

Il dolore che le donne provano durante l'aborto volontario è dovuto sia a fattori fisici che psicologici. Gli studi suggeriscono che la maggior parte delle donne sperimenta un dolore di entità maggiore di quanto pronosticato al counseling pre-aborto; in ogni caso il dolore è una sequela della procedura abortiva sottostimata e poco valutata.

Livelli di dolore eccezionalmente elevati possono indicare complicanze fisiche acute, anche se il personale che pratica l'interruzione di gravidanza e che rileva i livelli di dolore può non notare la possibile connessione con le complicanze e, invece, presupporre che le donne che provano dolore intenso siano semplicemente emotivamente instabili.

Sembra che la depressione dopo l'aborto volontario sia fortemente legata all'intensità del dolore riportato e che rifletta il fallimento dell'aborto nel mitigare la depressione. Nonostante questo non ci sono evidenze che il rischio della donna di provare dolore sia mai preso in considerazione nel counseling pre-aborto come elemento per raccomandare di vagliare delle soluzioni alternative all'aborto. Il dolore durante l'aborto necessita di studi più ampi e più indipendenti.

Il dolore

Si conosce poco sull'accuratezza e completezza delle informazioni fornite alle pazienti sul livello di dolore da aspettarsi per l'interruzione di gravidanza. Ci sono state richieste di ulteriori ricerche sul dolore provato durante la procedura.¹ I moduli per il consenso danno l'impressione che la sensazione dolorosa ricorderà dei crampi mestruali intensi. Ma questo non è quel che le donne riferiscono. Le evidenze sotto forma di aneddoto lasciano intendere che i livelli di dolore durante l'aborto volontario possano raggiungere il grado severo.

Questionario sul dolore di McGill

Il dolore può essere visto come un aspetto della reazione fisica dell'organismo a ferite o procedure invasive, ma anche come risposta psichica, cioè l'espressione di fattori psichici ed emotivi sottostanti come l'odio di sé stessi, l'isolazione, l'ambivalenza, la depressione, il senso di colpa o la paura. Quando si ha a che fare col dolore che accompagna l'aborto, spesso questi due tipi di risposta al dolore coesistono. Belanger e colleghi hanno trovato che il 97% delle 109 donne di uno studio in una clinica di aborti di Montreal hanno provato dolore e il 61% ha segnalato livelli di dolore che andavano dal moderato al severo. I ricercatori hanno utilizzato il questionario sul dolore di McGill, uno strumento usato in diverse realtà cliniche per la misurazione del dolore. I punteggi totali sono poi stati paragonati ai punteggi del dolore attribuiti per "altre sindromi dolorose acute e croniche". Si è trovato che mediamente il dolore per l'aborto era superiore a quello accusato da pazienti con fratture, distorsioni, nevralgie, o artrite ed era pari a quello riportato dai pazienti affetti da cancro e dagli amputati mentre sperimentavano il dolore all'arto fantasma.²

Sono di particolare interesse i fattori demografici che differenziavano le donne che accusavano dolore severo da quelle che trovavano il dolore più tollerabile. I fattori identificati da questi ricercatori sono stati: età, livello di istruzione, ansia pre-operatoria, depressione, paura, ambivalenza, bassa tolleranza al dolore e preoccupazioni di natura morale o sociale. Ad esempio, riferendosi al criterio dell'età, "...non tutte le adolescenti hanno riportato dolore severo, avevano però una probabilità doppia di sperimentare i livelli di dolore più severo registrati rispetto alle pazienti meno giovani."³

La principale scoperta dello studio, comunque, è stata che la depressione esistente prima dell'aborto emergeva come il principale elemento predittore dell'intensità del dolore. Spesso si suggerisce che la gravidanza procuri alla

donna depressione e che, siccome l'aborto ne rimuove la causa, dovrebbe anche dare sollievo. Belanger e colleghi invece hanno trovato che metà delle donne che prima dell'aborto accusavano alti livelli di depressione, sul Beck Depression Inventory “due settimane dopo la procedura erano ancora depresse e ansiose”.⁴

Delle 116 donne invitate a partecipare alla ricerca, quattro si sono rifiutate e altre tre “erano impossibilitate a completare la valutazione”⁵. L'articolo non spiega la natura della suddetta impossibilità, ma le complicanze mediche post-aborto possono esserne state la causa.

