

Konsekwencje aborcji

KONSEKWENCJE ABORCJI U KOBIET

Witold Simon

Wydrukowano w: *Problemy zdrowia psychicznego kobiet*, red. J. Meder, z serii *Biblioteka Psychiatrii Polskiej*, Kraków 2003, str. 78-96

Wstęp i zarys tła historycznego

Częściej niż tematem dysputy lekarzy i psychologów, częściej niż celem badań naukowych, problematyka aborcji staje się przedmiotem żąartej dyskusji religijno-filozoficznej bądź polityczno-ideologicznej, zaś towarzyszące tym sporom emocje niewątpliwie utrudniają racjonalne i rzeczowe przyjrzenie się konsekwencjom tej procedury.

Silne kontrowersje wokół tego tematu miały miejsce już w starożytności. Platon (427-347 p.n.e.) w swoim "Państwie" próbując określić normy, którymi powinno się kierować społeczeństwo, napisał: "Żeby najlepiej ani jeden owoc takiego stosunku, nie ujrzał światła dziennego, jeżeliby się załął, a gdyby jednak na świat przyszedł jakoś wbrew usiłowaniom, to położyć go gdzieś tak, żeby nie było pożywienia dla takiego." [59] Dopuszczał on możliwość aborcji, przede wszystkim gdy do poczęcia doszło w wyniku kazirodztwa lub gdy matka miała więcej niż 40, a ojciec więcej niż 50 lat. Innego zdania był Hipokrates (460-377 p.n.e.). Bardzo jasno sformułował granice, których lekarz nie powinien przekraczać: "Nikommu, nawet na żądanie, nie dam śmiercionośnej trucizny, ani nikomu nie będę jej doradzał, podobnie też nie dam nigdy niewieście środka poronnego." [31] Było to nowatorskie podejście, wyraźnie określające co jest praktyką lekarską, a co nią już nie jest. Przed Hipokratesem bowiem praca lekarza wiązała się ze świadczeniem usług zgodnych z życzeniem osób, które je opłacały i polegała zarówno na uzdrawianiu jak i na zabijaniu. Nie jest celem niniejszego rozdziału szczegółowe przedstawienie historycznych uwarunkowań stosunku społeczeństwa wobec aborcji. Zainteresowany czytelnik może znaleźć więcej informacji np. u Kisa. [34] Warto jednak wspomnieć, że pierwsze wzmianki o stosowaniu i zalecaniu środków poronnych pochodzą z tekstów chińskich z 2700 roku p.n.e. [2] Patrząc na bliższe nam czasy, jeszcze w wydanym w 1987 roku DSM-III-R [23], wymieniano aborcję jako jeden ze stresorów doprowadzających do Zespołu Stresu Pourazowego. Z następnego opracowania DSM-IV aborcja została wycofana, choć nie przedstawiono żadnych danych naukowych na poparcie tej decyzji.

Skala zjawiska

Tematyka aborcji budzi silne emocje po części dlatego, że nie jest to sporadyczne zjawisko, które można by zmarginalizować. Z danych Światowej Organizacji Zdrowia [71] wynika, że rocznie na świecie dokonywanych jest 53 mln aborcji. Zdaniem Ney'a [52] 70 % Amerykanek dokonało aborcji, a 21 % Amerykanek poddało się więcej niż jednej aborcji [29]. Jeśli idzie o inne nacje: 75 % Rosjanek [11] i blisko 70% Dunek [45] dokonało aborcji. Z danych GUS [28] wynika, że w Polsce, tylko w latach 1974-1991 miało miejsce 2.051.164 aborcji, wobec prawie 11 mln urodzonych dzieci. Patrząc na te liczby wydaje się niezmiernie ważne, by zastanowić się nad różnorodnymi psychiatrycznymi i psychologicznymi konsekwencjami aborcji u kobiet. Tym bardziej, że tematyka ta jest rzadko poruszana w podręcznikach ginekologicznych lub psychiatrycznych.

Przyczyny dla których kobiety poddają się aborcji

Z badań Adler [1] wynika, że 60% aborcji dokonują kobiety poniżej 25 r.ż., 82% ma miejsce u kobiet stanu wolnego - w tym 63% to panny, a 52% aborcji dotyczy pierwszych ciąż. Z kolei Major [43] podaje, że do 89,3 % aborcji dochodzi w wyniku "kompletnie przypadkowych ciąż". Dane te oznaczają, że większość kobiet decydujących się na aborcję, wybiera ją z tzw. wskazań "społecznych", kiedy nie pragną one urodzić poczętego dziecka, gdyż są same, młode lub mają inne plany.

Rzeczywiste czy też ujawniane przez kobiety przyczyny poddania się aborcji mogą być różnorakie. Ney [52] stwierdza, że brak rzeczywistego wsparcia ze strony partnera jest głównym czynnikiem powodującym, że kobieta decyduje się na ten krok. Z analitycznego punktu widzenia można założyć, że nierozwiązane konflikty wewnętrzne i interpersonalne, zarówno te bieżące jak i z przeszłości, projektowane na poczęte dziecko powodują, że kobieta decyduje się na aborcję.

Mechanizmy obronne i wydarzenia wyzwalające

Istnienie Zespołu Poaborcyjnego jest kwestią kontrowersyjną. Warto się przy tym zastanowić, czy jego pojawienie się świadczy o patologii, czy jest raczej prawidłową i naturalną reakcją. Zdaniem Starowicza [68] brak reakcji w postaci żalu po zabiegu jest patologią. Natomiast naturalne jest pojawienie się poczucia winy oraz złości projektowanej na partnera i służbę zdrowia. Oznacza to, że obojętność lub radość po aborcji świadczyć może o głębokim zaburzeniu kobiety. W porównywalnej sytuacji np. trzęsienia ziemi czy powodzi - zespół interwencyjny będzie się bardzo martwić o osobę, która po takim wydarzeniu stwierdzi: "Nic mi nie jest. Jestem wręcz szczęśliwy, że tak się stało."

Niemniej, wiele kobiet deklaruje, że nie doświadcza opisanych poniżej następstw aborcji. Precyzyjniej rzecz ujmując, nie doświadczają ich cały czas, wszystkich na raz i w maksymalnym natężeniu. Wy tłumaczyć to można działaniem silnych mechanizmów obronnych, mających na co dzień zapewnić kobiecie w miarę sprawne funkcjonowanie i spowodować odcięcie się od wewnętrznego zamętu, spowodowanego urazowym doświadczeniem aborcji. Zdaniem Reardona [60] najczęstszym, bo charakterystycznym dla 63% kobiet z doświadczeniem aborcji, jest zaprzeczanie znaczeniu tego wydarzenia lub nawet temu, że miało ono miejsce. Do innych często pojawiających się mechanizmów obronnych należą: racjonalizacja - np. przekonanie, że skoro prawo na coś zezwala, to osoba nie powinna odczuwać jakiegokolwiek dyskomfortu; kompulsywne zajęcia - np. rzucenie się w wir pracy, podróży, seksu, zakupów; projekcja - agresji, poczucia winy i odpowiedzialności na otoczenie, np. partnera, lekarza; zastępcze odreagowywanie - jako próba pomagania innym bez gruntownego rozwiązania własnych problemów; retoryka oraz aktywność religijna i ideologiczna - powtarzające się spowiedzi, modlitwy o uzdrowienie lub rytuały oczyszczające; odrętwienie - przyjmowanie środków nasennych, przeciwdepresyjnych, nadużywanie alkoholu i narkotyków.

Pomimo stosowania mechanizmów obronnych, pojawiają się są takie sytuacje w życiu kobiety, kiedy szczególnie jest ona narażona na doświadczenie niszczących następstw aborcji:

rocznice: poczęcia, aborcji, niedoszłych urodzinach dziecka,

zjawiska typu flashback - retrospektywne przebiegi stanowiące nawrót silnych doznań z przeszłości,

śmierć w rodzinie i inne straty,

kolejne poczęcia,

wejście w fazę prokreacji własnych żyjących dzieci,

urodzenie się wnuków,

widok dzieci w wieku, w którym powinno być to nieurodzone.

Nasilenie objawów i konfliktów Zespołu Poaborcyjnego zależy od wielu czynników, głównie od: czasu trwania ciąży, rodzaju procedury aborcyjnej, liczby i rodzaju wcześniejszych innych strat, skłonności do racjonalizowania i zaprzeczania, zewnętrznych przyczyn aborcji oraz od dostępności pomocy ze strony najbliższych i profesjonalistów.

