

*La salute delle donne dopo l'aborto procurato:
L'evidenza medica e psicologica (Seconda edizione),
Elizabeth Ring-Cassidy & Ian Gentles,
DeVeber Institute, 2003*

Capitolo 11:

Fattori di rischio psicologico

Sebbene ulteriori ricerche sugli effetti psicologici dell'aborto volontario sulle donne debbano essere effettuate, è chiaro, tuttavia, che le donne sperimentano vari gradi di disagio emotivo. A scendere in campo sono fattori di rischio sia interni sia esterni, così che tra le donne particolarmente a rischio di successivi problemi psicologici ci sono coloro che hanno problemi di natura psichiatrica o psicologica precedentemente all'aborto, coloro che hanno relazioni disfunzionali o abusive (sia attuali sia passate), coloro che coltivano dei valori religiosi o filosofici in conflitto con la procedura, coloro che provano sentimenti incerti verso la propria gravidanza e mancano di un sistema di supporto, e coloro che si trovano in adolescenza al momento dell'aborto e non sono in grado di comprendere pienamente le future implicazioni.

Quando le donne di qualsiasi età sono spinte da coloro che le circondano ad abortire, hanno maggiori probabilità di sperimentare un disagio relativamente alla decisione, così come sensi di colpa, ansia e depressione. Nei Paesi dove viene offerto alle donne incinta un'opportunità di counseling o un aiuto psicologico e materiale, ci sono meno probabilità che venga presa la decisione di abortire. Sfortunatamente la maggior parte dei servizi abortivi in Nord America né offrono tali opportunità di counseling, né rendono consapevoli le donne del possibile impatto psicologico negativo che la procedura potrebbe avere su di loro. Non si sa quanto facilmente le donne darebbero il proprio consenso informato in tali circostanze.

Fattori di rischio psicologico

Limiti della letteratura sui risultati psicologici

I ricercatori e i clinici abortisti Nord-americani tendono a non identificare i problemi psicologici nelle donne dopo l'aborto in quanto non se li aspettano. Piuttosto, essi sostengono che le donne, in ansia per una gravidanza indesiderata, si sentiranno sollevate dopo la procedura. Di conseguenza essi minimizzano ogni danno che l'aborto produce sulla salute psicologica delle donne, e attribuiscono gli effetti psicologici negativi o all'immaturità delle donne o a problemi psichici preesistenti.¹

Così come in molte altre aree della ricerca sull'aborto, è difficile giungere a dei risultati conclusivi, e questo è dovuto a un follow-up a breve termine, alla soggettività delle misurazioni, alla mancanza di volontarie per le ricerche (in quanto molte donne non vogliono ripensare al/i loro aborto/i), alle agende politicamente motivate dei ricercatori, e agli stereotipi circa il tipo di donne che manifestano tratti psicologici negativi. Come deVeber e colleghi osservano:

Nella ricerca di evidenze circa le profonde e avverse reazioni a lungo termine all'esperienza dell'aborto, gli studi in scala ridotta forniscono i dati che mancano ai grandi progetti: essi esaminano le reazioni nel corso degli anni e le indagano in una varietà di aree comportamentali e sintomatiche. Studiando 50 donne post-abortive in psicoterapia, Kent e colleghi hanno trovato che, sebbene nessuna avesse iniziato la terapia presentando come problema primario le avverse reazioni emotive all'aborto, nel corso del trattamento tutte esprimevano profonde emozioni di dolore e lutto circa la procedura abortiva. Tipicamente l'espressione di lutto riguardante l'aborto emergeva durante il periodo in cui la paziente stava già risolvendo il problema per cui si era originariamente rivolta al servizio di assistenza psicologica.²

Finché le informazioni che oggi sono disponibili solo in forma aneddotica di storie di donne non saranno soggette a un'analisi critica, sarà difficile valutare i rischi che l'aborto comporta per la salute psicologica delle donne.

Fattori di rischio: introduzione

Esiste un generale consenso circa il fatto che le donne che manifestano certe preesistenti caratteristiche sono a maggior rischio di problemi dopo l'aborto.³

Nel 1977 Belsey stabilì i seguenti criteri di alto rischio per le donne britanniche che si sottoponevano all'aborto volontario.⁴ Le donne che manifestavano uno, alcuni, o tutti questi fattori potrebbero sperimentare una reazione emotiva negativa a seguito dell'aborto:

- Relazioni povere o instabili
- Isolamento sociale (poche amicizie)
- Storia di disoccupazione
- Instabilità psicosociale
- Fallimento contraccettivo

Mentre questi fattori sono stati generalmente accettati in letteratura, nel tempo sono stati aggiunti altri fattori. Dunlop ha aggiunto i seguenti fattori:⁵

- Pressione o coercizione nella presa di decisione
- Precedente condizione psichiatrica
- Cause mediche per l'aborto, quali anomalie genetiche

Shusterman ha isolato ulteriori fattori:⁶

- Rabbia per la gravidanza
- Scarsa intimità con il partner
- Insoddisfazione circa la decisione di abortire

Studi più recenti hanno incluso fattori come la religiosità, sentimenti di perdita immediatamente seguenti l'aborto, e l'età.⁷

I fattori di rischio riportati dipendono in larga misura dal focus delle ricerche. Le ricerche dirette verso fattori psicologici isoleranno preesistenti problematiche di ordine psicologico o psichiatrico che inficiano il riadattamento psichico dopo l'aborto, mentre gli studi che si focalizzano sulle

relazioni interpersonali individueranno i fattori relazionali che hanno un effetto sulle donne dopo l'aborto. Siccome nessuno studio può fare riferimento a tutti i fattori sociali e psicologici, ci si può aspettare che la lista di fattori inclusi come rischio preesistente cresca e cambi nel tempo a seconda delle discipline.

Fattori di rischio interni o personali

I fattori interni sono preesistenti condizioni di rischio che hanno un significativo impatto sul benessere dopo l'aborto. McAll e Wilson parlano di questo nella loro discussione sulle reazioni emotive negative seguenti l'aborto "...sembra probabile che, a causa dell'origine interna, questi possano persistere come conflitti repressi che possono emergere nella vita se la persona è colpita da eventi successivi."⁸

I fattori interni o personali sono parte dello sviluppo della personalità della donna, e possono comprendere componenti genetiche, esperienze passate e sistemi valoriali personali. Ma essi sono tuttavia parte integrante dell'individuo; non possono essere considerati esterni anche se hanno origine al di fuori della persona e sono stati adattati nella personalità.

