

Metodologia e pregiudizio: I problemi riguardanti la ricerca sugli effetti dell'aborto

La ricerca sugli effetti dell'aborto sulla salute delle donne, soprattutto nel Nord America, è molto incline alla citazione selettiva: Alcuni ricercatori fanno riferimento soltanto agli studi precedenti con cui si trovano d'accordo, e non consultano o menzionano quegli studi le cui conclusioni divergono dalle proprie.

Esistono anche altri problemi metodologici: controlli post-intervento troppo a breve termine, che fanno sì che diverse complicazioni successive all'aborto non vengano notate, in quanto queste ultime si manifestano solo dopo che la donna ha già lasciato la clinica; pregiudizi contro notizie negative sull'aborto da parte di molti ricercatori il cui interesse non dichiarato è di far sembrare l'aborto una procedura sicura e senza pericoli; irregolarità nella codificazione che non permette di collegare malattie come la perforazione uterina, la PID, o la gravidanza ectopica (che spesso conducono alla morte della paziente), ad aborti precedenti; e l'infertilità attribuita alla PID e alla gravidanza ectopica che sono delle conseguenze di aborti precedenti.

Il correttivo a tali pregiudizi è costituito dagli studi epidemiologici della storia riproduttiva delle pazienti. Tali studi possono rivelare se le difficoltà riproduttive vanno ricondotte ad aborti precedenti.

Metodologia e pregiudizio:

Le riserve riguardo alla ricerca sugli effetti dell'aborto

A. I problemi della ricerca medica

Quando si fa una revisione della letteratura all'inizio di qualsiasi studio di ricerca, le opere citate precedenti sono spesso quelle che sostengono le conclusioni

dell'autore o quelle in cui l'autore stesso ha partecipato in qualità di autore principale o secondario

(ovvero quando il nome dell'autore appare nell'elenco degli autori dalla terza posizione in poi). Una ricerca nella banca dati dell'intero campo scientifico porterebbe alla luce un numero di studi molto maggiore. Tuttavia, molti di questi vengono spesso

considerati secondari o poco importanti, mentre altri vengono citati con tale frequenza che appaiono come opere seminali nel campo scientifico, indipendentemente dalla misura in cui osservano le regole fondamentali di ricerca o sono considerati come seminali da altri ricercatori oltre agli autori degli studi che li citano.

La ricerca sugli effetti dell'aborto è particolarmente minata dal problema della citazione selettiva. Inoltre, essa è soggetta ad altri difetti metodologici:

1. Mancanza di controlli post-intervento a lungo termine

Gran parte della ricerca sugli effetti dell'aborto riguarda il breve termine. Ciò può avere un impatto particolare per quanto riguarda gli aborti tardivi effettuati nel secondo trimestre, in quanto tali donne spesso sono fuori dal sistema di monitoraggio.

Uno studio canadese condotto da Jacot e altri, ad esempio, ha mostrato la difficoltà di effettuare un monitoraggio accurato sulle donne che si sottopongono ad un aborto tardivo, anche quando viene compiuto ogni sforzo per farlo. I ricercatori sono riusciti a contattare il 90 per cento delle donne che avevano abortito dopo una gestazione da cinque a quattordici settimane, ma solo l'82 per cento di quelle che avevano abortito dalla quindicesima alla ventesima settimana. I ricercatori sono riusciti a contattare soltanto il 77 per cento delle donne che avevano abortito tra la diciassettesima e la ventesima settimana, *tra le quali la grande maggioranza non poteva o non voleva essere vista di persona.*¹ L'affermazione che non vi sono complicazioni deve essere valutata alla luce della riluttanza di molti soggetti a partecipare in studi simili.

2. Pregiudizi contro scoperte negative

Molti problemi successivi all'aborto che sono stati identificati da ricercatori europei non sono stati accettati diffusamente nel Nord America perché in tale continente esiste un pregiudizio contro la pubblicizzazione di ogni tipo di scoperta negativa sull'aborto indotto.