Konsekwencje aborcji, składające się na Zespół Poaborcyjny, mogą być czworakiego rodzaju: psychologiczne, psychiatryczne, somatyczne i duchowe. W niniejszym rozdziale zostaną omówione trzy pierwsze.

Następstwa psychologiczne

Aborcja może doprowadzić do poważnych następstw psychologicznych, które niszcząco wpływają na obraz własnej osoby oraz na relacje z otoczeniem. Do najpoważniejszych konsekwencji należą:

żałoba patologiczna [24,53] - Żałoba po śmierci lub stracie jest doświadczeniem naturalnym i koniecznym dla dalszego prawidłowego funkcjonowania osoby. W sytuacji prawidłowo przebiegającej żałoby, osoba wraca do aktywnego życia przechodząc przez opisane przez Kubler-Ross [39] fazy: załamanie psychiczne i zaprzeczanie, gniew, negocjowanie, depresja, pogodzenie się. Od żałoby o naturalnym przebiegu żałoba patologiczna, szczególnie w kontekście aborcji, różni się tym, że jej proces jest często przerwany lub nie zapoczątkowany. Istnieją po temu różne powody. Jeden z poważniejszych to psychologiczny proces odczłowieczania dziecka poprzez określanie go skądinąd medycznymi terminami "płód", "zarodek", "tkanka", co niewątpliwie utrudnia odżałowanie i oplakanie straty syna czy córki. Nakłada się na to niemożność przeżycia fizycznego i wzrokowego kontaktu z nieżyjącym dzieckiem, a co za tym idzie brak udziału w ceremonii pogrzebowej. Kolejny utrudniający przeżycie żałoby fakt wiąże się z tym, że kobieta przyczyniła się do tej straty i może przeżywać silną ambiwalencję odnośnie własnej roli w tym wydarzeniu. Ważny wpływ na sposób przeżywania żałoby w wyniku aborcji ma traktowanie tego wydarzenia przez nią oraz otoczenie jako tematu tabu, nie poruszanego z obawy przed potępieniem lub wyśmianiem. Nie należy również zapominać o tym, że niektórzy profesjonaliści nie wiedzą jak postępować z kobietami po tego rodzaju doświadczeniach i zbyt często ograniczają swe działania do przepisania leków nasennych i przeciwdepresyjne. Pozostawić to może kobietę rozdartą, bez osiągnięcia reorientacji, z pozornym tylko pogodzeniem i znikomą adaptacją do nowej sytuacji.

Tymczasem nierozwiązana żałoba może prowadzić do poczucia winy, depresji, depresji poporodowej przy następnym porodzie.[21] Częstym następstwem jest silna złość, szczególnie jeżeli żałoba zatrzymała się na etapie żałoby związanej z gniewem. Nierzadko pojawia się poczucie pogrążenia w chaosie i rozpacz oraz odrętwienie emocjonalne. Kennell [33] opisał cechy niedokończony żałoby po stracie prokreacyjnej: smutek, utrata apetytu, trudności z zaśnięciem, narastająca irytacja, nadmierne natrętne zajmowanie się straconym dzieckiem i czasami silna tęsknota za nim, niezdolność do ponownego zajęcia się normalną aktywnością. Faza dezorganizacji może przeciągać się w czasie i trwać różnie długo.

wina patologiczna - poczucie winy jest naturalnym przeżyciem o biologicznym podłożu. Przeżywanie winy może zapobiec powtarzaniu się tragicznych wydarzeń, prowadzić do pojednania i choć nie jest to łatwe uczucie, jednak może pobudzać osobę do rozwoju. W kontekście aborcji przeżywanie winy łatwo staje się patologiczne na co najmniej cztery sposoby. Wina nie uznana, może zostać nadmiernie zaniżona i w efekcie być źródłem zaburzonych relacji z ludźmi. Stłumiona wina może doprowadzić do problemów psychosomatycznych. Zaakceptowana wina, lecz bez rozpoczętego procesu pojednania - czyli innymi słowy skonfrontowana, lecz nie urealniona wina - przyczynia się do wszechogarniającego smutku, płaczu, pesymizmu, karania samego siebie, depresji, a nawet

samobójstwa. Uznana za ważną, lecz nie wyrażoną, wina może doprowadzić do niszczących i raniących zachowań wobec siebie i otoczenia. Z poczuciem winy patologicznej związana jest nieumiejętność przebaczenia sobie, Bogu, lekarzom, partnerowi, etc.

Według różnych autorów silne poczucie winy występuje u 37% [48] przez 73% [61] do 92% [67] kobiet po aborcji. Warto szczególnie zwrócić uwagę na dane z Japonii [48], gdzie dostęp do aborcji jest bardzo ułatwiony, a religia szintoizmu jej nie potępia. Można więc wysnuć wniosek, że przeżywanie poczucia winy po aborcji nie zależy od stanu prawnego ani od rodzaju wyznawanej religii.

obniżone poczucie własnej wartości - obecne u 81% kobiet po aborcji [67], towarzyszy patologicznemu poczuciu winy. Odpowiada częściowo za wycofanie się jednostki z aktywności, za nierealizowanie zamierzonych celów oraz poczucie porażki życiowej.

zmniejszone poczucie zaufania do samej siebie - doświadcza go 75% kobiet po aborcji [60]. Skutkuje to trudnościami w obdarzeniu zaufaniem różnych osób: partnera, rodziców, personelu medycznego, prawodawców. [45] Pojawia się dojmujące uczucie słabości, bezradności i beznadziei.

poczucie wstydu [58] - dotyczące podjęcia decyzji o aborcji, odcięcie się od przeżywanych emocji doświadcza 92 % [60] kobiet po aborcji. Czasami emocje są bardzo silne, nieoczekiwane i skrajnie zmienne, co przyczynia się do narastania poczucia chaosu w kobiecie. Nierzadko takim stanom towarzyszą koszmary senne oraz zjawisko flashback.

trudności w przeżywaniu i akceptacji własnego ciała - w kontekście zarówno fizjologicznym, jak estetycznym i seksualnym.

zaburzenia sfery seksualnej

promiskuityzm cechuje 30-50% kobiet po aborcji [8,67] można to rozumieć jako próbę znalezienia innego partnera, który być może inaczej niż poprzedni udzieli wsparcia kobiecie. Kobieta kierowana popędem biologicznym oraz przede wszystkim mająca nierozwiązany konflikt wewnętrzny, odtwarza go, angażując się w kolejny związek seksualny, często wybierając równie niewspierającego mężczyznę jak ten poprzedni. Z obserwacji klinicznych wynika, że czasami osoba chcąc się ukarać poprzez przypadkowy seks, naraża się na zarażenie HIV.

oziębłość - rozumiana jako niechęć do współżycia, ból przy stosunku, utrata zdolności do przeżywania satysfakcji seksualnej, odraza, strach, wstręt do mężczyzny.

Doświadcza jej 50-69% kobiet po aborcji. [16,33,67]

rozpad związków - według niektórych autorów [53] dotyczy około 80% par, gdzie kobieta dokonała aborcji. To może wydawać się zaskakujące, szczególnie gdy się weźmie pod uwagę, że wiele kobiet, decyduje się na aborcję chcąc zatrzymać partnera przy sobie. Kobiecie po aborcji trudno jest utworzyć satysfakcjonującą i trwałą więź z mężczyzną. Być może wynika to z poaborcyjnego niższego poczucia własnej wartości, nieufności, opisanych powyżej dysfunkcji seksualnych, nadużywania substancji, większej depresji i wycofywania się z życia towarzyskiego.

odtworzenie wydarzenia - 45% aborcji ma miejsce u kobiet, które już raz to zrobiły. Kobiety z doświadczeniem aborcji mają 4 razy większe prawdopodobieństwo ponownego dokonania aborcji w następnej ciąży, niż te bez aborcji w życiorysie. [69] Wynika to z niższego poczucia wartości, także jako rodzica, mieszanych uczuć co do następnej ciąży i nasilonej aktywności seksualnej kobiet po aborcji. Przy kolejnym poczęciu kobieta ponownie będzie doświadczać konfliktów z poprzedniej ciąży, np.: urodzić czy nie; przyjąć dziecko czy pozostać z partnerem. Powtarzanie aborcji przez kobietę, można rozumieć jako próbę samoukarania się lub jako podświadomą nadzieję, że tym razem zrozumie ona przyczyny tragedii, a ponownie wystawiając się na źródło lęku przezwycięży strach.

stosunek do żyjących dzieci - decyzja kobiety o dokonaniu aborcji ma wpływ także na jej relację z żyjącymi dziećmi. Jeżeli ciąża zakończy się porodem, rodzicom łatwiej jest się związać z następnymi dziećmi i przyjąć je takimi, jakie one są. Jeżeli ma miejsce aborcja, to w następnej ciąży, nawet jeżeli będzie decyzja o urodzeniu dziecka, więź może być naznaczona lękiem, co niewątpliwie może się przenieść na czas po porodzie.