Inclusi in questo gruppo ci sono: storia psichiatrica o psicologica; storie di abusi, di maltrattamenti e/o di relazioni disfunzionali; valori religiosi; ambivalenza riguardo la decisione di abortire; ed età.

1. Storia psichiatrica o psicologica

Le donne che soffrono per un disturbo o una condizione psichiatrica o psicologica, diagnosticati come tali prima dell'aborto, avranno difficoltà emotive a seguito dell'aborto, come ci mostra parte della letteratura:

...tra le donne che hanno abortito, il tasso di disagio psichiatrico in coloro che avevano una precedente storia di psicosi si è rivelato maggiore rispetto a coloro che non avevano una storia di disagio psichiatrico...⁹

...le donne che... hanno preesistenti problemi psichiatrici... hanno maggiori probabilità di sperimentare difficoltà emotive.¹⁰

Le preesistenti condizioni psichiatriche, inclusa la depressione, sono state rilevate essere associate con problemi post-abortivi: "...la depressione prima dell'aborto ha effetti sia diretti sia indiretti sul riadattamento psichico"¹¹. Intense reazioni di lutto nelle donne che hanno abortito per una malformazione fetale, sono state scoperte collegate a un precedente trattamento di salute mentale.¹²

David ha riportato che un esame dei tassi di ricovero negli ospedali psichiatrici ha mostrato un tasso significativamente più alto, del 50 per cento, tra le donne che hanno abortito rispetto a quelle che hanno partorito.¹³ Il tasso di ricovero psichiatrico tra donne separate, divorziate e vedove era circa quattro volte maggiore tra coloro che avevano abortito che tra coloro che avevano partorito. Più recentemente, uno studio su vastissima scala in California, che utilizzava il collegamento tra archivi di dati, ha rilevato che in un periodo di quattro anni le donne che hanno abortito hanno il 72 per cento in più di possibilità di un ricovero psichiatrico rispetto a donne che hanno portato a termine le loro gravidanze.¹⁴

La Planned Parenthood Federation of America riporta che il dieci per cento delle donne che abortiscono sperimenteranno una persistente depressione. Essi continuano a fare notare che preesistenti disturbi psichiatrici sono correlati con tali reazioni emotive negative.¹⁵

La prevalente interpretazione di questi risultati è che i problemi che queste donne sperimentano sono il risultato della loro patologia e non dell'aborto in se stesso. Il "danno emotivo che alcune donne sperimentano dopo l'aborto non è attribuibile all'aborto, ma alla loro fragilità psicologica precedente l'aborto".¹⁶ Quest'ultimo è visto come uno dei molti eventi stressanti della vita che faranno scattare nuovamente la loro instabilità.

Zolese e Blacker hanno analizzato studi di follow-up sui postumi psicologici e hanno interpretato Greer come segue: "due terzi di coloro che si sottopongono a un trattamento psichiatrico a seguito dell'aborto avevano infatti già avuto un trattamento psichiatrico precedente, così che l'incidenza cumulativa dei nuovi casi nel periodo di due anni era solo del 6,5 per cento."¹⁷

Ma un limite di questo tipo di ricerche si può trovare nei follow-up a lungo termine. Misurare un disturbo psichiatrico come una complicazione dell'aborto richiede l'identificazione di quelle donne che sono state reclutate nel campione del follow-up che hanno utilizzato specifici servizi psichiatrici come pazienti ambulatoriali o interni. Quindi è solo nelle giurisdizioni dove esiste una continuità di servizi che queste informazioni sono disponibili. Negli Stati Uniti e in modo crescente in Canada, dove la maggioranza degli aborti avviene in cliniche non convenzionate, tale continuità è scarsa. Solo coloro che sono particolarmente motivati a partecipare a una ricerca possono, al limite, essere rintracciati.

Deve essere inoltre ricordato che i preesistenti fattori di rischio non sono mutualmente escludenti; numerose caratteristiche possono essere ritrovate nella stessa donna. Per esempio, donne con una storia psichiatrica possono sperimentare relazioni instabili, vivere vite più caotiche, ed essere esposte ad altri fattori che possono aggravare le reazioni post-abortive. Un tale ammontare di fattori non è stato pienamente analizzato per determinarne gli effetti interattivi. Potrebbe essere prematuro concludere che un problema psichiatrico identificato sia il solo fattore rilevante, o anche solo il principale, in un caso particolare.

Nella letteratura emersa recentemente sulla guarigione post-abortiva, i terapeuti hanno isolato altri fattori nella storia delle donne che possono predisporle al senso di colpa e alla depressione dopo l'aborto. Di particolare rilievo sono i precoci disturbi relazionali così come l'abbandono genitoriale o conflitti irrisolti nella famiglia d'origine.

2. Relazioni abusive e/o disfunzionali

Nel 1998 una ricerca di Glander e colleghi indagava la relazione tra violenza domestica e aborto. Il loro focus era comparativo, cioè determinare il livello di abuso riportato dalle donne che recentemente si erano sottoposte a un aborto ambulatoriale. I risultati del questionario auto-somministrato indicava che il 39,5% delle partecipanti (il tasso totale di partecipazione era dell'81%) identificava se stesse come aventi una storia di abuso. Le donne maltrattate hanno meno probabilità di informare il loro partner o coinvolgere i padri nella decisione di abortire. "I problemi relazionali hanno significativamente più probabilità di essere indicati come ragioni primarie per l'aborto dalle donne con una storia di abuso che da donne non abusate."¹⁸

La presenza di una relazione disfunzionale è stata identificata dai ricercatori come un forte indicatore di depressione prima dell'aborto. Questi ricercatori richiedono anche un assessment familiare (una valutazione) per tutte le donne che riportano una depressione correlata all'aborto, in quanto "l'associazione tra i sintomi depressivi e la negazione potrebbe riflettere una mancanza di supporto sociale percepito, generato da relazioni familiari insoddisfacenti"¹⁹

