств в области психического здоровья у беременных женщин. Проводился анализ результатов по двум когортам женщин (средний возраст — $29,27 \pm 4,23$ лет, срок гестации — $24,80 \pm 9,42$ недель), чьи данные были собраны в период до объявления пандемии COVID-19 ($n = 496$) и во время самоизоляции ($n = 1258$) [26]. Результаты показывают, что беременные женщины из когорты COVID-19 сообщали о большем уровне пренатального стресса ($p < 0,001$) по сравнению с беременными женщинами из когорты до COVID-19 даже при контроле фактора возраста женщины, срока гестации, уровня образования и дохода семьи, а также наличия заболеваний в области психического здоровья. Также было выявлено, что по сравнению с группой до начала пандемии у беременных женщин из группы

COVID-19 чаще встречались более тяжелые и клинически значимые симптомы депрессии и тревоги (6,0% и 10,9% соответственно, $p = 0,002$); более высокие уровни негативной аффективности и более низкие уровни позитивной аффективности, больше симптомов ПТСР, в частности диссоциации ($p < 0,001$). При более детальном изучении признаков ПТСР было обнаружено, что в группе COVID-19 наиболее выраженные отличия по сравнению с группой беременных до пандемии наблюдаются в симптомокомплексе «физиологической возбужденности», отражающей более выраженные трудности концентрации внимания, гипертрофированные эмоциональные реакции, повышенную стрессреактивность; при этом показатели симптомокомплексов «вторжение» (отражающих наличие навязчивых мыслей, образов и чувств, связанных с травматической ситуацией) и «избегание» (включающих попытки смягчения и избегания переживаний и мыслей, связанных с травматическим событием) в обеих были группах одинаковы. Post-hoc анализ показал, что кластеры симптомов ПТСР, связанных с депрессией и тревогой (негативное настроение и когнитивные способности, реактивность и возбуждение) увеличились во время пандемии COVID-19; однако, изменение не коснулось симптомов, более специфичных для ПТСР (избегание связанных с травмой стимулов, признаки вторжения). Анализ данных также показал, что наличие расстройства в области психического здоровья является значимым предиктором тревоги, диссоциативных симптомов, изменения настроения; другими факторами являются более молодой возраст, более низкий уровень образования и дохода.

Тревога, депрессия и стресс у беременных и родивших женщин в период пандемии

Ряд исследователей представили результаты оценки характеристик тревоги, депрессии стресса, где участницами выступали не только беременные женщины, находящиеся на разных триместрах беременности, но и родившие в период пандемии. Это позволило сравнить характеристики эмоционального состояния женщин в разных триместрах беременности и в постнатальном периоде. Ниже представлены данные исследований из разных стран с большими объемами выборок.

Одним из наиболее полномасштабных является исследование, проведенное бельгийскими авторами. В нем приняли участие 5866 женщин (2421 беременных и 3445 кормящих грудью). Результаты показали, что 69,5% беременных и 66% кормящих грудью женщин демонстрируют признаки послеродовой депрессии, измеренной при помощи EPDS (баллы выше 10), при этом крайне высокие значения (выше 13 баллов) наблюдаются у 25,3% беременных и 23,6% кормящих грудью женщин. Высокий уровень тревоги по субшкале тревоги в EPDS (баллы выше 5) наблюдается у 42,6% и по шкале GAD-7 (баллы ≥ 10) — у 14% женщин. Этот процент, как отмечают авторы, значимо выше по сравне-

нию со значениями тревоги и депрессии у бельгийских женщин до начала пандемии, представленными в научной литературе [7].