Znane jest określenie "dziecko zastępcze." [13] Takim mianem można określić dziecko, które zostało poczęte i urodzone zanim kobieta rozwiązała konflikty dotyczące wcześniejszego zmarłego dziecka, zwiększa się wtedy prawdopodobieństwo, iż będzie ona projektować na żyjące potomstwo wyobrażone, wyidealizowane cechy nieżyjącego dziecka. Doprowadza to do nieadekwatnego traktowania dzieci i gorszego wiązania się dziecka zastępczego z matką. By móc nawiązać relację z nowym obiektem, tj. kolejnym żywym dzieckiem niezbędne jest domknięcie procesu żałoby oraz rozwiązanie towarzyszących konfliktów. Dopiero to daje szansę na odłączenie się od utraconego obiektu, jakim jest zmarłe dziecko.

Tymczasem rodzice często mają wobec dzieci zastępczych nierealistyczne, zawyżone lub zaniżone, oczekiwania [38,40] Często traktują je w sposób nadopiekuńczy [24,38] Gdy żyjące dziecko zaczyna chorować, matka odczuwa nieadekwatny, przeważnie nadmierny, lęk o jego zdrowie, wiedząc o tym, że w przeszłości straciła już np. jednego potomka. Matka przesadnie dba o zaspokojenie materialnych i fizjologicznych potrzeb dziecka, ale z drugiej strony nie potrafi okazać mu swoich uczuć, jest dla niego emocjonalnie niedostępna. Obie postawy: nadopiekuńczości i nierealistycznych oczekiwań mogą prowadzić do frustracji, kiedy dziecko nie spełnia oczekiwań rodziców. Frustracja może zaś wieść do przemocy słownej i fizycznej lub zaniedbania [9,49]

Z obserwacji Ney'a [49] wynika, że kobieta po doświadczeniu aborcji, będzie w większym stopniu stosowała przemoc wobec swych żyjących dzieci, niż ta, która nigdy aborcji nie miała. 64,75% kobiet z doświadczeniem aborcji stosuje bardzo nasiloną przemoc wobec swego dziecka, podczas gdy spośród kobiet bez tej traumy tylko 35,25%. Przemoc tę można tłumaczyć zmniejszonym mechanizmem kontroli agresji własnej rodzica [53,61] oraz osłabieniem więzi matki z dzieckiem. Lieh-Mak [42] badała korelacje pomiędzy nieszczęśliwym dzieciństwem (rozumianym między innymi jako brak wsparcia, bezpieczeństwa, afirmacji i akceptacji) a decyzją o przerwaniu ciąży. Wśród osób, które podjęły decyzję o aborcji nieszczęśliwe dzieciństwo występowało u 20% badanych. Spośród tych, którzy nigdy na aborcję się nie zdecydowali tylko u 5%. Pojawienie się przemocy i zaniedbania na skutek wcześniejszej aborcji można prześledzić na następujących przykładach: Złość, smutek, lęk itp. są częstsze u kobiet po aborcji niż u tych, które jej nie doświadczyły. Reakcja smutku jest najbardziej skorelowana z zaniedbywaniem emocjonalnym przez kobietę jej żyjących dzieci. Złość doświadczana przez kobietę koreluje z przemocą słowną wobec kolejnych dzieci, na równi z przemocą fizyczną, natomiast lęk z zaniedbaniem fizycznym [49].

Im więcej strat ciąży doświadczy kobieta, tym więcej dolegliwości somatycznych zgłasza. Zły stan zdrowia matki może sprzyjać zaniedbaniu dzieci, które są pod jej opieką [49].

Depresja poporodowa, często spotęgowana przez wcześniejszą aborcję, doprowadza do gorszej więzi matki z dzieckiem, więzi opartej na lęku. Może to doprowadzić do zaniedbania dziecka oraz przemocy wynikającej z niespełnienia przez dziecko nierealistycznych oczekiwań rodziców.

Stany depresyjne występujące u matki po dokonaniu aborcji mogą powodować, że żyjące dzieci będą sobie przypisywać winę za złe samopoczucie matki. To zaś może przyczynić się do ich samokarania się lub wycofywania się ze spontanicznej z nią relacji.

Kobieta po dokonaniu aborcji przeżywa skomplikowaną żałobę po stracie, co czyni ją mniej świadomą potrzeb swoich dzieci i mniej zdolną, aby je adekwatnie zaspokajać.

Dokonanie aborcji powoduje rzadsze dotykanie dziecka oraz szybszą rezygnację z karmienia

piersią, co prowadzi do zaniedbania potrzeb fizjologicznych oraz potrzeby kontaktu fizycznego żyjącego potomstwa z matką.

Odcięcie się od uczuć złości, winy i bólu po aborcji, powoduje zahamowanie asertywności własnej oraz hamuje asertywność dzieci, co czyni je łatwymi ofiarami przemocy.

W wyniku przyczynienia się do śmierci dziecka, dochodzi do osłabienia instynktownego mechanizmu kontrolującego własną agresję, i nawet nadmierna nieustanna kontrola swego gniewu czasem nie zdoła powstrzymać rodziców od wybuchu złości, co może mieć dla dziecka nawet skutki śmiertelne.

Kobieta po aborcji czuje wiele złości wobec mężczyzn. Gdyby partner był dojrzały i udzielił jej wsparcia akceptując zaistniałą ciążę, prawdopodobnie nie zabiłaby swego dziecka. Kobieta wyraża również podświadomą złość w stosunku do rodziców, szczególnie jeżeli zaniedbywali ją, odrzucali lub stosowali przemoc w dzieciństwie. Agresja wynikająca z tej podświadomej złości jest często kierowana na dzieci nienarodzone i te już urodzone.

Z kolei to jak doświadczenie przemocy we wczesnym okresie życia kobiety wiąże się z późniejszymi decyzjami aborcyjnymi można zauważyć w następujących sytuacjach:

Kobiety, które w dzieciństwie doświadczyły przemocy seksualnej z większym prawdopodobieństwem niż pozostałe są skłonne dokonać aborcji w trudnej sytuacji [9].

Kobiety, które doświadczyły przemocy seksualnej mogą chcieć dokonać aborcji, by odzyskać kontrolę nad swym ciałem ("To moje ciało, nic mu do tego").

Osoba zaniedbana i doświadczona przemocą w dzieciństwie, chce przed tym samym ustrzec swe dzieci, co w dużej mierze może wpłynąć na decyzję za aborcją.

Agresja i poczucie skrzywdzenia wynikające z doznanego zaniedbania czy przemocy ze strony własnych rodziców, są przenoszone na dziecko nienarodzone, czyni się z niego kozła ofiarnego, co może doprowadzić do aborcji.

Kobiety dokonują projekcji wobec nienarodzonych dzieci, widzą w nich cechy seksualnych partnerów "Nie chcę, by był zły jak on."

Na podjęcie decyzji o aborcji może też mieć znaczący wpływ doświadczenie wcześniejszego zaniedbania:

Osoba opuszczona i zaniedbana przez rodziców w dzieciństwie, przeżywa lęk przed odrzuceniem ze strony partnera i często sama odchodzi lub straszy opuszczeniem, jeżeli nie otrzyma zgody na aborcję.

Odczuwając brak zabawy w dzieciństwie, kobieta lub mężczyzna przejawia chęć zabawy za wszelką cenę, np. poprzez podróże i odrzuca rolę rodzica, co może doprowadzić do aborcji dziecka, które stało się przeszkodą na drodze do zaspokojenia zaniedbanych potrzeb.

Zaniedbanie emocjonalno-intelektualne powoduje gorszy rozwój intelektualny oraz bardziej pesymistyczne spojrzenie w przyszłość, stąd większe prawdopodobieństwo aborcji z tzw. przyczyn społecznych.