I ricercatori hanno trovato questo tema particolarmente significativo nelle relazioni delle adolescenti che abortiscono.²⁰ Barnet e Freudenberg hanno considerato gli esiti delle relazioni per donne non sposate ma conviventi che hanno abortito, e hanno trovato che prima dell'aborto le loro relazioni erano caratterizzate da "significativamente più conflitto e meno armonia che nel gruppo di controllo." A seguito dell'aborto, quando avveniva una separazione, erano di più le donne che avevano abortito a iniziare la rottura, rispetto alle donne del gruppo di controllo, e la maggioranza di queste donne riportavano che l'aborto era implicato nella decisione.²¹

E' probabile che le donne che hanno una storia di relazioni abusive sperimentino quello che alcuni ricercatori hanno chiamato "storia ostetrica con esiti sfavorevoli". I ricercatori includono in questa categoria un precedente bambino nato prematuro o sottopeso e due o più aborti. Essi hanno trovato che le donne abusate hanno meno probabilità di avere una nascita registrata come esito di una gravidanza (cioè hanno molta più probabilità di avere un aborto spontaneo o indotto), e che l'abuso è un fattore significativo che predice una storia ostetrica con esiti sfavorevoli. In conclusione "le donne con una storia di abuso hanno molta più probabilità di tollerare un abuso in successive relazioni."²²

Un abuso fisico o sessuale provoca una grave rottura nella percezione di una donna del proprio valore. Mannion e colleghi hanno trovato che, quando si ricorre a un aborto come parte di un pattern (un ripetersi) di accettazione di relazioni abusive, questo può portare le donne a interiorizzare relazioni abusive o profondamente disfunzionali del passato o del presente, e può rendere più difficile spezzare questo ciclo. Per esempio "Mary" e "Liane" raccontano le loro storie di bambine abusate.²³

Mary: Io ero piuttosto permissiva sessualmente, credendo molto erroneamente che il mio valore per gli uomini consistesse nel soddisfarli fisicamente. Mi avevano insegnato [attraverso l'abuso] che se riuscivo a renderli felici sessualmente, sarebbero rimasti per sempre.

Liane: Ero stata abusata sessualmente per due anni da un amico di famiglia, quando avevo nove e dieci anni. Poi ho perso la mia verginità per uno stupro durante la scuola superiore e avevo nel complesso una scarsa immagine di me. Questa sensazione non è iniziata con l'aborto. È iniziata con l'abuso a nove anni... L'aborto ha solamente intensificato questa sensazione.

Torre-Bueno si sofferma sulla natura di ciò che chiama la vergogna a seguito di un aborto. Distingue tra la colpa e la vergogna dicendo che la vergogna è interna e riflette il crollo dell'autostima, portando a sentimenti di indegnità e inadeguatezza. Essa descrive una paziente che chiama Michelle che era stata molestata da suo cugino e da un insegnante di scuola e non si era mai sentita abbastanza forte per portare avanti l'accusa contro di loro. "Questi eventi le hanno lasciato la sensazione di essere incrinata e patetica, e l'aborto le ha confermato di essere una persona impotente, piena di vergogna." Torre-Bueno riporta che la terapia con questa paziente non è riuscita in quanto la paziente non è stata capace di confrontarsi con il ruolo che la vergogna ha avuto nella sua vita.²⁴

Rue nota che “L’abuso nelle relazioni complica sia la decisione di abortire, sia i suoi effetti... [la donna che abortisce] potrebbe sentire che semplicemente non c’è altra “scelta”, o anche sentirsi costretta, come molte donne si sentono oggi nelle relazioni abusive... ‘ l’impotenza appresa’ è un aspetto fondamentale del funzionamento di una donna maltrattata, che viene ripetutamente rinforzato in una relazione abusiva. Di conseguenza, senza una completa esplorazione delle sue relazioni nel corso del counselling pre-abortivo, la presa di decisione di questa donna di abortire è probabile che sia passiva, altamente conflittuale e carica di sentimenti di disperazione.”²⁵

Le donne con storie di abuso possono presentare due preesistenti caratteristiche di alto rischio: possibile coercizione o ambivalenza circa l’aborto e rinforzati sentimenti di vergogna e impotenza. Tali caratteristiche possono sfociare in difficoltà psicosociali e sociali dopo l’aborto, tra le quali non ultima è la continuazione del ciclo di abuso.

3. Valori religiosi

Sebbene la letteratura sugli effetti psicologici dell’aborto non fa particolare riferimento al tema dell’aborto tra le donne con forti e tradizionali convinzioni religiose, appare che per queste l’aborto può condurre a un danno sia psicologico sia spirituale.

Una ricerca su pazienti abortive in età adolescenziale ha suggerito che l’affiliazione religiosa e la frequentazione di una chiesa non impedisce alle giovani donne di scegliere l’aborto.²⁶ Uno studio canadese sulla maternità non pianificata ha trovato che:

...poche madri riferiscono la religione come un fattore che influenza la decisione di una donna durante una gravidanza critica... Nemmeno le agenzie riferiscono la religione come un fattore di importanza in nessuna delle tre dimensioni in questione: la probabilità della gravidanza, l’aborto e la decisione di diventare genitore.

In questo studio, solo una delle cinque agenzie di servizi sociali ha riportato che il clero gioca un ruolo determinante nella decisione delle donne circa la loro gravidanza.²⁷

Mentre il background religioso delle giovani donne potrebbe non alterare l’originale decisione di abortire, è un importante precursore di disagio post-abortivo. Dirks ha concluso che le donne di denominazioni religiose che si oppongono fortemente all’aborto hanno più probabilità di sperimentare una depressione a seguito di un aborto.²⁸

Tamburrino e colleghi, notando che “La ricerca non ha fatto adeguatamente riferimento a come le donne affrontano i conflitti religiosi dopo l’aborto, nè a se la religione sia percepita come un altro fattore di stress o come un fattore di supporto,” hanno studiato la religione come una variabile psicosociale nelle donne che si descrivono come *disforiche* (depresse, senza un senso di benessere), da uno a quindici anni dopo l’aborto procurato. Le donne di questo campione sperimentavano rimorso, senso di colpa e tristezza, e il 46% “ha cambiato la propria religione in Evangelica o Protestante Fondamentalista... per aiutare se stesse a gestire i propri sentimenti dopo l’aborto.”²⁹