В итальянском исследовании в период пандемии у 575 женщин, из которых 389 беременных (средний возраст $32,9 \pm 4,3$ лет) и 186 женщин в послеродовом периоде ($33,01 \pm 4,19$ лет), изучались характеристики ситуативной и личностной тревожности (Шкала Спилбергера) и послеродовой депрессии (EPDS). Результаты показали, что клинически высокие баллы присущи 64,0% беременных и 57,7% родивших женщин по ситуативной тревоге и 44,0% беременных и 46,2% родивших — по личностной тревоге. Более того, 34,2% беременных и 26,3% родивших имели клинически высокие баллы (более 13) по EPDS. Эти значения гораздо выше представленных в литературе на разных выборках показателей тревоги, встречающейся в 10—15% случаев и 10—22% случаев депрессии. Высокие значения по шкале ПТСР после рождения ребенка были отмечены у 16,7% участниц, и это выше значений, полученных до пандемии, свидетельствующих о наличии признаков ПТСР у 5% женщин (до 18% — в группах высокого риска). Таким образом, выборку беременных женщин в период пандемии можно отнести к группе высокого риска по признакам ПТСР. Также авторы описывают в своей работе, что 31,7% родивших женщин отмечали негативный опыт родов ребенка и у 51,2% беременных были негативные ожидания от процесса родов; в научных данных до пандемии описан негативный опыт родов ребенка примерно в 14% случаев. В качестве факторов, усиливающих тревогу и стресс, как у беременных, так и у родивших женщин, авторы выделяют наличие двух и более нарушений психического здоровья до беременности, отсутствие поддержки со стороны партнера [17].

Еще одно исследование, проведенное в государстве Катар, включило в себя 288 беременных женщин (из них 184 — в третьем триместре и 50 — в послеродовый период) в возрасте 28,6 года и имевших в среднем 2,1 ребенка. Данные показали, что значения тревоги, измеренной при помощи GAD-7 и шкалы депрессии в Опроснике по оценке здоровья пациента (Patient Health Questionnaire, PHQ-9), распределились следующим образом: общая распространенность тревоги и депрессии была обнаружена у 34,4% и 39,2% женщин соответственно. Почти половина группы (46,6%) набрала баллы от 10 до 21, т. е. в диапазоне от умеренной до тяжелой степени. Среди лиц с депрессией (5 и более баллов) 45,1% набрали значения, свидетельствующие об умеренной и тяжелой степени (10—27 баллов). Интересно, что у женщин, имевших университетский уровень образования, значения тревоги и депрессии были значимо выше ($p < 0,002$ и $p < 0,001$ соответственно). Осложнения во время беременности значимо не влияли на эмоциональное состояние. Наиболее высокие показатели тревоги и депрессии были у женщин, участвовавших в исследовании в послеродовый период, по сравнению со всеми тремя триместрами ($p < 0,0001$); различий эмоционального состояния у

женщин, находящихся в разных триместрах, обнаружено не было [25].

В исследовании, проведенном в США, приняла участие 1061 женщина (средний возраст $33,10 \pm 3,77$ лет, 89,9% белого населения, 30,7% — в третьем триместре, 45,8% — после рождения ребенка). Проводилась оценка состояния тревоги, депрессии и признаков ПТСР на объединенной выборке беременных и родивших женщин. Результаты показали, что у 36,4% наблюдались клинически значимые показатели депрессии, у 22,7% — тревоги, у 10,3% выявлены признаки ПТСР; 18,2% женщин демонстрируют тревогу, связанную со здоровьем, от умеренной до сильно выраженной. При этом было обнаружено, что до беременности в изучаемой выборке у 17,5% женщин была диагностирована депрессия, у 24,5% — генерализованная тревога и 4,1% имели диагноз ПТСР. Результаты данного исследования выявили, что депрессия до беременности была значимым предиктором клинически выраженной депрессии на момент проведения исследования ($p < 0,01$); аналогично диагноз ПТСР предсказывал наличие признаков ПТСР в период пандемии ($p < 0,01$). Тревога до беременности и тревога, связанная со здоровьем во время пандемии, являлись значимыми предикторами как тревоги, депрессии ($p < 0,001$), так и выраженных признаков ПТСР ($p < 0,05$) в момент исследования [15].

В научной работе, проведенной в Польше с участием 164 женщин (средний возраст — 31 год, 51% — в третьем триместре и 21,9% — после рождения ребенка), оценка стресса проводилась при помощи шкалы воспринимаемого стресса (Perceived Stress Scale, PSS), а тревога — при помощи шкалы Спилбергера. Данные показали умеренный уровень стресса; среднее значение по шкале личностной тревоги находится в пределах умеренного уровня, а по ситуативной — относится к высокому уровню. В целом равный процент выборки испытывают умеренную и сильную тревогу — по 34,8%. Также результаты исследования свидетельствуют, что показатели личностной тревоги и стресса выше среди тех женщин, которые получали лечение в области психического здоровья (психотерапевтическое или психофармакологическое), а показатели ситуативной тревоги оказались достоверно связаны с наличием у женщины партнера: те, у кого он был, реже испытывали ситуативную тревогу. Также при сравнении уровней тревоги у женщин, находящихся в разных триместрах, было показано, что высокий уровень ситуативной тревоги испытывают женщины в первом триместре (82%), 74% — во втором триместре, и около 50% — в третьем триместре и после рождения ребенка [23].