3. Segnalazione incompleta

Oltre al pregiudizio complessivo contro le scoperte negative, esiste anche una segnalazione incompleta negli studi di diversi problemi specifici, come nei casi seguenti:

a. Perforazioni uterine e aderenze

La letteratura scientifica indica che esiste una alta probabilità di segnalazione incompleta di perforazioni uterine che non causano emorragie eccessive o infezioni. Di conseguenza, patologie come la sindrome di Asherman - che produce aderenze che non sono immediatamente identificabili - vengono diagnosticate tardivamente, quando la paziente si presenta per un trattamento contro l'infertilità. L'esame del bacino non riesce a evidenziare eventuali anomalie.² Perciò, la sindrome viene diagnosticata solo quando viene effettuato un controllo completo sulle donne che frequentano i centri di fertilità. Di conseguenza, non vengono identificati tre gruppi di donne: 1) Quelle che vorrebbero concepire ma che non possono permettersi un trattamento contro l'infertilità; 2) Quelle che pensano che i dispositivi contraccettivi che usano impediscono loro di concepire, ma che in realtà sono esse stesse a non poter concepire; e 3) quelle che non proveranno più a concepire. Tale inability di identificare l'intera popolazione delle donne colpite confonde le analisi statistiche.

b. La malattia infiammatoria pelvica

La malattia infiammatoria pelvica (in inglese Pelvic Inflammatory Disease, o PID) può svilupparsi entro una fino a tre settimane dopo un aborto, ma può anche non essere legata all'intervento. La classificazione della malattia dipende dal medico che ha in cura la paziente, dalle domande che avrà posto, e dalla classificazione fornita dallo staff del medico o dal personale dell'ospedale. Se la paziente ha una storia clinica che include malattie trasmesse sessualmente (MTS), ciò costituirebbe una spiegazione sufficiente per lo sviluppo della PID, e il fatto che l'aborto ne sia stata la causa potrebbe non essere mai rilevato.

La letteratura europea è molto chiara sull'impatto significativo dell'aborto sulle donne precedentemente affette da MTS: esse corrono un alto rischio di contrarre la PID. Tuttavia, nell'America del Nord, il test per la PID prima dell'intervento abortivo non è obbligatorio. Infatti, mentre la letteratura nordamericana discute sulla somministrazione di antibiotici in casi simili, non è certo che la maggior parte

delle cliniche per aborti menzionino tale rischio durante la procedura di ammissione.

c. L'aborto "medico" fallito

Quando un aborto "medico" o farmacologico fallisce, è molto probabile che la donna venga sottoposta ad un secondo tentativo, questa volta di tipo chirurgico. Il suo corpo sarà stato sottoposto a due procedure abortive nello spazio di poche settimane. Al fine di stabilire i rischi epidemiologici, ciò equivale a uno o due aborti? L'argomento non viene trattato nella letteratura, ma vista la promozione sempre maggiore delle procedure abortive farmacologiche, esso merita più attenzione di quella che gli è stata riservata.

d. Aborti ripetuti

Oggigiorno, gli aborti ripetuti costituiscono una percentuale significativa del numero complessivo di aborti (vedi Cap. 7). I modi in cui tali avvenimenti multipli hanno un impatto sulla salute futura richiede un'indagine più approfondita. Se le donne abortiscono perché pensano che l'aborto sia sicuro, semplice e senza conseguenze sulla loro fertilità futura, pensano anche che gli aborti multipli siano anch'essi privi di conseguenze importanti. La letteratura recente indica altrimenti, ma in effetti sono pochi gli studi che considerano le implicazioni epidemiologiche a lungo termine degli aborti ripetuti.

e. Gravidanze ectopiche

Come indicato dal titolo di un saggio in *Obstetrics & Gynecology*, entro quindici anni dalla legalizzazione dell'aborto, la gravidanza ectopica divenne epidemica nel Nord America.³ Tuttavia, se una donna viene ricoverata in ospedale per questa condizione, la classificazione potrebbe non riflettere il fatto che lei si sia recentemente sottoposta ad un aborto indotto. Infatti, i centri americani per il controllo delle malattie usano la Classificazione internazionale delle malattie (conosciuta come l'edizione riveduta dell'ICD-10) per tutti i dati sui decessi. I codici disponibili per le complicazioni specifiche dell'aborto omettono il codice 633 che si riferisce alla gravidanza ectopica. Pertanto, gli ospedali devono inserire un codice che non può rimandare all'aborto indotto.⁴