Una difficoltà con le ricerche in quest’area è che non viene sempre fatta una distinzione tra la religione come un fattore estrinseco (la donna sente di aver violato il credo di altri, da cui potrebbe essere attaccata), e la religione come un fattore intrinseco (la donna sente di aver violato il suo stesso credo). Alcuni ricercatori e terapeuti riportano che una donna con background religioso potrebbe soffrire intensi sensi di colpa per l’aborto se questo è

incompatibile con il suo intrinseco sistema di valori. Il senso di colpa è una risposta personale alla violazione di un valore in cui lei stessa ha creduto e che ha accettato, ma non è stata capace di agire in conformità ad esso.³⁰

Tale dissonanza tra la scelta di abortire e un credo accettato – per esempio, un credo sulla sacralità della vita umana – potrebbe condurre all'insorgere di successivi disturbi. Queste difficoltà spesso sorgono quando si è donne mature e capaci di valutare le precedenti azioni alla luce di una più adulta comprensione della propria fede. Le donne potrebbero cercare una chiusura del conflitto in uno dei diversi modi possibili:

a. Negazione e repressione

Questi meccanismi sono spesso utilizzati per accomodare psicologicamente idee incompatibili. La negazione può diventare patologica quando le donne utilizzano droghe, alcool, o promiscuità sessuale come un modo per evitare di confrontarsi con un problema soggiacente. Quando la repressione è utilizzata per sopprimere pensieri e sentimenti spiacevoli circa un precedente aborto, questi rimangono irrisolti e possono condurre a futuri problemi psicologici.

b. Isolamento

Quando le donne post-abortive si sentono non accettate, indegne o ipocrite nel continuare l'affiliazione con la loro comunità di fede, si sviluppa una sensazione di isolamento. Il direttore di un programma di counselling che assiste le donne nella guarigione spirituale si esprime in questo modo:

L'aborto è per molte un'esperienza del primo peccato percepito come serio. Lei crede di avere commesso un peccato imperdonabile, che la lascia isolata da Dio... Si rende conto che ha reso vittima un essere innocente e deve assumersi la responsabilità della scelta e delle conseguenze... La ferita spirituale non si limita solo alle donne di determinate religioni.³¹

Queste donne potrebbero ancora frequentare le funzioni e apparire parte della comunità, ma spesso portano il fardello del senso di colpa e del lutto, vedendo il loro peccato come imperdonabile, cosa che le pone emotivamente fuori dalla comunità.

c. Rigetto del sistema di valori precedentemente accettato

La delegittimazione della morale precedentemente accettata è un terzo modo di affrontare il disagio psicologico. Quest'ultima risposta è suggerita da alcuni terapeuti come un modo appropriato di convivere con il conflitto. Autori come Torre-Bueno vedono il disagio post-abortivo delle donne religiose come un problema che ha origine dai precetti religiosi-morali in sé piuttosto che dalla sensibilità personale delle donne stesse. È loro opinione che, poiché queste chiese o sistemi religiosi sono filosoficamente oppositori all'aborto, essi caricano le donne con un "religioso senso di colpa".³² Per evitare tale "religioso senso di colpa" essi suggeriscono che le donne rivalutino il loro impegno con quella religione e sviluppino una loro personale spiritualità che includa l'accettazione della loro scelta. Tale suggerimento equivale al cambio dell'affiliazione religiosa, il quale veniva effettuato dalle donne nel campione di Tamburrino esaminato sopra. In questo caso il cambio sarà probabilmente verso una religione, filosofia o pratica spirituale che accetta l'aborto piuttosto che una che lo ripudia.

È degno di nota il fatto che le donne che esprimono un'opposizione filosofica, seppure non necessariamente religiosa, all'aborto sono altrettanto a rischio di sviluppare sintomi dopo l'aborto. Franz e colleghi osservano, "Per le donne che vedono l'aborto come moralmente

sbagliato prima della procedura, sottoporsi all'aborto potrebbe dare inizio ad una vita di sofferenza. Questo potrebbe essere particolarmente vero per le donne più giovani.”³³

4. Ambivalenza

L'ambivalenza esiste quando una donna non è sicura se la decisione di abortire sia quella corretta. Dato che la maggioranza delle decisioni in una crisi di gravidanza sono marcate da ambivalenza, essa è un importante fattore nel processo decisionale. Uno studio del 1994 su genitori single in Canada mostrò che “...in una crisi in gravidanza le donne cambiano idea circa la direzione da prendere.”³⁴ Quando questa ambivalenza è stata misurata dal “Decision Shift” si è trovato “...un significativo cambiamento verso un impegno a favore della vita del bambino,” e verso l'opzione genitoriale. I servizi sociali che si occupano di madri single hanno riportato che il 51 per cento delle donne che erano ambivalenti avevano più probabilità di spostarsi dalla decisione per l'aborto a quella per la genitorialità, mentre un altro 40 per cento occasionalmente compiva questo cambiamento. Dall'altra parte, solo il 7 per cento di coloro che inizialmente avevano considerato la genitorialità avevano una probabilità di spostarsi verso l'aborto e il dieci per cento avrebbe occasionalmente preso questa decisione.

Poche donne affrontano la scelta di abortire o diventare genitori senza sperimentare qualche grado di incertezza. Se tale incertezza non è risolta prima dell'aborto, affiora spesso più tardi come rimorso e senso di colpa. Nella ricerca canadese, per coloro che optarono per la genitorialità, apparve esserci una qualitativa differenza su come la scelta era stata percepita. Le assistenti sociali che hanno lavorato con donne che hanno avuto gravidanze inaspettate interpretarono la decisione di abortire presa in uno stato di ambivalenza come risultato di influenze negative, e la risposta di un'agenzia di servizi sociali sottolineò che le donne che erano abbandonate o sottomesse molto spesso sceglievano di abortire anche se avrebbero voluto portare a termine la gravidanza. Osler e colleghi e Husfeldt e colleghi hanno trovato che “le donne ambivalenti corrono il più grande rischio di soffrire conseguenze emotive negative come depressione e senso di colpa.”³⁵ In breve, le donne che hanno sentimenti ambivalenti circa la propria gravidanza hanno molta meno probabilità di fare ricorso all'aborto se percepiscono un positivo incoraggiamento e un supporto, in particolare da parte dei loro partner maschili.