Обсуждение

Таким образом, данные научных исследований, полученные в разных странах и на больших выборках в 2020 году, свидетельствуют о том, что от 35% до 69,6%

беременных женщин испытывают умеренную и сильную тревогу; клинически значимые уровни тревоги обнаружены у 22,7—34,8% беременных женщин; причем за период пандемии значительно возросли показатели именно ситуативной тревоги, что можно считать адаптивной реакцией на сильный стресс. При этом, если сравнить данные по распространенности тревоги в период пандемии и данные научной литературы, свидетельствующие о выраженности тревоги в 10—15% случаев, то очевидным становится тот факт, что в период пандемии тревога встречается в 2—5 раз чаще, чем обычно. Что касается распространенности депрессивных проявлений во время пандемии, то она клинически выражена, по данным различных исследований, у 18,2—36,4% беременных и родивших женщин, что также в 2 раза выше по сравнению с критическими значениями, представленными в литературе и свидетельствующими о распространенности депрессии в 10—22% случаев. Признаки стресса, включая клинически выраженные симптомы ПТСР, в период пандемии отмечают у себя 10,3—16,7% женщин, и это выше значений, полученных до пандемии, свидетельствующих о наличии признаков ПТСР у 5% женщин (до 18% — в группах высокого риска). Таким образом, при сравнении характеристик тревоги, депрессии, стресса у беременных женщин во время пандемии и до ее начала была обнаружена та же тенденция к ухудшению эмоционального состояния. Наблюдалось усиление этих эмоциональных состояний с увеличением числа выявленных случаев заболеваний у населения [4; 14; 20]. При этом смертность в результате заражения COVID-19 у беременных женщин значительно ниже по сравнению с общей популяцией.

Обобщая результаты представленных научных исследований, можно выделить ряд факторов, способствующих усилению переживаний стресса, тревоги и депрессии. Наиболее значимым фактором является наличие расстройств в области психического здоровья и опыта их лечения до беременности, что значительно усиливает вероятность негативной динамики этих расстройств во время беременности, протекающей в период пандемии. Другими факторами являются более молодой возраст, более низкий уровень дохода, отсутствие социальной поддержки, а также размер семьи женщины — при большем размере семьи/большем количестве других детей наблюдались более высокие показатели тревоги. Уровень образования женщины в разных исследованиях выступал и как дополнительный стресс-фактор [25], и как фактор, способствующий менее выраженным нарушениям эмоционального состояния [26].

Данные относительно выраженности нарушений психического здоровья в период пандемии в связи trimestрами или после рождения ребенка довольно противоречивы. В одном исследовании [25] наиболее высокие показатели тревоги характерны для женщин после рождения ребенка, в другом исследовании [14] наибольшие значения тревоги наблюдаются у женщин

в третьем триместре; польские авторы отмечают большую выраженность тревоги в первом триместре [23].

В качестве ограничений можно отметить разный дизайн исследований и объемы представленных выборок. Также, несмотря на то, что наиболее распространенными методами оценки являются Шкала ситуативной и личностной Спилбергера, Эдинбургская шкала послеродовой депрессии и Опросник генерализованного тревожного расстройства, в ряде исследований используется другие методы, что делает данные, полученные в разных исследованиях, трудно сравнимыми между собой. Более того, в разных культурах могут быть разные критические значения и нормы. Несомненной трудностью является отсутствие лонгитюдных исследований, а также исследований, направленных на выявление взаимосвязи между эмоциональным состоянием женщин, характером взаимодействия с ребенком и показателями его психического развития.

Выводы

На основе обзора научных данных, представленных в зарубежных исследованиях, можно сделать следующие выводы.