Wszystko to może prowadzić do gorszego wiązania się emocjonalnego i fizycznego z żyjącymi dziećmi. [20] Można to zaobserwować u kobiet, którym trudno przytulać nowonarodzone dzieci, które wykorzystują pierwszą okazję do odstawienia noworodka od piersi. Nie dziwią w tym kontekście wyniki badań Wallersteina [70], który stwierdził u 50% osób z doświadczeniem aborcji poczucie bycia złym rodzicem. Osoby, które na co dzień są przekonane o swej dysfunkcyjności, mogą dokonywać takich wyborów życiowych, że dochodzi niejako do potwierdzenia ich przekonania o samych sobie.

Istotna dla zrozumienia mechanizmów psychopatologicznych wydaje się analiza odczuć i konfliktów kobiety, która nie tylko w pewnym momencie swego życia zdecydowała się na aborcję, ale także pochodzi z rodziny, gdzie aborcja miała miejsce. Zjawisko to jest opisane poniżej, przy okazji analizy konsekwencji jakie bezpośrednio ponoszą dzieci urodzone w rodzinie, gdzie miała miejsce aborcja.

Następstwa psychiatryczne

Zdaniem Babikiana [5] choroby psychiczne są przeciwwskazaniem do aborcji. Aborcja zaostrza bowiem przebieg wcześniejszej choroby psychicznej, zarówno schizofrenii, depresji jak i zaburzeń nerwicowych. Częstszej opieki psychiatrycznej wymagają też kobiety po aborcji niż te, które jej nie doświadczyły. Jak wynika z badań Davida [22] kobiety samotne po aborcji (a takie kobiety właśnie, jak pokazano powyżej, najczęściej ją wybierają) 3,7 razy częściej niż po porodzie trafiają na oddziały psychiatryczne. Na częstsze przyjęcie do szpitala psychiatrycznego szczególnie narażone są nastolatki, kobiety po rozwodach i wdowy oraz te z więcej niż 1 aborcją [22,66]. Przyjęcia do szpitala psychiatrycznego wzrastają wraz z liczbą aborcji: bez aborcji - 1,9%, 1 aborcja - 3,4%, 2 aborcje - 4%, 3 aborcje - 6,9%. [66] Nie obserwuje się podobnego zjawiska w przypadku wzrostu liczby urodzonych dzieci. Z 5-letniego retrospektywnego badania [6] wynika, że 25% kobiet po aborcji leczy się psychiatrycznie ambulatoryjnie - w porównaniu z 3% ogólnej populacji. W tym kontekście warto rozważyć psychiatryczne następstwa aborcji:

depresja - według niektórych autorów obecna u 3/4 kobiet po aborcji [40,60,52]. Kobiety, które abortowały pierwszą ciążę, mają o 138% większe prawdopodobieństwo zapadnięcia na depresję w porównaniu z tymi, które urodziły. [60] Depresja może doprowadzić do wycofania się z ról społecznych, myśli i czynów samobójczych. Pojawia się niekiedy patologiczna identyfikacja ze zmarłym dzieckiem, znaczna ambiwalencja wobec niego oraz nieświadomy gniew. W kontekście strat prokreacyjnych, stany depresyjne nierzadko zbyt szybko są leczone farmakologicznie, co powoduje, że kobiety nie uczą się radzenia sobie z trudną sytuacją, a ich organizm przyzwyczaja się do zewnętrznego źródła emocji. Depresja może spowodować załamanie się układu immunologicznego, co zwiększa prawdopodobieństwo infekcji oraz nowotworów. Po aborcji częściej występuje depresja poporodowa oraz trudności w emocjonalnym i fizycznym wiązaniu się z dziećmi w kolejnych ciążach [20,35]

lęk [14,52] - różnie opisywany, jako lęk przed podjęciem funkcji rodzicielskich, lęk wolnoplłynący, lęk napadowy, lęk przed nadciągającą katastrofą. Różnego rodzaju reakcje nerwicowe - występują u 44% [4] do 98% kobiet po aborcji [36] Kobiety, które usunęły ciążę, przeżywają strach przed kolejną, obawiając się kolejnych trudności i niepowodzeń. Pojawić się mogą: nadmierna nieśmiałość, potrzeba ciągłego upewniania się, znaczne napięcie i niezdolność do relaksu. Przyczynia się to do powstania lękowych więzi z partnerem i dziećmi. zaburzony sen [53,51] - występuje u 36% [4] do 58 % [60] kobiet po aborcji. Przejawia się w bezsenności, trudnościach z zasypianiem, płytkim śnie. W koszmarach sennych kobiety słyszą w nich krzyk dziecka lub widzą je, wybudzają się lub boją się zasnąć, śpią płytko i w efekcie cierpią na bezsenność. Często proszą lekarzy o coraz większe dawki lub nowe środki nasenne. Niektóre z nich skracają fazę snu REM odpowiedzialną między innymi za powstawanie marzeń sennych. Jest to niekorzystne, ponieważ marzenia senne stanowią cenne źródło informacji przekazywanych przez podświadomość.

tendencje autodestrukcyjne - przejawiają się np. poprzez szybką jazdę samochodem, używanie narkotyków, agresję wobec własnego ciała.

gorsza pamięć [61] - czasami osiagająca skalę amnezji dysocjacyjnej, może być rozumiana jako dążenie do nie pamiętania trudnych wydarzeń.

choroby psychosomatyczne [16,33,52] - liczne doniesienia sugerują, że w wyniku aborcji kobiety mogą cierpieć na następujące ich rodzaje: anoreksja - często rozumiana jako zagłodzenie się na śmierć w ramach wymierzonej sobie kary za aborcję, bulimia, (oba rodzaje zaburzeń jedzenia obecne u 39% kobiet po aborcji) [60,67] astma, reumatoidalne zapalenie stawów [16, 52, 54, 67] W rocznice aborcji często odczuwane są, bez przyczyn organicznych, bóle piersi, miednicy i brzucha.

Istnieją doniesienia łączące aborcję z pojawieniem się objawów schizofrenii, zaburzeń afektywnych dwubiegunowych i zespołu natręctw. [4, 35]

samobójstwo - można rozumieć jako próbę abortowania siebie [5], jako próbę ukarania siebie w sytuacji nierozwiązanej patologicznej winy, czasami jako przejaw bardzo silnego popędu podążenia za dzieckiem. Tendencje samobójcze w ciągu 5 lat po aborcji przejawia 56-65% kobiet [67,60], faktycznych prób dokonuje 28-31%, 18% podjęło próby samobójcze więcej niż raz, często wiele lat po dokonaniu aborcji. Porównując aborcję z porodem i poronieniem, po aborcji samobójstwa mają miejsce 5,8 razy częściej niż po porodzie, oraz 1,9 razy częściej niż po poronieniu [26]. Z badań Hilgersa [30] skupionych na związku aborcji i samobójstwa wynika, że kobiety w ciąży, w tym i te nie radzące sobie z kryzysem przez nią wywołanym, są znacząco statystycznie mniej skłonne dokonać samobójstwa niż kobiety, które nie są w ciąży. Może to prowadzić do konkluzji, że ciąża i urodzenie dziecka zmniejsza ryzyko samobójstwa. [3]

uzależnienia - różnego rodzaju zdarzają się 5 razy częściej u kobiet po aborcji niż po porodzie oraz 4 razy częściej po aborcji niż po poronieniu [94]. Jeśli idzie o alkohol, to 53-61% kobiet po aborcji ma problemy z nadużywaniem tej substancji. Aborcja, po której następuje uzależnienie od alkoholu, sprzyja przemocy, rozpadom związków, wypadkom samochodowym i utracie pracy. [67] Uzależnienie od nikotynizmu stwierdza się 2 razy częściej po aborcji niż w populacji kobiet bez tego doświadczenia. [47]. Kobiety po aborcji są także bardziej skłonne do palenia w trakcie następnej ciąży, co zwiększa ryzyko śmierci okołoporodowej lub malformacji [44]. Lekomanie, a szczególnie uzależnienie od benzodiazepin ze względu na ich działanie nasenne i uspokajające, stwierdza się u 30% kobiet po aborcji [32]. Z doniesień kazuistycznych [55] wynika rozpoczęcie uzależnienia od narkotyków po dokonanej aborcji.