Belanger e colleghi hanno concluso che le donne che presentano fattori di rischio, in particolare ambivalenza o depressione, presumibilmente sono le più bisognose di un counseling “e potrebbero beneficiare dell'anestesia generale o di narcotici aggiuntivi”.⁶

Altri studi

Una ricerca su Medline riguardo il dolore durante o dopo l'aborto volontario evidenzia che dal 1979 ci sono state solo poche iniziative di ricerca volte ad analizzare questo argomento in particolare. In una monografia elaborata da una clinica di aborti statunitense è comparso un capitolo discorsivo a riguardo. Dei nove studi sul dolore, a parte quello di Belanger e colleghi, due erano di un unico professionista canadese che pratica l'aborto (e di un suo associato): Wiebe (1992) e Wiebe e Rawling (1995). Questi studi, insieme a quelli di Borgatta e Nickinovich, sono stati intrapresi dal personale delle cliniche di aborti o da impiegati della Federazione Americana per la Pianificazione Familiare (*Planned Parenthood Federation of America*), tutti sostenitori della facile disponibilità dell'aborto volontario.⁷

I ricercatori sopra citati hanno identificato il dolore come un problema per le loro clienti. Borgatta e Nickinovich riportano: “Ci siamo sorpresi nel notare che la maggior parte delle pazienti accusava un dolore da moderato in su durante la procedura; non ci aspettavamo che così tante donne avrebbero accusato un dolore severo”.⁸ Il counseling pre-aborto minimizzava in modo non veritiero il dolore che le pazienti avrebbero sperimentato. Il dolore della procedura abortiva di solito veniva descritto alle donne in termini di “crampi mestruali che possono essere intensi e che durano 5-10 minuti”.⁹ Le pazienti avrebbero capito che ci si riferiva ad un livello di dolore equivalente al punteggio “alto” del Questionario sul dolore di McGill?

Wiebe e Rawling hanno testato diversi analgesici e ne hanno paragonato l'efficacia nell'alleviare il dolore. Nello studio hanno discusso l'effetto di questi farmaci sia durante la procedura che nei 30 minuti del post operatorio. L'argomento principale della loro ricerca, comunque, era il paragone tra i diversi farmaci applicati al dolore provato dalle pazienti a causa dell'aborto; l'obiettivo non era la quantificazione del dolore in sé. Nonostante ciò, quando hanno valutato i tempi d'attesa hanno scoperto che in un gruppo di clienti “la lidocaina aveva smesso di agire perché tutte le donne provavano un dolore da moderato a severo”. Essi hanno concluso che: “le nostre pazienti sperimentano ancora un livello di dolore significativo per cui è necessaria ulteriore ricerca per il controllo del dolore nell'aborto”.¹⁰

Nel 1996 Wiebe ha pubblicato un articolo di ricerca sulle pazienti dopo aborto farmacologico e ha scoperto che riportano livelli di dolore più elevati rispetto alle donne sottoposte ad aborti chirurgici. I risultati di Wiebe avvalorano quelli trovati dalla ricerca dello scienziato svedese Holmgren nel 1992.¹¹ (Per una discussione più ampia sull'aborto farmacologicamente indotto o “medico” vedi il capitolo 8).

Il dolore provocato dall'aborto chirurgico può essere causato dalla procedura in sé o da sue complicanze quali infezioni, danneggiamento dell'utero, o rottura cervicale. Nella loro ricerca *epidemiologica* retrospettiva Holt, Doling e colleghi hanno studiato l'effetto della storia abortiva della paziente sulla probabilità di successive gravidanze ectopiche. Essi hanno riscontrato che le donne con successive gravidanze ectopiche avevano provato dolore per una settimana in più, in seguito ad un aborto volontario precedente (12,5%), rispetto a donne che non avevano avuto successive gravidanze ectopiche.¹² Ciò suggerisce la possibilità di un legame tra il dolore dopo un aborto indotto e le gravidanze ectopiche successive. Queste scoperte dovrebbero mettere in guardia sia le donne sottoposte ad aborto, sia i loro medici, rispetto a possibili successive difficoltà.

Sfortunatamente al momento, in letteratura, c'è poco riconoscimento che il dolore da moderato a severo potrebbe essere sintomo di una complicanza chirurgica. Al contrario, le donne che richiedono analgesici, o che accusano livelli di dolore importanti, vengono giudicate come incapaci a tollerare il dolore bene come le altre donne studiate.¹³

Nello studio sul dolore, così come in altre aree della ricerca sull'interruzione di gravidanza, si nota l'anomalia per cui, la consapevolezza che una donna possa essere predisposta a sofferenze fisiche e psicologiche, non si traduce nella raccomandazione a considerare delle alternative all'aborto. Questo punto verrà discusso più avanti nel capitolo 11.