1. От трети до двух третей беременных и родивших женщин испытывают тревогу в период пандемии, наиболее значимо возросла ситуативная тревога.
2. Около трети беременных и родивших женщин имеют признаки депрессии, в том числе риска развития послеродовой депрессии, эти значения относятся к категории клинически значимых.
3. Одна десятая часть женщин демонстрирует в период пандемии признаки посттравматического стрессового расстройства, в том числе клинически выраженные.
4. Распространенность тревоги, депрессии, стресса у беременных и родивших женщин во время пандемии в два раза выше степени распространенности этих расстройств, представленной в научной литературе на основании данных, собранных до пандемии.
5. Усиление тревоги, депрессии, стресса у беременных женщин наблюдалось с увеличением количества зарегистрированных случаев заболеваний.
6. Наиболее значимым фактором, способствующим ухудшению эмоционального состояния беременных и родивших женщин, является наличие расстройств в области психического здоровья до беременности. Другими факторами являются более молодой возраст, более низкий уровень дохода, отсутствие социальной поддержки, а также больший размер семьи женщины.
7. Данные относительно выраженности состояний тревоги, депрессии и стресса по триместрам и после рождения ребенка противоречивы.

Необходимо дальнейшее исследование нарушений психического здоровья беременных и родивших женщин в период пандемии с целью более полного понимания особенностей их психологического функцио-

нирования, как в период беременности, так и после рождения ребенка. Отдельное внимание должно уделяться лонгитюдным исследованиям, которые позволят более детально изучить динамику их эмоционального состояния. Важным является соотнесение характеристик тревоги, депрессии, стресса у женщин с их

отношением к ребенку как во время беременности, так и после его рождения, а также влияния эмоционального состояния на характер взаимодействия с ребенком и особенности его психического развития. Данные задачи поставлены в рамках нашего научного исследования.