Następstwa somatyczne

Następstwa somatyczne są rozległe, a ich szczegółowe omawianie nie jest przedmiotem tej pracy. Należy jednakże pamiętać, że każdy problem somatyczny posiada jednocześnie komponentę psychiczną, która może w znacznym stopniu dezorganizować funkcjonowanie.

W wyniku aborcji pojawiają się następujące konsekwencje dotyczące przebiegu następnych ciąży: poronienia 22 % [19], porody przedwczesne [57], niskie wagi urodzonych dzieci, wady wrodzone noworodków, ciąża pozamaciczne, odklejenie łożyska, zatrzymanie łożyska, a czasami bezpłodność. Rozpatrując następstwa dotyczące dróg rodnych należy wspomnieć o: pęknięciu szyjki, zarośnięciu jamy macicy (zespół Aschermana), perforacji macicy, nowotworach szyjki i jajnika. Częste są infekcje bakteryjne o różnym nasileniu aż do zapalenia otrzewnej, mają one miejsce u 49% kobiet z doświadczeniem aborcji [65]

Szczególną uwagę pośród następstw somatycznych zwraca 30% wzrost ryzyka zachorowalności na raka piersi po dokonaniu aborcji. Liczba ta jest wynikiem meta-analizy 33 światowych badań dotyczących medycznych następstw aborcji [15]. Z innych następstw somatycznych należy przede wszystkim pamiętać o: wzmożonym narażeniu na konflikt Rh oraz o gorszym przechodzeniu klimakterium.

Śmiertelność w wyniku aborcji wynosi według danych WHO [71] 50-100 tys. rocznie na świecie, czyli pomiędzy 0,09% a 0,2% aborcji kończy się śmiercią. Najczęstszą przyczynę śmierci jest Zespół Wewnątrzmaczyniowego Wykrzepiania.

Generalnie, po dokonaniu aborcji słabnie ogólny stan zdrowia kobiety [10,52]. Ze wszystkich rodzajów ciąży, ta która kończy się aborcją ma najbardziej negatywny wpływ na zdrowie matki. Kobiety po aborcji o wiele częściej odwiedzają lekarza niż te, które aborcji nie doświadczyły [53]. Różnego rodzaju zabiegów ginekologicznych kobiety po aborcji

potrzebują 4 razy częściej niż te, które jej nie doświadczyły [25].

Konsekwencje aborcji u dzieci, mężczyzn i personelu medycznego

Należy zaznaczyć, że nie tylko kobieta doświadcza następstw wynikających z aborcji. Jak opisano powyżej, aborcja wywiera znaczący wpływ na stosunek kobiety wobec jej żyjących dzieci. Te z kolei mogą doświadczać objawów i konfliktów opisanych jako Zespół Osoby Ocalonej od/po Aborcji. Ney opisał kilka jego rodzajów [50], występujących w sytuacji gdy: osoba przeżyła próbę dokonania na niej aborcji,

osoba będąca w ciąży bliźniaczej przeżyła aborcję swego bliźniaka,

matka osoby, która się urodziła dokonała aborcji przed lub po jej urodzeniu,

osoba urodziła się w kraju o statystycznie wysokim prawdopodobieństwie aborcji, np. w Chinach,

mimo zaplanowania nie doszło do aborcji osoby, np. z powodów finansowych.

Mimo że nie w każdym przypadku zdarzyła się aborcja, jednak wszędzie mamy do czynienia z jakąś formą odrzucenia dziecka, groźbą unicestwienia przed urodzeniem lub podważeniem sensu istnienia. Osoba ocalona została skazana na działanie sił, które kompletnie poza nią decydowały o jej życiu lub śmierci. Dziecko urodzone po wcześniejszej stracie prokreacyjnej obciążone jest, jak pisano powyżej, ryzykiem bycia dzieckiem zastępczym. Jego dzieciństwo może być naznaczone lękiem i depresją ze strony rodziców, ich nierealistycznymi oczekiwaniami i fantazjami związanymi z niedokończoną żalobą. Dziecko takie może za wszelką cenę, z podświadomej obawy przed radykalnym odrzuceniem, chcieć zadowolić rodziców, często kosztem niespełnienia własnych talentów.

Późniejsze symptomy i konflikty [18,38,52] takiego dziecka to przede wszystkim: zaburzona tożsamość własnej osoby - w tym niepewność co do własnej seksualności i nierealistyczna ocena własnych możliwości, wynikająca częściowo z mieszanych komunikatów ze strony rodziców, powodujących w niej zamęt i wiele wątpliwości na własny temat, co czyni ją podatną na przemoc słowną;

lęk - przede wszystkim podstawowy lęk przed odrzuceniem, przejawiający się głównie poprzez koszmary senne, których częstym motywem jest nadciągająca katastrofa, także poprzez ograniczoną lękiem eksplorację otoczenia i obawę przed wyrażaniem swoich myśli i uczuć.

Do pozostałych konfliktów osoby ocalonej należą: pesymizm, nieufność wobec rodziców i lekarzy, agresja wobec otoczenia, nieumiejętność udzielania pomocy innym, słabe związki z innymi i trudności w wyrażaniu empatii; silne tendencje autodestrukcyjne, trudności w dotrzymywaniu zobowiązań, tendencje do odwlekania, zmniejszone poczucie bezpieczeństwa i własnej wartości, co częściowo tłumaczy zwiększającą się liczbę samobójstw wśród nastolatków. Uciekając od zamętu wewnętrznego dzieci ocalone często wybierają świat marzeń, fantazji lub apatię jako bezpieczniejsze lub atrakcyjniejsze niż rzeczywistość. Nierzadko ten świat jest oparty na alkoholu, środkach uspokajających, grach komputerowych, narkotykach.

Czasami dzieci wierzą, że są częściowo odpowiedzialne za śmierć spowodowaną aborcją rodzeństwa. Może pojawić się u żyjącego dziecka silne poczucie winy za fakt, że żyje i odczucie jakby życia za brata czy siostrę, a co za tym idzie przekonanie, że nie zasługuje ona na to by się cieszyć życiem oraz poczucie winy, za nie realizowanie własnych talentów. Jest to szczególnie obciążające, gdy dziecko rodzi się koło niedoszłych rocznicy urodzin poprzedniego martwego brata lub siostry.

Podczas zbierania wywiadu od kobiety, a później w trakcie terapii, szczególnie istotne jest więc zdanie sobie sprawy, że może ona przeżywać konflikty związane nie tylko z doświadczeniem aborcji własnych dzieci, lecz także z faktem urodzenia się w rodzinie, gdzie

jej rodzeństwo było abortowane. Jest wtedy ona bardzo podatna na odtwarzanie traumatycznych konfliktów w swoim dorosłym życiu. Osoby pochodzące z takich rodzin, faktycznie często same decydują się na aborcję. Po części wynika to z ich słabszej integracji fizycznej. Ich rodzice rzadziej ich dotykali, przytulali, matki krócej karmiły piersią. Wstydzić się będą więc swego ciała i jego seksualności. Nie chcąc mieć dzieci wybierają aborcję lub zachowania homoseksualne.

Jeśli idzie o mężczyzn, to Gordon [27] sugeruje, że aborcja jest przeżyciem traumatycznym także dla wielu z nich. Prawo, które zezwala kobietom wybrać aborcję a pozbawia mężczyzn decydowania o przyszłości swych poczętych dzieci wywołuje w nich podświadomą agresję i złość. W tej sytuacji mężczyzna nie pozwoli sobie związać się z dzieckiem, a także nie będzie wspierał kobiety, która wtedy jest bardziej skłonna dokonać aborcji. Doświadczają oni wtedy lęku, bezsilności, poczucia winy, rozżalenia i wewnętrznego zamieszania - czyli symptomów podobnych jak u kobiet po aborcji, za wyjątkiem objawów somatycznych [12]. Ponadto mężczyźni odczuwają olbrzymią frustrację tracąc poczucie męskości, gdyż nie zdołali ochronić swej rodziny i swego dziecka w sytuacji trudnej, kryzysowej. Obawa, że każde współżycie doprowadzić może do poczęcia oraz jeszcze jednego koszmaru podejmowania decyzji, może przyczynić się do powstania impotencji. Z drugiej strony, ojcowie po aborcji swych dzieci często nie pozwalają sobie na przeżywanie żalu, złości i rozpacz w obawie o bycie uznanym za nienormalnych. Dopiero po latach, gdy mężczyzna chciałby przekazać komuś swoje doświadczenia życiowe i wartości, zaczyna odczuwać brak dziecka. [37] Aborcja jest dla mężczyzny szczególnie traumatycznym doświadczeniem, jeżeli chciał on, by dziecko się urodziło.