In alcuni casi recenti riportati dal *Journal of Emergency Medicine* e dal *Journal of Pathology*, si è notato che alcune gravidanze ectopiche non erano state sospettate o identificate prima che le donne lasciassero la struttura.⁵ Tra questi casi, Nugent ha

documentato che "una paziente si era sottoposta ad una procedura abortiva intrauterina semplice due settimane prima."⁶

In uno studio canadese, Jacot et al. hanno documentato che una gravidanza ectopica "scoperta dopo una aspirazione uterina non riuscita...è risultata in un'isterectomia, effettuata in parte come procedura di sterilizzazione volontaria."⁷ Quando viene scoperta una gravidanza ectopica e viene effettuata un'isterectomia "in parte" per la sterilizzazione volontaria, il legame con l'aborto può essere facilmente non individuato durante la classificazione.

Quando una gravidanza ectopica segue un aborto indotto, solitamente la letteratura ne identifica la causa in qualche evento riproduttivo precedente come una malattia infiammatoria pelvica, senza che la PID venga identificata come una conseguenza dell'aborto.

4. Epidemiologia

L'epidemiologia è una disciplina che studia l'incidenza e la prevalenza di malattie dentro e attraverso le popolazioni. Lavorando a debita distanza dalla procedura o dalla malattia che stanno investigando, gli epidemiologi cercano di individuare le problematiche riguardanti la salute pubblica e di fornire ai medici ed agli organi regolatori le informazioni necessarie per assistere i pazienti, curare le malattie e sviluppare determinate politiche pubbliche. A causa delle limitazioni intrinseche allo studio diretto dell'aborto, diventa sempre più evidente che l'approccio epidemiologico può essere il più fruttuoso nella determinazione degli effetti a lungo termine dell'aborto. Quando le condizioni ostetriche o ginecologiche vengono considerate da un punto di vista epidemiologico, vi è la speranza che siccome l'aborto ha degli effetti su problemi medici che si verificano successivamente, esso possa essere incluso come parte della storia riproduttiva di ogni paziente individuale.

Tale area di ricerca, tuttavia, presenta numerosi problemi. Attualmente, nell'America del Nord, l'aborto indotto viene spesso considerato come un tutt'uno con l'aborto spontaneo, e in altri casi viene incluso nello studio ma mai discusso nel testo di un particolare studio di ricerca. Di conseguenza, i ricercatori che leggono tali studi si trovano costretti ad estrapolare informazioni dai dati grezzi - e devono tenere in conto che i dati grezzi forniti nella sezione riservata ai risultati dello studio potrebbero non suffragare le conclusioni così come appaiono nella discussione o nell'estratto dello studio stesso. I seguenti sono degli esempi di discrepanze spesso rilevate tra i dati concreti e le conclusioni interpretative:

Lipworth

Nella sezione dei risultati di tale studio, è stato osservato che esiste un aumento di rischio del 100% di tumore al seno nelle donne la cui prima gravidanza è risultata in un aborto, e un aumento di rischio del 60% per le donne che si sono sottoposte ad un aborto indotto dopo la loro prima gravidanza.

Nella sezione dedicata alla discussione dei dati, l'autore afferma che "...probabilmente ciò che si può affermare con certezza è che qualsiasi eventuale aumento collegabile all'aborto indotto è tutt'al più statisticamente marginale."⁸

Ci si può chiedere, però, se gran parte delle donne considererebbero un aumento di rischio del 60 o del 100% di incorrere in un serio problema medico come "statisticamente marginale".

Ewertz e Duffy

Nella sezione del loro studio riservata ai risultati, gli autori hanno notato che tra le donne che si erano sottoposte ad un'interruzione di gravidanza precoce e che non hanno successivamente portato a termine la gravidanza, "l'aborto indotto è stato collegato ad un R[ischio] R[elativo] del 3,85"⁹ (ovvero le donne che si erano sottoposte ad un aborto indotto correvano un rischio quasi *quattro volte maggiore* di sviluppare un tumore al seno).

Nella sezione dedicata alla discussione dei dati, gli autori hanno osservato semplicemente che "[i nostri risultati] hanno fornito prove ulteriori che per esercitare un effetto protettivo contro il tumore al seno, le gravidanze devono essere portate a termine."¹⁰ Qui non vi è nessun cenno al collegamento tra l'aborto indotto e un aumento nel rischio di sviluppare un tumore al seno.