Литература

1. Савеньшиева С.С. Влияние состояния и отношения к ребенку матери в период беременности на последующее психическое развитие ребенка: анализ зарубежных исследований [Электронный ресурс] // Интернет-журнал «Мир науки». 2018. № 1. URL: <https://mir-nauki.com/PDF/14PSMN118.pdf> (дата обращения: 24.03.2021).
2. A call for action for COVID-19 surveillance and research during pregnancy / P. Buekens [et al.] // *The Lancet Global Health*. 2020. Vol. 8. № 7. 3 p. DOI:10.1016/S2214-109X(20)30206-0
3. A systematic scoping review of COVID-19 during pregnancy and childbirth / F. Elshafeey [et al.] // *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*. 2020. Vol. 150. № 1. P. 47—52. DOI:10.1002/ijgo.13182
4. Anxiety and depression levels among pregnant women with COVID-19 / P. Kotabagi [et al.] // *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2020. Vol. 99. № 7. P. 953—954. DOI:10.1111/aogs.13928
5. Anxiety in early pregnancy: prevalence and contributing factors / C. Rubertsson [et al.] // *Archives of Women's Mental Health*. 2014. Vol. 17. № 3. P. 221—229. DOI:10.1007/s00737-013-0409-0
6. Centres for Disease Control and Prevention. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Data Tracker [Электронный ресурс]. URL: <https://covid.cdc.gov/covid-data-tracker/#pregnant-population> (дата обращения: 20.01.2021).
7. Ceulemans M., Hompes T., Foulon V. Mental health status of pregnant and breastfeeding women during the COVID-19 pandemic: A call for action // *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2020. Vol. 151. № 1. P. 146—147. DOI:10.1002/ijgo.13295
8. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) and pregnancy: a systematic review / Z. Yang [et al.] // *The Journal of Maternal-fetal & Neonatal Medicine*. 2020. Vol. 30. P. 1—4. DOI:10.1080/14767058.2020.1759541
9. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic and pregnancy / P. Dashraath [et al.] // *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2020. Vol. 222. № 6. P. 521—531. DOI:10.1016/j.ajog.2020.03.021
10. COVID-19 and pregnancy — where are we now? A review / A. Rajewska [et al.] // *Journal of Perinatal Medicine*. 2020. Vol. 48. № 5. P. 428—434. DOI:10.1515/jpm-2020-0132
11. Depressive symptoms predict exaggerated inflammatory responses to an in vivo immune challenge among pregnant women / L.M. Christian [et al.] // *Brain, Behavior and Immunity*. 2010. Vol. 24. № 1. P. 49—53. DOI:10.1016/j.bbi.2009.05.055
12. Durankuş F., Aksu E. Effects of the COVID-19 pandemic on anxiety and depressive symptoms in pregnant women: a preliminary study // *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2020. 7 p. DOI:10.1080/14767058.2020.1763946
13. Effect of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on maternal, perinatal and neonatal outcome: systematic review / J. Juan [et al.] // *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*. 2020. Vol. 56. № 1. P. 15—27. DOI:10.1002/uog.22088
14. Impact of the COVID-19 lockdown on antenatal mental health in Greece / T. Dagklis [et al.] // *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2020. Vol. 74. 7 p. DOI:10.1111/pcn.13135
15. Liu C., Erdei C., Mittal L. Risk factors for depression, anxiety, and PTSD symptoms in perinatal women during the COVID-19 Pandemic // *Psychiatry Research*. 2021. Vol. 295. 7 p. DOI:10.1016/j.psychres.2020.113552
16. Mappa I., Distefano F., Rizzo G. Effects of coronavirus 19 pandemic on maternal anxiety during pregnancy: a prospective observational study // *Journal of Perinatal Medicine*. 2020. Vol. 48. № 6. P. 545—550. DOI:10.1515/jpm-2020-0182
17. Molgora S., Accordini M. Motherhood in the Time of Coronavirus: The Impact of the Pandemic Emergency on Expectant and Postpartum Women's Psychological Well-Being // *Frontiers in Psychology*. 2020. Vol. 11. 16 p. DOI:10.3389/fpsyg.2020.567155
18. Pandemic-related pregnancy stress and anxiety among women pregnant during the COVID-19 pandemic / H. Preis [et al.] // *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM*. 2020. Vol. 2. № 3. 3 p. DOI:10.1016/j.ajogmf.2020.100155
19. Perception and Feelings of Antenatal Women during COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Survey [Электронный ресурс] / Q.J. Ng [et al.] // *Annals of the Academy of Medicine Singapore of Medicine*. 2020. Vol. 49. № 8. P. 543—552. URL: <https://www.annals.edu.sg/pdf/49VolNo8Aug2020/V49N8p543.pdf> (дата обращения: 20.01.2021).
20. Perinatal depressive and anxiety symptoms of pregnant women during the coronavirus disease 2019 outbreak in China / Y. Wu [et al.] // *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2020. Vol. 223. № 2. 9 p. DOI:10.1016/j.ajog.2020.05.009
21. Psychological Impact of COVID-19 in pregnant women / G. Saccone [et al.] // *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2020. Vol. 223. № 2. P. 293—295. DOI:10.1016/j.ajog.2020.05.003

22. Spinelli M., Poehlmann J., Bolt D. Predictors of parenting stress trajectories in premature infant-mother dyads // *The Journal of Family Psychology*. 2013. Vol. 27. № 6. P. 873—883. DOI:10.1037/a0034652
23. Stress and Anxiety Levels in Pregnant and Post-Partum Women during the COVID-19 Pandemic / A. Stepowicz [et al.] // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020. Vol. 17. № 24. 9 p. DOI:10.3390/ijerph17249450
24. The effects of maternal depression, anxiety, and perceived stress during pregnancy on preterm birth: A systematic review / A. Staneva [et al.] // *Women Birth*. 2015. Vol. 28. № 3. P. 179—93. DOI:10.1016/j.wombi.2015.02.003
25. The impact of the COVID-19 pandemic on the perinatal mental health of women / T. Farrell [et al.] // *Journal of Perinatal Medicine*. 2020. Vol. 48. № 9. P. 971—976. DOI:10.1515/jpm-2020-0415
26. Uptrend in distress and psychiatric symptomatology in pregnant women during the coronavirus disease 2019 pandemic / N. Berthelot [et al.] // *Acta Obstetrica and Gynecologica Scandinavica*. 2020. Vol. 99. № 7. P. 848—855. DOI:10.1111/aogs.13925

