

Mgr Elżbieta, Małgorzata Kaczmar

Konsekwencje przerywania ciąży w relacjach małżeńsko-rodzinych w świetle własnych badań

Wprowadzenie

Dość powszechne jest przekonanie, że nie istnieją konsekwencje dla kobiety dokonującej aborcji bądź są one minimalne. Pomimo to tematyka aborcji budzi silne emocje, w dużej mierze dlatego, że nie jest to sporadyczne zjawisko, które można byłoby zmarginalizować. Problematyka psychicznych konsekwencji po aborcji czasem jest porównywana z psychicznymi zaburzeniami po porodzie, jednak mamy do dyspozycji opracowania naukowe, książki i artykuły dotyczące depresji poporodowej (por. np. Wasilewska-Pordes, 2001, s. 2), natomiast zaburzenia postaborcyjne stanowią niewielki margines rozważań naukowych (por. np. Casey, 1999, s. 8-10).

Z danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO - *World Health Organisation*) z 1997 roku wynika, że rocznie na świecie dokonywanych jest 53 mln aborcji (za: Sikorski, Baszak, 2000, s. 12). Z badań Ney'a wynika, że aborcji dokonało 70% Amerykanek (Ney, Wickett, 1989, s. 1193-1200), a 21% poddało się więcej niż jednej aborcji (Hanshaw, Forest, Van Vart, 1987, s. 63-70). W Wielkiej Brytanii stosunek liczby aborcji do żywych urodzeń w okresie pomiędzy 1971 a 1986 rokiem zwiększył się z 1:8 do 1:4, a w krajach byłego Związku Radzieckiego wskaźnik aborcji wynosi 112-186 na 1000 kobiet w ciągu roku (Chazan, 2000, s. 9). Z danych GUS (2000) wynika, że w Polsce w latach 1974-1991 dokonano 2 051 164 aborcji w stosunku do 11 000 000 urodzonych dzieci. Natomiast na podstawie danych GUS w latach 1990-2006 w tym od: 1990-1992; 101935, 1993-2006; 7,427 zostało przeprowadzonych aborcji ogółem. Od 2003 wzrosła liczba aborcji w wyniku choroby dziecka poczętego.

Mając na uwadze powyższe dane, jest niezmiernie ważne, by przeanalizować problem dotyczący konsekwencji aborcji. Ważną przyczyną podjęcia tej problematyki jest fakt, że w podręcznikach ginekologicznych lub psychiatrycznych rzadko porusza się ten problem. W wydany w 1987 roku DSM-III-R (*Diagnostic and Statistical*, 1987) aborcja jest jednym ze stresorów doprowadzających do zespołu stresu pourazowego, natomiast w następnym opracowaniu DSM-IV z 1994 aborcja nie została już uwzględniona, choć nie przedstawiono żadnych danych uzasadniających decyzję o usunięciu rozważań dotyczących tej problematyki.

W literaturze naukowej poruszającej kwestię skutków aborcji najczęściej spotykamy się z opisem wpływu zabiegu przerywania ciąży na zaburzenia w sferze somatycznej. Jednak te problemy mają także wymiar psychologiczny i mogą w znacznym stopniu dezorganizować funkcjonowanie jednostki i jej najbliższych (m.in. Fijałkowski, 1990; Rys, 1994a).

1. Zaburzenia w relacjach z innymi – analiza dotychczasowej literatury

Z dotychczasowych analiz dokonanych na podstawie przeglądu literatury wynika, że przeprowadzenie aborcji bardzo często prowadzi do zmian psychosomatycznych u kobiety, ale również do zmian w relacjach z innymi. Przyczyną może być wzrost agresji, złości, poziomu konfliktowości i tłumienia uczuć.

Złość jest typowym skutkiem aborcji i wynika z licznych konfliktów. Często kobieta czuje, że została opuszczona w sytuacji, kiedy najbardziej potrzebowała wsparcia. Od tego momentu jest zła na tych, którzy ją opuścili i mniej ufna wobec innych. Złość może być skierowana ku rządowi, opiece medycznej, a zwłaszcza lekarzom, którzy dokonali aborcji i nie powstrzymali kobiety przed tego rodzaju decyzją. Złość jest szczególnie silna u kobiet, które pochodzą z dysfunkcyjnych rodzin, ponieważ – jak to uzasadnia Ney (1988, s. 363-373) zostaje ona ponownie pozbawiona poczucia własnej wartości, tak jak to było jej udziałem w dzieciństwie (pro. Także: Salter, 2003).