Inoltre, gli autori non fanno distinzioni tra l'aborto spontaneo e l'aborto indotto. Nel loro estratto (il riassunto all'inizio del loro articolo) gli studiosi documentano gli effetti di rischio dell'aborto spontaneo e di quello indotto *congiuntamente* (corsivo nostro) come "un RR della prima gravidanza precocemente interrotta dell'1,43."¹¹

Daling et al.

Nella sezione del loro studio riservata ai risultati, i ricercatori hanno notato un RR dell'1,2 per le donne nullipare i cui aborti sono stati effettuati prima del diciottesimo anno d'età, e fanno riferimento ad uno studio precedente del 1994 che aveva registrato un rischio relativo del 2,5.

Ciò nonostante, essi hanno concluso che "...i risultati dello studio precedente sostengono solo in minima parte l'ipotesi che esista un aumento di rischio nell'incidenza di tumore al seno...tra le donne in età riproduttiva."¹²

Quante donne considererebbero un aumento di rischio del 20 al 150 per cento di tumore al seno come "minimo"?

In generale, la rilevazione dell'aborto nei censimenti nazionali potrebbe essere inferiore del 30% rispetto al numero effettivo di aborti realizzati. Pertanto, la rilevazione nazionale non costituisce un metodo affidabile per collegare l'aborto a condizioni mediche successive, a meno che non venga effettuato un calcolo correttivo. Attualmente, non si sa con esattezza quale forma tale calcolo debba avere.

A. I problemi della ricerca psicologica

Difetti analitici

Per un esame approfondito della letteratura nel campo degli esiti psicologici, Rogers et al. hanno pubblicato un'analisi dettagliata di tutti i 280 studi di ricerca che trattano specificamente le conseguenze dell'aborto. Gli autori hanno trovato che di questi 280 articoli nelle riviste scientifiche, 204 dovevano essere esclusi "...perché non hanno fornito dati empirici originali." In altre parole, solo il 27 per cento (76 studi) di essi possono essere considerati come ricerche effettive su soggetti specifici. Il restante 73 per cento è costituito da revisioni che hanno rielaborato i risultati del 27 per cento. Inoltre, di questi 76 studi, solo 34 sono stati compiuti dopo la piena legalizzazione dell'aborto negli Stati Uniti.¹³

Attraverso tale approccio analitico, Rogers et al. hanno identificato venti difetti metodologici diversi che si sono verificati nella letteratura sull'aborto. Essi hanno successivamente calcolato la frequenza di queste mancanze negli articoli di ricerca originali. Gli autori hanno trovato una media di 6,5 difetti metodologici in ciascun articolo. Essi hanno identificato i problemi seguenti:

- difetti nella campionatura per via di un numero di soggetti troppo limitato
- sovente, mancanza di controllo di gruppo per i partecipanti che hanno sostenuto aborti multipli
- campionatura non rappresentativa per via di pregiudizi nella selezione

- informazioni incomplete: dati, metodologie, intervalli nei controlli successivi, o esiti non rilevati
- mancata separazione del campione in cui è stata registrata l'esistenza di una storia psichiatrica per-esistente
- mancanza di misurazioni precedenti ed antecedenti per i confronti di riferimento
- nessun controllo per potenziali pregiudizi da parte dello sperimentatore o dell'intervistatore
- una perdita significativa (più del 15%) dei soggetti nei controlli successivi
- laddove la decisione di abortire è stata presa per motivi psichiatrici, i sintomi potrebbero essere stati ingranditi per ottenere il permesso per l'aborto
- un'attendibilità o una validità bassa o sconosciuta dello strumento di valutazione

Lo psichiatra canadese Philip Ney ha anche valutato le difficoltà metodologiche nella letteratura psichiatrica. Le sue classificazioni presentano notevoli somiglianze con le mancanze negli articoli psicologici identificati da Rogers et al.