References

1. Savenysheva S.S. Vliyanie sostoyaniya i otnosheniya k rebenku materi v period beremennosti na posleduyushchee psikhicheskoe razvitiye rebenka: analiz zarubezhnykh issledovaniy [Elektronnyi resurs]. *Internet-zhurnal «Mir nauki»*, 2018. № 1. URL: <https://mir-nauki.com/PDF/14PSMN118.pdf> (Accessed 24.03.2021). (In Russ.).
2. Buekens P. et al. A call for action for COVID-19 surveillance and research during pregnancy. *The Lancet Global Health*, 2020. Vol. 8, no. 7, 3 p. DOI:10.1016/S2214-109X(20)30206-0
3. Elshafeey F. et al. A systematic scoping review of COVID-19 during pregnancy and childbirth. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 2020. Vol. 150, no. 1, pp. 47—52. DOI:10.1002/ijgo.13182
4. Kotabagi P. et al. Anxiety and depression levels among pregnant women with COVID-19. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 2020. Vol. 99, no. 7, pp. 953—954. DOI:10.1111/aogs.13928
5. Rubertsson C. et al. Anxiety in early pregnancy: prevalence and contributing factors. *Archives of Women's Mental Health*, 2014. Vol. 17, no. 3, pp. 221—229. DOI:10.1007/s00737-013-0409-0
6. Centres for Disease Control and Prevention. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Data Traker [Elektronnyi resurs]. URL: <https://covid.cdc.gov/covid-data-tracker/#pregnant-population> (Accessed 20.01.2021).
7. Ceulemans M., Hompes T., Foulon V. Mental health status of pregnant and breastfeeding women during the COVID-19 pandemic: A call for action. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2020. Vol. 151, no. 1, pp. 146—147. DOI:10.1002/ijgo.13295
8. Yang Z. et al. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) and pregnancy: a systematic review. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine*, 2020. Vol. 30, pp. 1—4. DOI:10.1080/14767058.2020.1759541
9. Dashraath P. et al. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic and pregnancy. *American journal of obstetrics and gynecology*, 2020. Vol. 222, no. 6, pp. 521—531. DOI:10.1016/j.ajog.2020.03.021
10. Rajewska A. et al. COVID-19 and pregnancy — where are we now? A review. *Journal of Perinatal Medicine*, 2020. Vol. 48, no. 5, pp. 428—434. DOI:10.1515/jpm-2020-0132
11. Christian L.M. et al. Depressive symptoms predict exaggerated inflammatory responses to an in vivo immune challenge among pregnant women. *Brain, Behavior and Immunity*, 2010. Vol. 24, no. 1, pp. 49—53. DOI:10.1016/j.bbi.2009.05.055
12. Durankuş F., Aksu E. Effects of the COVID-19 pandemic on anxiety and depressive symptoms in pregnant women: a preliminary study. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 2020, 7 p. DOI:10.1080/14767058.2020.1763946
13. Juan J. et al. Effect of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on maternal, perinatal and neonatal outcome: systematic review. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 2020. Vol. 56, no. 1, pp. 15—27. DOI:10.1002/uog.22088
14. Dagklis T. et al. Impact of the COVID-19 lockdown on antenatal mental health in Greece. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 2020. Vol. 74, 7 p. DOI:10.1111/pcn.13135
15. Liu C., Erdei C., Mittal L. Risk factors for depression, anxiety, and PTSD symptoms in perinatal women during the COVID-19 Pandemic. *Psychiatry Research*, 2021. Vol. 295, 7 p. DOI:10.1016/j.psychres.2020.113552
16. Mappa I., Distefano F., Rizzo G. Effects of coronavirus 19 pandemic on maternal anxiety during pregnancy: a prospective observational study. *Journal of Perinatal Medicine*, 2020. Vol. 48, no. 6, pp. 545—550. DOI:10.1515/jpm-2020-0182
17. Molgora S., Accordini M. Motherhood in the Time of Coronavirus: The Impact of the Pandemic Emergency on Expectant and Postpartum Women's Psychological Well-Being. *Frontiers in Psychology*, 2020. Vol. 11, 16 p. DOI:10.3389/fpsyg.2020.567155
18. Preis H. et al. Pandemic-related pregnancy stress and anxiety among women pregnant during the COVID-19 pandemic. *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM*, 2020. Vol. 2, no. 3, 3 p. DOI:10.1016/j.ajogmf.2020.100155
19. Ng Q.J. et al. Perception and Feelings of Antenatal Women during COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Survey [Elektronnyi resurs]. *Annals of the Academy of Medicine Singapore of Medicine*, 2020. Vol. 49, no. 8, pp. 543—552. URL: <https://www.annals.edu.sg/pdf/49VolNo8Aug2020/V49N8p543.pdf> (Accessed 20.01.2021).