Istnieją doniesienia opisujące problemy psychologiczne personelu medycznego asystującego przy aborcji: ginekologów, pielęgniarek, psychologów i psychiatrów. Wśród konsekwencji wymienia się: przygnębienie, zdenerwowanie, używki, agresję, cynizm w stosunku do pacjentów, brak szacunku dla swojej pracy i siebie, frustrację, kryzys identyfikacji jako lekarza lub położnej. [46,51] Rozpatrując więc zdrowie psychiczne kobiet pracujących w tych zawodach należy wziąć pod uwagę także ich doświadczenia zawodowe i związane z nimi konflikty wewnętrzne.

Dynamika konsekwencji aborcji w zestawieniu z Zespołem Stresu Pourazowego

Na aborcję i jej konsekwencje można spojrzeć na dwa sposoby. W ujęciu analitycznym, można rozpatrywać ją jako efekt pewnych nierozwiązanych konfliktów wewnętrznych, które następnie są projektowane na poczęte dziecko. W konwencji stresu, można rozpatrzeć dynamikę następstw aborcji w zestawieniu z Zespołem Stresu Pourazowego (PTSD). Z danych Barnard [7] wynika, że u 19% kobiet po aborcji może się rozwinąć PTSD. Ok. 50% doświadczała wielu, choć nie wszystkich, objawów PTSD, a u 20-40% poziom natężenia stresu i nasilenie zachowań unikających były od umiarkowanego do wysokiego.

Zestawiając dynamikę Zespołu Poaborcyjnego z PTSD, należy poczynić dwie uwagi. Po pierwsze, Zespół Poaborcyjny wpisuje się w ten rodzaj PTSD, który jest związany z bezpośrednim działaniem człowieka (wojny, egzekucje, zamachy, obozy koncentracyjne, porwania itp.). Jak wiadomo osoba poddana działaniom takich bodźców będzie bardziej zaburzona niż w sytuacji, gdy bodźce związane są z naturą (trzęsienia ziemi, powódzie, wybuchy wulkanów, epidemie itp.). Po drugie w porównaniu z innymi rodzajami PTSD, to właśnie w przypadku aborcji osoba przyczynia się w nieporównywalnie większym stopniu do późniejszych następstw. Może to oznaczać, że poziom objawów podczas poszczególnych etapów PTSD będzie jeszcze bardziej nasilony.

Poniższy schemat pokazuje dynamikę konsekwencji aborcji. Po wydarzeniu jakim jest aborcja, pojawiają się u osoby liczne reminiscencje w postaci powtarzających się myśli i

wyobrażeń nt. zdarzenia. Często jeżeli są one uporczywe i nieprzyjemne, osoba stara się je wyprzeć, ale tematyka aborcji powraca w koszmarach sennych. Występuje wtedy projektowanie na otoczenie złości oraz przekonanie o zagrożeniu gwałtowną śmiercią. Te dwa zjawiska są powiązane z napadami paniki, nadmierną łatwą drażliwością, wybuchami gniewu i wściekłości. W wyniku rozlicznych reakcji wyzwających, głównie sytuacji rocznicowych oraz zjawisk typu flashback, bodziec przed którym osoba starała się uciec przebija się i pojawia się, przeważnie niespodziewanie, ból psychiczny. Polega on głównie na poczuciu bezradności, poczuciu utraty kontroli nad własnym życiem. Jednocześnie mogą się nagle pojawiać silne emocje, bez jasnego, dla osoby je przeżywającej, powiązania z faktami. Jest to tak trudne do zniesienia, że osoba stara się na różne sposoby uniknąć wspomnień związanych z aborcją oraz informacji na jej temat. Może to z jednej strony doprowadzić do silnych nieadekwatnych reakcji emocjonalnych, z drugiej do stłumienia emocji, odrętwienia, anhedonii, zaburzeń pamięci po amnezję dysocjacyjną włącznie. W efekcie osoba odcina się od otoczenia i coraz mniej aktywności sprawia jej przyjemność. Z drugiej strony kobieta przeżywa wybuchy agresji do partnera, napady paniki i silną niechęć do seksu. U niektórych osób, szczególnie tych, które doświadczyły wielu aborcji, może po latach dojść do trwałej zmiany osobowości.

Krytyka krytyki Zespołu Poaborcyjnego

Powstało wiele prac [1,43,62], których autorzy podważają istnienie Zespołu Poaborcyjnego lub nawet twierdzą, że aborcja jest korzystnym wydarzeniem dla kobiety. W badaniach tych da się jednak dostrzec wiele błędów metodologicznych. Przede wszystkim, zdecydowana większość autorów badała kobiety jedynie w okresie od 2 godzin, czasami kilku tygodni, do 6 miesięcy po aborcji, bez uwzględnienia reakcji rocznicowych. Tymczasem sytuacje rocznicowe w znacznym stopniu przyczyniają się do pogorszenia stanu psychicznego kobiety po aborcji. Kolejnym błędem metodologicznym jest tendencyjna terminologia. W rozdawanych kwestionariuszach używano terminów: "płód", zamiast dziecko - co prowadzi do odczłowieczenia utraconego dziecka, a poprzez to sprzyja przerwaniu procesu żałoby i jego patologizacji; oraz "terapeutyczna aborcja" - sugerując badanej osobie, że wydarzenie miało charakter leczniczy, co niewątpliwie wpływa na rodzaj udzielanych odpowiedzi. Zdaniem niektórych autorów [1,41,43], 64-78% kobiet po aborcji odczuwa ulgę, zadowolenie, poczucie kontroli nad życiem. Autorzy owi postulują więc, że aborcji nie należy traktować jako znaczącej straty. W badaniach tych oprócz braku uwzględnienia reakcji rocznicowych i nie uwzględnieniu dłuższego okresu badań niż 6 miesięcy, nie wzięto również pod uwagę roli mechanizmu zaprzeczania oraz 40-60% odmowy udziału w badaniach. Jak można założyć, to właśnie wśród tych 40-60% znajdują się kobiety, które doświadczyły aborcję jako zjawisko pełne wstydu, winy lub żalu. Ponadto ok.70% wskaźnik ulgi można tłumaczyć mechanizmem nagradzającym i przynoszącym ulgę, który się pojawia niemal zawsze po podjęciu jakiegokolwiek trudnej decyzji.

Kolejny istotny czynnik pomijany przez wspomnianych autorów to istnienie Zespołu Przedaborcyjnego u kobiet, które rozważają aborcję [56,64]. Charakteryzuje się on: dużym napięciem, niepokojem, silną drażliwością, bezsennością, myślami natrętnymi, płaczliwością, zaciętością, otamowaniem emocji. Nie dziwi więc, że po dokonaniu decyzji, jakiegokolwiek zresztą decyzji, pojawia się poczucie ulgi, zadowolenia. Jest jednak ono krótkotrwałe. Poczucie kontroli nad własnym życiem, może być natomiast szczególnie ważne dla osób, które na co dzień lub w dzieciństwie były tej kontroli pozbawione, poprzez przemoc i zaniedbanie. Aborcja może więc być przez nie postrzegana jako próba bezpośredniego rozwiązania problemu w obecnej lub przeszłej relacji. Należy to wiązać z projekcją na dziecko cech partnera i rodziców oraz własnych nieakceptowanych cech.