Secondo Ney, le mancanze principali sono:

- una mancanza di gruppi di controllo o di confronto (p. es. solo il 10% dei 250 studi usati da Doane e Quigley hanno usato gruppi di controllo o di confronto.¹⁴)
- nessuna analisi dello stato antecedente alla gravidanza per stabilire un confronto con la salute della donna dopo l'aborto
- nessun controllo a lungo termine
- nessun tentativo per collegare le conseguenze psichiatriche a quelle mediche¹⁵

La ricerca psicologica è stata minata da un altro problema: la delegittimazione delle scoperte fatte da ricercatori conosciuti per la loro filosofia a favore della vita.

Quando David Reardon, un ricercatore a favore della vita, ha pubblicato un ampio studio su 7500 donne che stavano soffrendo di angoscia post-aborto, è stato criticato per il suo approccio retrospettivo e per l'inadeguatezza del campione,

anche se la maggior parte degli studi sulle conseguenze dell'aborto sono viziati da una campionatura limitata e da un ritiro significativo di soggetti. Nello stesso modo, il lavoro di Speckhard e Rue è stato ignorato o criticato perché hanno suggerito la possibilità che dopo l'aborto si manifesti un disturbo post-traumatico da stress (DPTS). Nella sua recensione, Wilmoth sottolinea che Reardon, Speckhard e Rue, Barnard e Vaughan sono dei ricercatori a favore della vita, mentre i ricercatori favorevoli all'aborto non vengono designati come pro-abortisti. Un caso simile è la recensione della ricerca di Adler da parte di Wilmoth: Adler, che è favorevole all'aborto e non rileva alcun esito negativo dopo l'aborto, viene semplicemente identificato come un membro del comitato scientifico dell'Associazione americana di psicologia, legittimando così i suoi risultati.¹⁶

Vincoli politici

Ogni questione tecnicamente complessa si presta alla manipolazione politica, soprattutto a tentativi di sminuire una scoperta il cui "difetto" principale può essere costituito dalla sua impopolarità politica.

Un esempio significativo di ricerca epidemiologica difettosa nell'America del Nord è il possibile collegamento tra l'aborto indotto e il tumore al seno. La ricerca in questo campo è difficile da fare nel Nord America per via delle questioni politiche riguardanti l'aborto (vedi Cap. 2).

L'impatto di fattori epidemiologici nell'ambiente e nella dieta sul numero di tumori al seno successivi è ancora in fase sperimentale. Emergono delle controversie sugli effetti di certe sostanze chimiche e inquinanti, ma i dati provenienti dalle cliniche del tumore al seno riconoscono sia il possibile impatto sia la natura controversa di tali fattori. A differenza della dieta e dell'ambiente, l'aborto indotto viene raramente menzionato nel materiale informativo per il paziente (vedi Cap. 2).

Conclusione

Come si è visto, lo stato attuale della ricerca minimizza in modo fuorviante gli effetti dell'aborto indotto in numerosi modi. Inoltre, un numero non specificato di donne che si sono sottoposte all'aborto e che sono sterili possono non essere al corrente della loro sterilità perché usano (inutilmente) dei contraccettivi. Un altro numero non specificato di donne possono essere al corrente della propria infertilità, ma potrebbero non permettersi alcun trattamento o non essere disposte ad addentrarsi nel campo della fertilità altamente tecnologizzata per motivi etici. Nessuno di questi gruppi sarà classificato come sterile, anche se lo sono.

Sarebbe prudente ritenere che esista un maggior numero di problemi di salute dopo l'aborto indotto di quante ne vengano rilevate nel sistema attuale. Le donne meritano un sistema di valutazione di rischio più attento ed accurato, che consideri una parte maggiore dei dati che riflettono l'effettivo rischio dell'aborto per la loro salute.

Punti chiave del Capitolo 17

- La ricerca post-aborto nell'America del Nord viene spesso ostacolata da problemi metodologici che rendono difficile l'accertamento degli effetti reali dell'aborto sulla salute e sulla fertilità future della donna.
- I controlli supplementari successivi all'aborto tendono ad essere a breve termine, a soffrire di una campionatura inadeguata, senza gruppo di controllo, o a contenere informazioni incomplete. Di conseguenza, molte complicazioni non vengono attribuite alla procedura abortiva.
- I gruppi di interesse non dichiarato nel Nord America non vogliono che l'opinione pubblica ascolti delle cattive notizie sull'aborto. Esiste una minimizzazione considerevole nella letteratura sulle conseguenze negative dell'aborto ed il loro possibile legame con un numero di problemi medici, come la bassa fertilità, la prematurità e il tumore al seno.
- La codificazione irregolare da parte degli ospedali e dei centri per il controllo delle malattie non collegano problemi riproduttivi quali l'infertilità, la malattia infiammatoria pelvica, la sindrome di Asherman, le complicazioni degli aborti indotti farmacologicamente e degli aborti ripetuti, nonché delle gravidanze ectopiche ad aborti precedenti quando, in realtà, l'aborto ne è la causa scatenante. I decessi vengono attribuiti in modo inesatto.
- Le donne meritano un sistema di valutazione di rischio più responsabile, in cui i dati della ricerca riflettano in modo accurato i veri rischi dell'aborto per la loro salute e la loro fertilità future.