L'ambivalenza nel prendere la decisione di abortire è stata isolata anche nei lavori pubblicati di Trost, Holmgren, Lemkau e Bracken.³⁶ Al momento della decisione almeno il 25 % di tutte le donne e forse addirittura il 55 % sono incerte se l'aborto sia la scelta giusta. Queste donne ambivalenti sono viste da Husfeldt come un gruppo di ricerca separato da quelle per le quali la decisione sembra liscia e non ambigua.³⁷ I ricercatori stabilirono che l'ambivalenza poteva essere provocata da fattori socio-economici esterni. Le donne ambivalenti riportano significativamente più spesso che avrebbero proseguito la loro gravidanza “...se il partner avesse voluto il bambino o se la propria situazione finanziaria fosse stata migliore.” Dopo l'aborto, quando le donne considerano la possibilità di agire senza il supporto del partner o quando le circostanze finanziarie migliorano, la precedente decisione di abortire potrebbe essere vista come un evento negativo.

Semberebbe che le circostanze socio-economiche e interpersonali delle donne ambivalenti siano le principali forze che le spingono verso l'aborto. Hamark e colleghi trovarono che, mentre solo l'8 per cento delle donne era ambivalente al momento dell'arrivo nella clinica degli aborti, il 43.1 % riportò un'iniziale sentimento positivo o misto circa la gravidanza.³⁸ Questa conclusione è coerente con i risultati della ricerca di Holmgren che ha stabilito che il 42 % delle donne che partoriscono hanno anche provato sentimenti negativi o misti circa la loro

gravidanza.³⁹ Infatti, l'ambivalenza può capitare nelle gravidanze definite come desiderate e pianificate, e Tornbom nota che la natura inizialmente non desiderata o non pianificata della gravidanza non esclude affatto l'accoglienza e l'accettazione del bambino al momento della nascita, così come la pianificazione non esclude l'ambivalenza.⁴⁰

Quando le donne sono ambivalenti hanno più probabilità di essere influenzate dalle opinioni degli altri o dagli atteggiamenti culturali in generale. Le pressioni ad abortire per ragioni relazionali, finanziarie, o sociali possono rendere la decisione sottilmente forzata. La combinazione di ambivalenza e coercizione può condurre a insoddisfazione e, in ultima analisi, a disagi psicologici. L'indagine di Husfeldt e colleghi ha riportato che il 30 % delle donne che abortivano si sentivano dubbiose circa la decisione fino al momento dell'aborto. "Le donne ambivalenti più spesso si sentono esposte a pressione sociale e alcune sentono che l'aborto non è la loro scelta... Le donne ambivalenti più spesso affermano che è stato il loro partner a decidere per l'aborto... Solo una minoranza inizialmente desiderava abortire al momento in cui la gravidanza si era instaurata..."⁴¹ Hamark e colleghi hanno trovato anche che "le relazioni instabili sono un motivo importante per l'aborto".⁴² Una consulenza psicologica spesso aiuta in tali situazioni.

In Nord America, dove tale consulenza non è obbligatoria e a volte non disponibile come parte del sistema sanitario, i tentativi di resistere alle pressioni esterne potrebbero non condurre a una ri-valutazione della decisione, ma portare a un ritardo nel prenderla. Tali ritardi rendono la procedura abortiva più difficile e il disagio post-abortivo più evidente. Come ha rilevato Peppers, "...dove il controllo esterno è forte la decisione può essere caricata con ambivalenza, ansia, e preoccupazione per le conseguenze future. Infatti questi fattori esterni sembrano essere le ragioni più frequentemente menzionate per ritardare l'aborto oltre il primo trimestre di gravidanza... Più tardiva è la scelta abortiva, maggiore è la reazione di lutto post aborto."⁴³ È nel momento in cui le donne ambivalenti sono esposte alle pressioni esterne che queste percepiscono un senso di impotenza nel gestire la situazione. Nella ricerca di Franco e colleghi, le donne che sperimentano reazioni emotive negative il giorno o il periodo in cui il bambino abortito sarebbe dovuto nascere – noto come Reazioni da Anniversario – spesso hanno riportato ambivalenza rispetto alla decisione di abortire.⁴⁴

Questa espressione dell'ambivalenza è stata anche rilevata nel lavoro di Allan e Astbury. Questi hanno stabilito che: "La troppo pronta accettazione dell'affermazione delle donne che la procedura è semplice e sicura potrebbe nascondere importanti aree di ambivalenza... tutte le donne tranne una hanno affermato di sapere che 'l'interruzione è una procedura molto sicura e semplice.' Nonostante questo, metà del campione riconosce di essere stata veramente spaventata e il 40 % concorda di avere temuto che un'interruzione potesse danneggiarla emotivamente o fisicamente."⁴⁵

Basandoci sulle informazioni raccolte dai ricercatori, l'esperienza clinica dei terapeuti, e le informazioni fornite dalle donne stesse, è chiaro che la presenza di ambivalenza al momento dell'aborto è un fattore di rischio per significative disfunzioni post-abortive. Ciò che ancora deve essere determinato sono gli esatti processi psicologici interni che producono l'ambivalenza. Tornbom ha determinato che l'ambivalenza può presentarsi nelle gravidanze che non finiscono in aborto e che gravidanze desiderate o pianificate non sono sempre gravidanze ben accolte.⁴⁶ Similarmente, gravidanze non desiderate o non programmate possono sì generare sentimenti di ambivalenza, ma le donne che scelgono di non abortire spesso descrivono la risultante nascita come benvenuta.

5. Età

L'aborto durante gli anni formativi dell'adolescenza porta con sé problemi che sono significativamente diversi da quelli sperimentati da adulti maturi. I dati americani mostrano che un aborto su tre è eseguito su adolescenti, mentre recenti ricerche britanniche stabiliscono che l'aborto avviene nel "69% dei concepimenti sotto i 16 anni ... [e] nel 37% dei concepimenti tra i 17 e i 19 anni."

La letteratura suggerisce che questo gruppo di donne che abortiscono sono a più alto rischio di successive conseguenze sia fisiche sia psicologiche. L'età è un fattore di predisposizione che influisce sia sull'esito medico, sia sul riadattamento psicologico.

Coleman e colleghi hanno studiato le differenze cognitive e di sviluppo tra le ragazze adolescenti e le loro controparti adulte.⁴⁷ Così come dimostrano meno maturità intellettuale, morale ed emotiva, le adolescenti hanno maggiore probabilità di avere visioni irrealistiche del futuro. Anche se gli obiettivi sono ben chiari, le adolescenti potrebbero essere troppo immature per intraprendere il progetto a lungo termine richiesto per raggiungere tali obiettivi. Gli adolescenti vivono nel presente. Le loro decisioni sono egocentriche; anche se la loro rete di amici e di coetanei è vasta, è generalmente composta da altre persone ugualmente immature. Tali relazioni mancano della profondità necessaria a fornire un supporto appropriato per le giovani donne che affrontano una gravidanza inaspettata o critica.