W opisanych badaniach skupiano się na pokazaniu, że kobiety, które odrzucały ciążę, nie mają trudności psychicznych, nie badano zaś tych, które zostały zmuszone do aborcji. Twierdzono, że nie przeżywają trudności psychicznych kobiety, które odrzucały ciążę (szczególnie w porównaniu z kobietami po udanych porodach) natomiast mają większe problemy te, które urodziły. W swej analizie autorzy nie ustalili jednak jaki procent grupy kobiet rodzących stanowiły takie kobiety, które wcześniej miały aborcje a urodzenie żywego dziecka nasiliło w nich nierozwiązane a wcześniej stłumione konflikty. Liczne są też nieuprawnione wnioski. We wnioskach wymienieni autorzy pisali, że po aborcji obserwuje się "dojrzewanie i przyjmowanie postawy człowieka dorosłego". Nie uwzględniali jednak możliwości adaptacyjnych jednostki nawet do najtrudniejszych sytuacji. Na podstawie obserwowanych zdolności adaptacyjnych wnioskowano, że sama procedura jest korzystna i nie urazowa. [1,41,43,62] Wnioskowano również, że niechciana ciąża jest kryzysem dla kobiety i zakładali, że aborcja redukuje stres wywołany ciążą. [17] Tymczasem w pewnym sensie każda ciąża jest kryzysem, wymusza bowiem reorientację postaw, przekonań i zachowań rodziców. Russo [62] choć twierdzi, że istnieje zależność pomiędzy aborcją a większym całościowym poczuciem własnej wartości, to pomija, że z jej badań wynika, że kobiety po więcej niż jednej aborcji mają znacząco niskie poczucie wartości i identyfikują się ze zdaniem: "Nie mam z czego być dumna." Zakładano [1] skądinąd zresztą słusznie, że nielegalne przerywanie ciąży jest bardziej stresujące niż legalne - jako że istnieje możliwość większych powikłań somatycznych a z drugiej strony interwencji policji. I wnioskowano, że legalna aborcja "jako rozwiązanie problemu niepożądanego ciąży, nie powoduje zagrożeń dla zdrowia psychicznego większości pacjentek."

Wnioski

Aborcja, choć jest powszechnym zjawiskiem, którego następstwem są liczne konflikty psychologiczne i objawy psychiatryczne oraz somatyczne, rzadko jest analizowana w podręcznikach ginekologicznych lub psychiatrycznych. Tymczasem psychiatrzy i wszyscy lekarze kierujący na aborcję powinni pamiętać, że aborcja zaostrza wcześniejszą chorobę psychiczną oraz że nie rozwiązuje ona ukrytych problemów, które decydowały o jej wyborze. Tzw. "społeczne" argumenty często oznaczają albo bardzo trudną bieżącą sytuację kobiety np. materialną, mieszkaniową lub interpersonalną, albo napięcie i stres związane z Zespołem Przedaborcyjnym. Zamiast więc kierować kobietę na aborcję należy podjąć próbę udzielenia jej pomocy np. w ramach interwencji kryzysowej, w rozwiązaniu ukrytych konfliktów (np. relacji z partnerem). Nie należy natomiast poprzez aborcję dążyć do chwilowego zredukowania stresu Zespołu Przedaborcyjnego. Wybór aborcji z tzw. przyczyn "społecznych" nie spowoduje również, że długoterminowo poprawi się społeczna sytuacja kobiety. W tym kontekście aborcja nie jest więc terapeutycznym doświadczeniem. Przyczyny Zespołu Poaborcyjnego mają charakter fizjologiczno-psychologiczny wynikający z gwałtownego przerwania przemian zachodzących w organizmie matki po poczęciu dziecka. Osoby, które doświadczyły w dzieciństwie przemocy i zaniedbania, w życiu dorosłym częściej doświadczają aborcji. Ci, którzy mają nierozwiązane konflikty towarzyszące aborcji są bardziej skłonni, by się przyczynić do zaniedbania i przemocy wobec własnych dzieci. Aborcja nie jest więc korzystna dla kogokolwiek: kobiety, mężczyzny, dzieci poczętych, dzieci urodzonych ani personelu medycznego. Przed podjęciem decyzji o aborcji, powinno się informować kobiety i ich partnerów o możliwych patologicznych następstwach. Ta tematyka powinna być również szerzej omawiana w podręcznikach i stanowić przedmiot nauczania psychologów, psychoterapeutów i lekarzy różnych specjalności, aby mogli oni nie tylko lepiej diagnozować problemy osób z doświadczeniem aborcji, ale i skuteczniej im pomagać. Niewątpliwie niezbędne są dalsze badania, które ostatecznie unaoczną skalę i obraz zjawiska.

Powinny one uwzględniać dużą grupę badawczą, różne rodzaje zabiegów aborcyjnych i długoterminowe ich konsekwencje. Na dziś nie ma badań dowodzących korzystnych długofalowych skutków aborcji. Nie wykazano np. korzyści, poza krótkotrwałą ulgą, dotyczących aborcji cięż spowodowanych kazirodztwem lub gwałtem. Nie ma więc podstaw naukowych czy terapeutycznych dla jej przeprowadzania.

W tradycji medycznej dopuszczalne jest stosowanie tylko takich leków i przeprowadzanie tylko takich zabiegów, których długofalową skuteczność potwierdzają liczne obserwacje kliniczne oraz weryfikują pozytywnie wyniki wielu badań naukowych. W przypadku jakichkolwiek rozbieżności preparaty są wycofywane z rynku, a zabiegi przestają mieć miejsce. Dobrze obrazuje to historia z leczeniem haloperidolem kobiet ciężarnych [63]. Duże badania retrospektywne nie stwierdzały jego działania teratogennego. Jednakże wobec licznych kazuistycznych doniesień świadczących o wielu wadach wrodzonych powstałych pod jego wpływem, Amerykańska Komisja Żywności i Leków zabroniła podawania go kobietom w ciąży. Logika nakazuje podobne traktowanie aborcji.

Piśmiennictwo:

- Adler N.E., David H.P., Major B.N., Roth S.H., Russo N.F, Wyatt G.E.: *Psychologiczne aspekty przerywania ciąży*. Nowiny Psychologiczne, 1994, 1, 45-70
- Amy J.J.: *Związyły rys historii aborcji*. Referat wygłoszony podczas XIII Światowego Kongresu Ginekologii i Położnictwa, Singapur, 1991
- Appleby L.: *Suicide during pregnancy and in the first postnatal year*. BMJ 1991, 302, 137-40
- Ashton J.R.: *Psychological Outcome of Induced Abortion*. Br. J. Obstet. Gynecol., 1980, 87, 1115-1122
- Babikian H.N.: *Abortion*. in Kaplan H., Freedman A.M.(Eds.): *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Williams and Wilkins, 1975, 1496-1500
- Badgley R.F.: *Report of the Committee of the Operation of the Abortion Law*. Ottawa Supply and Services, 1977, 313-321
- Barnard C.: *The Long-Term Psychological Effects of Abortion*. Institute for Pregnancy Loss, Portsmouth 1990
- Belsey E., Greer H., Lal S., Lewis S., Beard R.: *Predictive Factors in Emotional Response to Abortion* Social Science and Medicine 1977, 11, 71-82
- Benedict M.I.: *The association of childhood sexual abuse with depressive symptoms during pregnancy and selected pregnancy outcomes*. Child Abuse and Neglect 1999, 23 (7), 659-670
- Berkeley D., Humphreys P.L., Davidson D.: *Demands made on general practice by women before and after an abortion*. J Royal Coll Gen Pract 1984, 34, 310-315
- Binyon M.: *Abortion Worries The Soviets*. The Age, Melbourne, July 1981
- Borg S., Lasker J.: *When Pregnancy Fails: Families Coping with Miscarriage, Stillbirth and Infant Death*. Beacon Press, Boston 1981.
- Bourne S., Lewis E.: *Delayed psychological effects of perinatal deaths: the next pregnancy and the next generation*. BMJ 1984, 289, 147-148
- Bradley C.F.: *Abortion and Subsequent Pregnancy*. Can. J. Psychiatr. 1984, 49, 494-498
- Brind J.: *Induced Abortion as an Independent Risk Factor for Breast Cancer: Comprehensive Review and Meta-analysis* J Epidemiol Community Health 1996, 50, 481-496
- Broome A.: *Termination of Pregnancy*. Psychology and Gynaecological Problems, Tavistock, London, 1984
- Calef V.: *Hostility of parents of children: some notes on fertility, child abuse and abortion*. Int J Psychanal Psychother 1972, 1, 79-96
- Cavenar J.O., Spaulding J.G., Sullivan J.L.: *Child's Reaction to Mothers Abortion, Case*