Conclusione

Dalla presente ricerca risulta chiaro che le donne provano dolore durante e dopo l'aborto, in particolar modo quelle che riferiscono depressione prima della procedura. Contrariamente a quanto viene detto alle pazienti che eventualmente si sottoporranno all'aborto volontario - cioè che il dolore

sarà paragonabile a forti crampi mestruali - spesso il dolore riferito è tanto severo quanto quello dei pazienti con cancro ed è simile al dolore fantasma tipico degli amputati. Dal momento che il dolore dopo l'aborto può essere un indicatore di gravidanza ectopica o di altre conseguenze negative, è necessario che i medici siano più scrupolosi riguardo al dolore post aborto e le donne devono essere avvisate che questo può essere indice di una complicanza. E' necessaria ulteriore ricerca indipendente in quest'area.

Punti chiave del capitolo 9

- Il dolore durante e dopo l'aborto non è stato adeguatamente studiato.
- Le donne di solito riferiscono livelli di dolore molto più intenso di quanto suggerito durante i counseling pre-aborto.
- Un dolore severo dopo l'aborto è fortemente correlato alla depressione, antecedente l'aborto o insorta successivamente.
- Il dolore può essere un indicatore chiave di serie complicanze mediche, e questo spesso non è spiegato alle donne.
- E' possibile che i livelli di dolore riportati dalle donne vengano ignorati o minimizzati nelle valutazioni condotte dai professionisti che praticano l'aborto.
- Servono più studi indipendenti sulla correlazione tra l'aborto e il dolore.

Ringraziamo la Dott.ssa Marta Villa per la traduzione.

Notes

- 1 Wiebe ER, Rawling M. Pain control in abortion. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 1995 July;50(1):41-6.
- Borgatta L, Nickinovich D. Pain during early abortion. *Journal of Reproductive Medicine* 1997 May;42(5):287-93.
- 2 Belanger E, Melzack R, Lauzon P. Pain of the first trimester abortion: a study of psychosocial and medical predictors. *Pain* 1989 March;36(3):339-50.
- 3 Belanger 1989. See n. 2, p. 345.
- 4 Belanger 1989. See n. 2, p. 347.
- 5 Belanger 1989. See n. 2, p. 340.
- 6 Belanger 1989. See n. 2, p. 348.
- 7 Smith GM, Stubblefield PG, Chirchirillo L, McCarthy MJ. Pain of first-trimester abortion: its quantification and relations with other variables. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1979 March;133(5):489-98.
- Suprpto K, Reed S. Naproxen sodium for pain relief in first-trimester abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1984 December 15;150(8):1000-1.
- Wells N. Pain and distress during abortion. *Health Care of Women International* July/Sept 1991;12(3):293-302.
- Stubblefield PG. Control of pain for women undergoing abortion. Supplement, *International Journal Gynecology and Obstetrics* 1989;44(3):131-4.
- Wiebe ER. Comparison of the efficacy of different local anesthetics and techniques of local anesthesia in therapeutic abortions. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1992 July;167(1):131-4.
- Wiebe and Rawling 1995. See n. 1.
- Donati S, Medda E, Proietti S, Rizzo L, Spinelli A, Subrizi D, et al. Reducing pain of first trimester abortion under local anaesthesia. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* 1996 December 27;70(2):145-9.
- Borgatta and Nickinovich 1997. See n. 1.
- Baker A. Helping clients manage pain and fear of pain. In: *Abortion and Options Counseling: A Comprehensive Reference*. Granite City, Illinois: Hope Clinic For Women, 1995.
- 8 Borgatta and Nickinovich 1997. See n. 2, p. 292.
- 9 Borgatta and Nickinovich 1997. See n. 2, p. 288.
- 10 Wiebe and Rawling 1995. See n. 1, p. 43.
- 11 Wiebe ER. Abortion induced with methotrexate and misoprostol. *Canadian Medical Association Journal* 1996 January 15;154(2):165-70.
- Holmgren K. Women's evaluation of three early abortion methods. *Acta*

Obstetricia et Gynecologica Scandanavica 1992 December;71(8):616-23.

12 Holt VL, Daling JR, Voigt LF, McKnight B, Stergachis A, Chu J, et al. Induced abortion and the risk of subsequent ectopic pregnancy. American Journal of Public Health 1989 September;79(9):1234-8.

13 Creinin MD. Methotrexate and misoprostol for abortion at 57-63 days gestation. Contraception 1994 December;50(6):511-5.