Gli adolescenti spesso vedono se stessi come colpiti dagli eventi, ma senza nessun potere su di essi. Fatti come la gravidanza sono visti come "capitate" a loro piuttosto che come il risultato di scelte. Quando all'immaturità cognitiva si aggiunge una limitata capacità di progettare un futuro, un'adolescente è predisposta ad abortire. L'adolescente non è in grado di concettualizzare le implicazioni a lungo termine della decisione di abortire, né di assumersi la responsabilità di queste; quindi, l'aborto sembra essere una facile soluzione e i pensieri circa i successivi effetti negativi non sono così frequenti come nella presa di decisione di un adulto.⁴⁸

Anche se alle giovani donne può mancare una comprensione cosciente degli effetti a lungo termine della decisione di abortire, l'impatto di tale decisione non è meno reale. Questa può avere un profondo effetto sullo sviluppo cognitivo. Deutsch ha trovato più bassi livelli di autostima nelle adolescenti che hanno abortito, mentre uno studio canadese sulle donne dopo l'aborto ha rilevato che "l'assenza di espressione di emozioni... specialmente nelle adolescenti, era così marcata da essere giudicata dai ricercatori una reazione già di per sé avversa."⁴⁹ Kent e Linares hanno messo a confronto le adolescenti che abortiscono una seconda gravidanza con due gruppi equivalenti – le ragazze che erano incinta per la seconda volta ma che hanno partorito, e le ragazze che non hanno avuto una seconda gravidanza. Hanno trovato che i sintomi depressivi tra coloro che avevano avuto degli aborti erano presenti quasi il doppio delle volte rispetto a coloro che avevano partorito, e quasi 60% in più che tra coloro che non erano incinta.⁵⁰

La ricerca mostra chiaramente che le importanti decisioni di vita, come quella di abortire, prese in giovane età, possono avere un effetto sullo sviluppo fondamentale della personalità. Questo appare evidente dai dati comparativi tra adolescenti e adulte che abortiscono. Uno studio americano retrospettivo condotto nel 1988 determinò che c'erano "significative differenze nei tratti di personalità tra coloro che abortiscono in adolescenza e coloro che abortiscono da adulte."⁵¹ Punteggi clinici indicavano patologia in molti casi nel campione delle adolescenti. Furono registrati livelli disfunzionali per i tratti antisociali, la paranoia, l'abuso di droghe e le delusioni psicotiche. Allo stesso modo, il gruppo di adolescenti ha riportato più tentativi di suicidio.

Uno studio americano del 1985 su studenti di scuola superiore negli stati del mid-west ha trovato un aumento da sei a dieci volte nei tentativi di suicidio quando le adolescenti hanno avuto un aborto.⁵² I principali fattori sottostanti i tentativi di suicidio dei ragazzi sono la rabbia, l'ansia, e l'impulsività. Gli eventi scatenanti sono spesso rottura di relazioni, disordini familiari, e scarse decisioni nelle aree accademica, sociale o morale. Negli anni successivi a un aborto il 90 % delle relazioni degli adolescenti finisce, e se la decisione di abortire è stata presa per mantenere una relazione, la seguente rottura provocherà spesso sentimenti di rabbia, dolore, o abbandono.

All'interno del gruppo di adolescenti ci sono giovani donne che hanno sperimentato pressione esterna ad abortire da parte di coetanei, familiari, fidanzati, professionisti medici, psicologi o counselors. Se le giovani donne sperimentano tale pressione, la loro scelta di abortire potrebbe essere caratterizzata da mancanza di consenso informato e da una percezione di impotenza nel gestire la situazione.

Anche se vengono date alle adolescenti informazioni complete e accurate, i loro processi cognitivi immaturi possono impedire loro la comprensione. La discussione di possibili conseguenze a lungo termine richiede l'abilità di progettare il futuro, che non è una capacità che molti adolescenti possiedono. Richiede inoltre che le informazioni riguardanti le conseguenze mediche e psicologiche siano comprese.

Uno studio canadese dei Programmi di Prevenzione degli Abusi Sessuali ha trovato che i giovani possono registrare verbalmente le informazioni, ma che essere consapevoli dei fatti non conduce necessariamente ai cambiamenti di comportamento attesi.⁵³ Simili studi sulle abitudini di fumo degli adolescenti e sull'uso dei contraccettivi conferma che, per persone immature, c'è meno probabilità che un cambiamento di comportamento segua l'acquisizione di informazioni fattuali.

Conclusioni

Le donne che hanno una storia psichiatrica, che vivono in relazioni abusive, che credono che l'aborto sia moralmente sbagliato, che sono ambivalenti, o sono adolescenti, hanno maggiore probabilità di avere seri problemi a gestire e superare l'esperienza dell'aborto. Ma, per ragioni che non sono del tutto chiare, la presenza di tali fattori raramente è considerata, dal personale delle cliniche abortive o dai ricercatori sull'aborto, essere una ragione per sconsigliare l'aborto.

Alcuni clinici potrebbero argomentare che l'impatto sociale del partorire, per le donne, è peggiore dell'abortire. Ma tale proposizione non è basata su risultati documentati. In ogni caso, è poco probabile che le informazioni derivanti dalle ricerche sull'aborto, circa le negative conseguenze psicologiche, siano abitualmente offerte alle donne che stanno per abortire. Questo solleva la questione del consenso informato. Trattenendo le informazioni il clinico agisce nel migliore interesse della paziente o nel percepito interesse della società? È inoltre degno di nota il fatto che tutte e cinque le categorie a più alto rischio citate sopra rappresentano situazioni in cui potrebbe essere esercitata una considerevole pressione sulla donna per sottoporsi ad una azione che questa non crede essere nel suo migliore interesse. Questo fattore di coercizione potrebbe spiegare il perché molte donne reagiscono negativamente dopo un aborto.