- Report Military Med* 1979, 144, 412-413
- Chazan B.: *Medyczne następstwa przerywania ciąży*. *Studia Demograficzne* 1993, 1 (111), 103-111
- Colman A.D., Colman L.L.: *Pregnancy: The Psychological Experience*. New York, Herder and Herder 1971
- Costello A., Gardner S.L., Merenstein G.B.: *Perinatal grief and loss*. *J. Perinatal*, 1988, 8, 361-370
- David H., Rasmussen N., Holst E.: *Postpartum and Postabortion Psychotic Reactions*. *Family Planning Perspectives* 1981, 13, 88-91
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders III-R, Amer Psychiatric Press, Washington D.C. 1987
- Forrest G.C., Standish E., Baum J.D.: *Support After Perinatal Death: A Study of Support and Counselling After Perinatal Bereavement*. *BMJ* 1982, 285, 1474-1479
- Gil J.: *Wpływ sztucznego poronienia ciąży na losy przyszłych ciąż i stan noworodka*, praca doktorska Biblioteka AM Kraków 1985
- Gissler M., Hemminki E., Lonnqvist J.: *Suicides after pregnancy in Finland, 1987-94: register linkage study*. *BMJ* 1994, 313, 1431-1434
- Gordon R.A., Kilpatrick C.: *A program of group counseling for men who accompany women seeking legal abortions*. *Community Mental Health Journal*, 1978, 13, 291-95
- Główny Urząd Statystyczny: *Rocznik Demograficzny*, w: *Sprawozdanie Rady Ministrów z realizacji w roku 1999 Ustawy z dnia 7 stycznia 1993 roku "O planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży*. 2000
- Henshaw S.K., Forrest J.D., Van Vort J.: *Abortion services in the United States 1984 and 1985*. *Family Planning Perspectives* 1987, 19, 63-70
- Hilgers G.: *New Perspective on Human Abortion* New York, University Press of America 1981
- Hipokrates: *Przysięga Biblioteki Głównej Akademii Medycznej w Warszawie - zasoby internetowe*
- Kaczmar E.: *Psychologiczna analiza zaburzeń występujących po przerwaniu ciąży*. *Studia nad Rodziną* 1998, 2, 141-150
- Kennell J.H., Slyster H., Klaus M.H.: *The Mourning Response of Parents to The Death of A Newborn*. *N. Engl. J. Med.* 1970, 283, 344-349
- Kis J.: *Aborcja* Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN 1993
- Klaus M.H., Kennell J.H.: *Maternal Infant Bonding* CV Mosby, 1976
- Kokoszka W.: *Psychogenne następstwa sztucznego przerywania ciąży*, praca doktorska, maszynopis, Kraków 1965, w: Pabian J.: *Zaburzenia psychiczne po zabiegach przerywania ciąży*. XXXII Naukowy Zjazd Psychiatrów Polskich - materiały zjazdowe 1976, 272-274
- Kornas-Biela D.: *Psychospoleczne konsekwencje aborcji u ojców*. *Głos dla Życia* 1999, 11-12, 16-19
- Krell R., Rabkin L.: *Effects of Sibling Death on The Surviving Child, A Family Perspective* *Fam Process* 1979, 18, 471-477
- Kubler-Ross E.: *On Death and Dying*. New York, Macmillan 1969
- Kumar R., Robson K.: *Previous Induced Abortion and Ante-natal Depression in Primiparae: A Preliminary Report of Survey of Mental Health in Pregnancy*. *Psychol Med* 1990, 8, 711-715
- Lazarus A.: *Psychiartic Sequelae of Legalized Elective First Trimester Abortion*. *J Psychosom Obs and Gyn* 1985, 4, 141 -150
- Lieh-Mak F.: *Husbands of Abortion Applicants: a Comparison with Husbands of Women who Complete their Pregnancies*. *Social Psych.* 1979, 14, 59-64
- Major B.: *Attributions, expectations and coping with abortion*. *J Person Social Psychol* 1985,

48, 585-599;

Martin F.: *An Overview: Maternal Nicotine and Caffeine Consumption and Offspring Outcome*. Neurobehavioral Toxicology and Tetrology 1982, 4(4), 421-427

Mattiessen P.C.: *The Interaction Between Legalisation of Abortion And Contraception In Denmark*. WHO, Stat Q 1979, 32, 246-256

McDermott J.F., Char E.F.: *Abortion repeal in Hawaii: an unexpected crisis in health care*. Am J Orthopsychiatry 1971, 41, 620-626

Meirik N.: *Outcome of First Delivery After 2nd Trimester Two Stage Induced Abortion: A Controlled Cohort Study*. Acta Obst and Gyn Scandinavia 1984, 63 (1), 45-50

Minoru M.(ed): *Japan's Experience in Family Planning - Past and Presence*. Tokyo, Family Planning Federation of Japan 1967, w: Babikian H.N.: *Abortion*. in Kaplan H., Freedman A.M.(Eds.): *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Williams and Wilkins, 1975, 1496-1500

Ney P.G., Fung T., Wickett A.R.: *Relationship Between Induced Abortion and Child Abuse and Neglect: Four Studies*; Pre- and Perinatal Psychology Journal, 1993, 8 (1), 43-63

Ney P.G., Peeters M.A.: *Abortion Survivors* Victoria, Pioneer Publishing 1993

Ney P.G., Peeters M.A.: *The Centurion's Pathway* Victoria, Pioneer Publishing 1997

Ney P.G., Wickett A.R., Beaman-Dodd C.: *The Effects of Pregnancy Loss on Women's Health* Soc.Sci.Med. 1994; 38, 1193-1200

Ney P.G.: *Deeply Damaged* Victoria, Pioneer Publishing 1997

O'Grady J.P.: *Obstetrics: Psychological and psychiatric syndromes*. Elsevier Science Publishing 1992

Oro A.S., Dixon S.D.: *Perinatal Cocaine and Methamphetamine Exposure Maternal and Neo-Natal Correlates*. J Pediatrics 1978, 111, 571-578

Ostrowska K.: *Aborcja - niektóre problemy psychologiczne*. Nowiny Psychologiczne 1994, 1, 29-44

Papaevangelou G.: *Pregnancy Following Interruption of Pregancy*. J Ob Gyn British Commonwealth 1973, 80, 418-422

Payne E.C., Kravitz A.R., Notman M.T., Anderson J.V.: *Outcome Following Therapeutic Abortion* Arch Gen Psychiatry 1976, 33, 725-733

Platon: *Państwo Warszawa*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe 1958, księga V.IX.461.C

Reardon D.C.: *Psychological Reactions Reported After Abortion* The Post-Abortion Review 1994, 2 (3), 4-8

Rue V.: *Trauma symptoms postabortion: a preliminary analysis of U.S. and Russian data*. Third International Congress: "Psychological Effects of Abortion", Rome 1996

Russo N., Zierck K.: *Abortion, childbearing and women well-being*. Profess Psychol Res Pract 1992, 23(4), 269-280

Rzewuska M.: *Leczenie zaburzeń psychicznych*. Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2000

Senay E.C.: *Therapeutic Abortion. Clinical Aspects*. Arch Gen Psychiat 1970, 23, 408-415

Sikorski R., Baszak E.: *Medyczne skutki aborcji*. Służba Życiu 1994, 1, 6-8

Somers R.: *Risk of admission to psychiatric institutions among Danish women who experienced induced abortion: An analysis based upon record linkage*. PH.D. dissertation

Los Angeles: University of Southern California Dissertation Abstracts International 1979, w: Reardon D.C.: *Psychological Reactions Reported After Abortion* The Post-Abortion Review 1994, 2 (3), 4-8

Speckhard A., Rue V.: *Postabortion Syndrome: An Emerging Public Health Concern*. J Soc Issues 1992, 42 (3), 95-119, w: w: Reardon D.C.: *Psychological Reactions Reported After Abortion* The Post-Abortion Review 1994, 2 (3), 4-8

Starowicz L.: *Dzwon bez echa*. Życie i myśl. 1973, 8-9, w: Dolińska-Zygmunt G.: *Wybrane psychologiczne aspekty zabiegu przerywania ciąży ze wskazań społecznych*. Acta Universit

Wratislaviensis, 1992, 1215, 55-65

Tietze C., Bongaarts J.: *Fertility Rates And Abortion Rates. Simulation Family Limitations.* Studies in Family Planning 1975, 6. 114-122

Wallerstein J.S.: *Psychological Sequelae of Therapeutic Abortion in Young Unmarried Women.* Arch Gener Psychiatry 1972, 27, 828-832

WHO: *Complications des avortements, directives techniques et questionnaires pour la prévention et la traitement.* Genève 1997

adres do korespondencji:

Witold Simon

Klinika Nerwic Instytutu Psychiatrii i Neurologii

ul. Sobieskiego 1/9

02-957 Warszawa

wsimon@ipin.edu.pl

05.07.2002