Ringraziamo il Dottore Sergio Portelli per la traduzione.

Note

1 Jacot FR, Poulin C, Bilodeau AP, Morin M, Moreau S, Gendron F, et al. A five-year experience with second- trimester induced abortions: no increase in complication rate as compared to the first trimester. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1993 February;168(2):633-7.

2 Heisterberg L. Factors influencing spontaneous abortion, dyspareunia, dysmenorrhea, and pelvic pain. *Obstetrics & Gynecology* 1993 April;81(4):594-7.

3 Weinstein L, Morris MB, Dotters D, Christian CD. Ectopic pregnancy--a new surgical epidemic. *Obstetrics & Gynecology* 1983 June;61(6):698-701.

4 World Health Organization. *International Classification of Diseases (ICD-10) International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) Tenth Revision* 1992. Geneva.

Crutcher M. *Lime 5: Exploited by Choice*. Denton, Texas: Life Dynamics, 1996:136.

5 Li L, Smialek JE. Sudden death due to rupture of ectopic pregnancy concurrent with therapeutic abortion. *Archives of Pathology and Laboratory Medicine* 1993 July;117(7):698-700.

6 Nugent PJ. Ruptured ectopic pregnancy in a patient with a recent intrauterine abortion. *Annals of Emergency Medicine* 1992 January;21(1):97-9, p. 97.

7 Jacot et al. 1993. Vedi n. 1, p. 635.

8 Lipworth L, Katsouyanni K, Ekblom A, Michels KB, Trichopoulos D. Abortion and the risk of breast cancer: a case-control study in Greece. *International Journal of Cancer* 1995 April;61(2):181-4, p. 184.

9 Ewertz M, Duffy SW. Risk of breast cancer in relation to reproductive factors in Denmark. *British Journal of Cancer* 1988 July;58(1):99-104, p. 102.

10 Ewertz e Duffy, 1988. Vedi n. 9, p. 103.

11 Ewertz e Duffy, 1988. Vedi n. 9, p. 99.

12 Daling JR, Brinton LA, Voigt LF, Weiss NS, Coates RJ, Malone KE, et al. Risk of breast cancer among white women following induced abortion. *American Journal of Epidemiology* 1996 August;144(4):373-80, p. 379.

13 Rogers JL, Stoms GB, Phifer JL. Psychological impact of abortion: methodological and outcomes summary of empirical research between 1966 and 1988. *Health Care for Women International* 1989;10(4):347-76.

14 Doane BK, Quigley BG. Psychiatric aspects of therapeutic abortion. *Canadian Medical Association Journal* 1981 September 1;125(5):427-32.

15 Ney PG, Wickett AR. Mental health and abortion: review and analysis. *Psychiatric Journal of the University of Ottawa* 1989 November;14(4): 506-16.

16 Reardon D. *Aborted Women, Silent No More*. Chicago: Loyola University Press, 1987.

Wilmoth GH, de Alteriis M, Bussell D. Prevalence of psychological risks following legal abortion in the U.S.: Limits of the evidence. *Journal of Social Issues* 1992 Fall;48(3):37-66.

Speckhard AC, Rue VM. Postabortion syndrome: an emerging public health concern. *Journal of Social Issues* 1992 Fall;48:95-119.

Barnard C. *The Long Term Psychosocial Effects of Abortion*. Portsmouth, N.H.: Institute for Abortion Recovery and Research, 1990.

Vaughan HP. Canonical Variates of Postabortion Syndrome [Doctoral Dissertation]. University of North Carolina at Greensboro, 1990.