Punti chiave Capitolo 11

- Le donne che hanno abortito sono a rischio di difficoltà emotive dopo la procedura, specialmente quelle con preesistenti fattori quali problemi di relazioni, ambivalenza circa il loro aborto, adolescenza, precedenti problemi psichiatrici o emotivi, pressione da parte di altri ad abortire, o valori religiosi o filosofici che sono in contrasto con l'interruzione di gravidanza.
- La prevalente interpretazione del lutto, della depressione, del senso di colpa, della rabbia, e dell'ansia dopo l'aborto nelle cliniche abortive e nelle ricerche in Nord America è che questi sono dovuti, non alla procedura, ma a una preesistente predisposizione della donna a problemi psicologici.
- Dove è offerto un supporto tramite counselling (per esempio, in Svezia) alle donne incinta che non sono sicure di dovere o poter portare a termine la loro gravidanza, è più probabile che queste non abortiscano.
- Vista l'evidenza che le donne in certi gruppi a rischio sono più vulnerabili emotivamente dopo un aborto, le cliniche degli aborti e le strutture mediche dovrebbero sconsigliare l'aborto in questi casi? Questa domanda diventa cruciale viste le recenti scoperte che dimostrano che le donne che abortiscono hanno molto maggiore probabilità di commettere un suicidio.
- Il consenso informato per il benessere psicologico delle donne, dopo l'aborto, è un tema a cui il personale sanitario dovrebbe rivolgere l'attenzione.

Ringraziamo la Dott.ssa Valeria D'Antonio per averci fornito la traduzione.

Notes

1 deVeber LL, Ajzenstat J, Chisholm D. Postabortion grief: psychological sequelae of medical abortion. *Humane Medicine* 1991 August;7(3):203-9.

2 deVeber 1991. See n. 1, pp. 204-205.
Kent I, Greenwood RC, Loeken J, Nicholls, W. Emotional sequelae of elective abortion. *BC Medical Journal* 1978 April;20(4):118-19.

3 deVeber 1991. See n. 1, p 206.

4 Belsey EM, Greer HS, Lal S, Lewis SC, Beard RW. Predictive factors in emotional response to abortion: King's termination study--IV. *Social Science and Medicine* 1977 January;11(2):71-82.

5 Dunlop JL. Counselling of patients requesting an abortion. *Practitioner* 1978 June;220:847-52.

6 Shusterman LR. Predicting the psychological consequences of abortion. *Social Science and Medicine* 1979 November;13A(6):683-9.

7 Tamburrino MB, Franco KN, Campbell NB, Pentz JE, Evans CL, Jurs SG. Postabortion dysphoria and religion. *Southern Medical Journal* 1990 July;83(7):736-8.
Congleton GK, Calhoun LG. Post-abortion perceptions: a comparison of self-identified distressed and nondistressed populations. *International Journal of Social Psychiatry* 1993 Winter;39(4):255- 65 Winter 1993;39(4):255-65.

- Turell Susan C, Armsworth Mary W, Gaa John P. Emotional response to abortion: A critical review of the literature. *Women & Therapy* 1990;9(4):49-68.
- Franz W, Reardon D. Differential impact of abortion on adolescents and adults. *Adolescence* Spring 1992;27(105):161-72.
- 8 McAll K, Wilson WP. Ritual mourning for unresolved grief after abortion. *Southern Medical Journal* 1987 July;80(7):817-21, p. 817.
- 9 Gilchrist AC, Hannaford PC, Frank P, Kay CR. Termination of pregnancy and psychiatric morbidity. *British Journal of Psychiatry* 1995 August;167(2):243-8, p. 244.
- 10 Rosenfeld JA. Emotional responses to therapeutic abortion. *American Family Physician* 1992 January;45(1):137-40, p. 137.
- 11 Cozzarelli C. Personality and self-efficacy as predictors of coping with abortion. *Journal of Personality and Social Psychology* 1993 December;65(6):1224-36, p. 1224.
- 12 Hunfeld JAM, Wladimiroff JW, Passchier J. Pregnancy termination, perceived control, and perinatal grief. *Psychological Reports*. 1994 Feb;74(1):217-218.
- 13 David HP. Post-abortion and post-partum psychiatric hospitalization. *Ciba Foundation Symposium* 1985;115:150-64.
- 14 Cogle, JR, Reardon, DC, Rue VM, Shuping MW, Coleman PK, Ney PG. Psychiatric admissions following abortion and childbirth: A recordbased study of low-income women. *Archives of Women's Mental Health* 2001;3(4)Supp.2:47.
- 15 The Emotional Effects of Induced Abortion. Fact Sheet. New York: Planned Parenthood Federation of America, May 2000.
- 16 Rue V. *Postabortion Trauma*. Lewisville, Texas: Life Dynamics, 1994; p. 7.
- 17 Zolese G, Blacker CV. The psychological complications of therapeutic abortion. *British Journal of Psychiatry* 1992 June;(160):742-9; p. 745.
- Greer HS, Lal S, Lewis SC, Belsey EM, Beard RW. Psychosocial consequences of therapeutic abortion King's termination study III. *British Journal of Psychiatry* 1976 January;128:74-9.
- 18 Glander SS, Moore ML, Michielutte R, Parsons LH. The prevalence of domestic violence among women seeking abortion. *Obstetrics & Gynecology* 1998 June;91(6):1002-6; p. 1004.
- 19 Bluestein D, Rutledge CM. Family relationships and depressive symptoms preceding induced abortion. *Family Practice Research Journal* 1993 June;13(2):149-56; p153.
- Ney PG, Fung T, Wickett AR, Beaman-Dodd C. The effects of pregnancy loss on women's health. *Social Science and Medicine* 1994 May;38(9): 1193-200.
- 20 Rosenfeld 1992. See n. 10.
- Major B, Cozzarelli C, Sciacchitano AM, Cooper ML, Testa M, Mueller PM. Perceived social support, self-efficacy, and adjustment to abortion. *Journal of Personality and Social Psychology* 1990 September;59(3):452-63.
- 21 Barnett W, Freudenberg N, Wille R. Partnership after induced abortion: a prospective controlled study. *Archives of Sexual Behavior* 1992 October;21(5):443-55; p.443.