20. Wu Y. et al. Perinatal depressive and anxiety symptoms of pregnant women during the coronavirus disease 2019 outbreak in China. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2020. Vol. 223, no. 2, 9 p. DOI:10.1016/j.ajog.2020.05.009
21. Saccone G. et al. Psychological Impact of COVID-19 in pregnant women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2020. Vol. 223, no. 2, pp. 293—295. DOI:10.1016/j.ajog.2020.05.003
22. Spinelli M., Poehlmann J., Bolt D. Predictors of parenting stress trajectories in premature infant-mother dyads. *The Journal of Family Psychology*, 2013. Vol. 27, no. 6, pp. 873—883. DOI:10.1037/a0034652
23. Stepowicz A. et al. Stress and Anxiety Levels in Pregnant and Post-Partum Women during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2020. Vol. 17, no. 24, 9 p. DOI:10.3390/ijerph17249450
24. Staneva A. et al. The effects of maternal depression, anxiety, and perceived stress during pregnancy on preterm birth: A systematic review. *Women Birth*, 2015. Vol. 28, no. 3, pp. 179—93. DOI:10.1016/j.wombi.2015.02.003
25. Farrell T. et al. The impact of the COVID-19 pandemic on the perinatal mental health of women. *Journal of Perinatal Medicine*, 2020. Vol. 48, no. 9, pp. 971—976. DOI:10.1515/jpm-2020-0415
26. Berthelot N. et al. Uptrend in distress and psychiatric symptomatology in pregnant women during the coronavirus disease 2019 pandemic. *Acta Obstetrica and Gynecologica Scandinavica*, 2020. Vol. 99, no. 7, pp. 848—855. DOI:10.1111/aogs.13925

Информация об авторах

Аникина Варвара Олеговна, кандидат психологических наук, доцент кафедры психического здоровья и раннего сопровождения детей и родителей, Санкт-Петербургский государственный университет (ФГБОУ ВО СПбГУ), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0028-6806>, e-mail: v.anikina@spbu.ru

Савеньшева Светлана Станиславовна, кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии развития и дифференциальной психологии, Санкт-Петербургский государственный университет (ФГБОУ ВО СПбГУ), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-7529-1493>, e-mail: owlsveta@mail.ru

Блох Мария Евгеньевна, кандидат медицинских наук, старший преподаватель кафедры психического здоровья и раннего сопровождения детей и родителей, Санкт-Петербургский государственный университет (ФГБОУ ВО СПбГУ); психотерапевт, Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и репродуктологии имени Д.О. Отта (ФГБНУ «НИИ АГиР имени Д.О. Отта»), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-8609-6936>, e-mail: blohme@list.ru

Information about the authors

Varvara O. Anikina, PhD in Psychology, Associate Professor, Division of Child and Parent Mental Health and Early Intervention, Saint Petersburg State University, Saint Petersburg, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0028-6806>, e-mail: v.anikina@spbu.ru

Svetlana S. Savenysheva, PhD in Psychology, Associate Professor, Chair of Developmental psychology and differential psychology, Saint Petersburg State University, Saint Petersburg, Russia, ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-7529-1493>, e-mail: owlsveta@mail.ru

Mariia E. Blokh, PhD in Medicine, senior lecturer, Division of Child and Parent Mental Health and Early Intervention, Saint Petersburg State University, psychotherapist, Dr D.O. Ott Research Institute of Obstetrics, Gynecology, and Reproduction, Saint Petersburg, Russia, ORCID: <https://orcid.org/http://orcid.org/0000-0001-8609-6936>, e-mail: blohme@list.ru

Получена 28.01.2021

Принята в печать 10.03.2021

Received 28.01.2021

Accepted 10.03.2021