- 22 Curry MA, Perrin N, Wall E. Effects of abuse on maternal complications and birth weight in adult and adolescent women. *Obstetrics & Gynecology* 1998 October;92(4 Pt 1):530-4; p. 553.
- Parker B, McFarlane J, Soeken K. Abuse during pregnancy: effects on maternal complications and birth weight in adult and teenage women. *Obstetrics & Gynecology* 1994 September;84(3):323-8.
- 23 Mannion M. Abortion and healing: A pastoral church responds in word and sacrament. In: Mannion M, editor. *Post-Abortion Aftermath: A Comprehensive Consideration: Writings Generated by Various Experts at a 'Post-Abortion Summit Conference'* Kansas City: Sheed and Ward, 1994: 106-18.
- 24 Torre-Bueno A. *Peace After Abortion*. San Diego, California: Pimpernel Press, 1997.
- 25 Rue 1994. See n. 16, p.63.
- 26 Silber T. Abortion in adolescence: the ethical dimension. *Adolescence* 1980 Summer;15(58):461-74.
- Ortiz CG, Vazquez Nuttall E. Adolescent pregnancy: effects of family support, education, and religion on the decision to carry or terminate among Puerto Rican teenagers. *Adolescence* 1987 Winter; 22(88):897-917.
- 27 Bierling G, Cassidy E, Carter E. Agency and maternal perceptions of the decision to parent. Joseph Koterski SJ, ed. *Life and Learning IV*. Fourth University Faculty for Life Conference; Fordham University. Washington, D.C.: University Faculty for Life; 1995; p. 297.
- 28 Dirks MJ. Psychological Outcomes of Abortion: An Exploration of Knowledge, Conflict, and Expectancies [Doctoral Dissertation]: University of Cincinnati, 1979.
- 29 Tamburrino et al. 1990. See n. 7, pp. 736-7.
- 30 Thorn V. Project Rachel: Faith in action, A ministry of compassion and caring. In: Mannion M, editor. *Post-Abortion Aftermath*. Kansas City, MO: Sheed and Ward, 1994: 144-63.
- 31 Thorn 1994. See n. 30, p. 153.
- 32 De Puy C, Dovitch D. *The Healing Choice: Your Guide to Emotional Recovery After an Abortion*: Fireside, 1997; p. 142.
- 33 Coleman PK, Franz W, Reardon D. The Salience of Pressure to Obtain an Abortion as a Predictor of Post-Abortion Adjustment in Adolescents and Adult Women [Unpublished Manuscript].1998; p. 16.
- 34 Ajzenstat J, Cassidy E, Carter E, Bierling G. *Going It Alone: Unplanned Single Motherhood in Canada*. Toronto: The de Veber Institute, 1994.
- 35 Osler M, Morgall JM, Jensen B, Osler M. Repeat abortion in Denmark. *Danish Medical Bulletin* 1992 February;39(1):89-91.
- *
- Husfeldt C, Hansen SK, Lyngberg A, Noddebo M, Petersson B. Ambivalence among women applying for abortion. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandnavica* 1995 November;74(10):813-7; p. 813.
- 36 Trost J. Abortions in relation to age, coital frequency, and fecundity. *Archives of Sexual Behavior* 1986 December;15(6):505-9.
- Holmgren K, Uddenberg N. Ambivalence during early pregnancy among expectant mothers. *Gynecologic and Obstetric Investigation* 1993;36(1): 15-20.
- Lemkau, JP. Post-Abortion Adjustment of Health Care Professionals in Training. *American Journal of Orthopsychiatry*. 1991 January;61(1):92-102.
- Bracken, MB, Klerman, LV, Bracken, M. Coping with Pregnancy Resolution among Never-Married Women. *American Journal of Orthopsychiatry*. April 1978 April;48(2):320-334.

- 37 Husfeldt 1995. See n. 35, p. 815.
- 38 Hamark B, Uddenberg N, Forssman L. The influence of social class on parity and psychological reactions in women coming for induced abortion. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 1995 April;74(4):302-6.
- 39 Holmgren K, Uddenberg N. Ambivalence during early pregnancy among expectant mothers. *Gynecologic and Obstetric Investigation* 1993;36(1):15-20.
- 40 Tornbom M, Ingelhammar E, Lilja H, Svanberg B, Moller A. Decisionmaking about unwanted pregnancy. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 1999 August;78(7):636-41.
- 41 Husfeldt 1995. See n. 35, p. 816.
- 42 Hamark 1995. See n. 38, p. 305.
- 43 Peppers LG. Grief and elective abortion: Breaking the emotional bond? *Omega-Journal of Death and Dying* 1987-1988;18(1):1-12.; p. 9.
- 44 Franco KN, Tamburrino MB, Campbell NB, Pentz JE, Jurs SG. Psychological profile of dysphoric women postabortion. *Journal of the American Medical Women's Association* 1989 July-August;44(4):113-5.
- 45 Allanson S, Astbury J. The abortion decision: reasons and ambivalence. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 1995 September;16(3):123-36; p. 130.
- 46 Tornbom 1999. See n. 40.
- 47 Coleman et al. 1998. See n. 33.
- 48 Franz W. Post-abortion trauma and the adolescent. In: Mannion M, editor. *Post-Abortion Aftermath*. Kansas City: Sheed and Ward, 1994: 119-30.
- 49 Deutsch MB. Personality Factors, Self Concept, and Family Variables Related to First Time and Repeat Abortion-Seeking Behavior in Adolescent Women [Doctoral Dissertation].: The American University, 1982. Kent et al. 1978. See n. 2, p.118.
- 50 Kent et al. 1978. See n. 2.
Linares LO, Leadbeater BJ, Jaffe L, Kato PM, Diaz A. Predictors of repeat pregnancy outcome among black and Puerto Rican adolescent mothers. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 1992 April;13(2):89-94.
- 51 Campbell, NB, Franco K, Jurs S. Abortion in Adolescence. *Adolescence* 1998 winter; 23(92):813-823;p.821.
- 52 Garfinkel, B, Hoberman HM, Parsons JH, Walker, J. Stress, Depression and Suicide: A Study of Adolescents in Minnesota. Responding to High Risk Youth, Minnesota Extension Service, University of Minnesota (1986). 43-55.
- 53 Gentles I, Cassidy E. Evaluating the Evaluators: Child Sexual Abuse Prevention-Do We Know It Works? in Christopher R. Bagley and Ray J. Thomlison, eds., *Child Sexual Abuse: Critical Perspectives on Prevention, Intervention, and Treatment*. Toronto: Wall and Emerson, 1991. 27-40
-