Innymi oddalonymi w czasie konsekwencjami psychicznymi mogą być zaburzenia emocjonalne. Tłumione przeżycia negatywne z czasem się rozszerzają na całą sferę uczuć kobiety. Wynikiem tego może być utrata związku uczuciowego z małżonkiem i dziećmi. Zjawisko braku więzi emocjonalnej w konsekwencji rozszerza się na całe otoczenie (Kornatowska, 1990, s. 7). Symptomy konfliktów dotyczących złości¹ to często niekontrolowane ataki furii, rosnące zgorzknienie i zimna izolacja. To może doprowadzić do zachowań skrajnie feministycznych, które służą deklasowaniu i poniżaniu mężczyzn. Natomiast zgorzknienie może powodować szereg chorób, w tym różnego rodzaju choroby psychosomatyczne. Po aborcji intymny kontakt z ojcem dziecka może być jednym z czynników aktualizujących uraz. Kobiety najczęściej po aborcji boją się ponownego zajścia w ciążę. Sfera pożycia intymnego nie przynosi więc zadowolenia. Najczęstszą reakcją w tym przypadku jest chęć wycofania się z tej dziedziny kontaktów. Rodzi to najczęściej liczne konflikty w życiu rodzinnym (za: Tietze, Bongaarts, 1975, s. 1).

Dr Yelly stwierdza, że aborcja przeprowadzona przed małżeństwem może doprowadzić do nieprawidłowych postaw w dalszym życiu (np. oziębłości czy nieprawidłowych, intymnych relacji) (za: Toulat, 1978, s. 27-29). Zdaniem J. Toulat następuje duże niebezpieczeństwo urazu psychicznego, uczuciowego i moralnego po dokonaniu aborcji. Kobiety mogą się czuć napiętnowane tym urazem do końca swego życia. Powtórzenie aborcji może stać się źródłem oziębłości płciowej i nerwic. Uraz ten może być zakorzeniony głęboko w podświadomości (za: tamże, s. 15-35). Z badań wynika, że 30-50% kobiet po aborcji cechuje promiskuityzm (Speckhard, Rue, 1999, s.95-119). Postawy te są interpretowane jako próba znalezienia takiego partnera, który inaczej niż poprzedni udzieli

¹ Na ataki złości są szczególnie narażone te kobiety, które doświadczyły:

- zaniechania lub opuszczenia w dzieciństwie;
- braku satysfakcji z pełnienia funkcji rodzicielskiej;
- braku sensu życia;
- opuszczenia przez partnera w czasie ciąży (Ney, Peeters, 1985, s. 56).

wsparcia kobiecie. Kobieta angażując się w kolejny związek seksualny, często wybierając równie nie wspierającego mężczyznę, jak poprzedni.

Na zaburzenia relacji narażone są szczególnie te kobiety, które cierpią z powodu także innych problemów społecznych, obciążeń psychicznych, braku przyjaciół, czy chęci posiadania dzieci. Zaburzenia relacji są szczególnie dotkliwe u kobiet nie pracujących zawodowo (tamże, s. 11n).

Konsekwencje psychologiczne zabiegów aborcji są rozległe, jednak zmiany w relacjach z innymi nie są obojętne dla otoczenia (tamże, s. 137-142).

Aborcja wywiera znaczący wpływ na stosunek kobiety do jej dzieci, a te w związku z zaistniałą sytuacją mogą doświadczać problemów, które stanowią zasadniczy składnik tzw. zespołu osoby ocalonej od/po aborcji².

Kobiety, które pochodzą z rodzin, w której doświadczone aborcji, częściej same decydują się na aborcję. Może być to wynikiem także ich słabszej kondycji psychofizycznej spowodowanej rzadszym dotykaniem, przytulaniem, okazywaniem miłości warunkowej czy krótszym karmieniem piersią przez matki. W tej sytuacji mogą też doświadczać mniejszej akceptacji swojego ciała, czy własnej seksualności, czy też niechęci bycia matką (Ney i in., 1993, s. 46-58). Gordon zauważa, że aborcja jest przeżyciem traumatycznym również dla wielu mężczyzn. Prawo, które zezwala kobiecie na dokonanie zabiegu przerwania ciąży, a pozbawia mężczyzn decydowania o losie własnych potomków, wywołuje w nich agresję i złość. W tej sytuacji mężczyzna nie ma możliwości nawiązania więzi z dzieckiem i nie będzie wspierał kobiety, która jest skłonna dokonać aborcji. Konsekwencją tej sytuacji jest występowanie symptomów syndromu postaborcyjnego u mężczyzn o objawach podobnych

² Ney zwrócił uwagę na fakt, że tzw. zespół osoby ocalonej może występować w następujących sytuacjach:

- gdy matka dokonała aborcji przed lub po narodzeniu dziecka żyjącego;
- gdy mimo zaplanowania aborcji do zabiegu nie doszło z powodu np. problemów finansowych;
- gdy osoba przeżyła próbę dokonania aborcji (Ney, Peeters, 1993; Ney, 1983, s. 172).

Krell zauważa, że dzieci ocalałe często reagują dręczącym poczuciem winy (za: Covenat, Spoulding, Sullivan, 1997, s. 412n). Autor wykazuje w badaniach, że powiązanie poczucia winy rodzica i dziecka powoduje „zmnę milczenia” prowadzącą do trzech możliwych syndromów:

1. „dziecko prześladowane” żyje z brakiem zaufania wobec tego, co może je jeszcze czekać, podczas gdy rodzice nie informują go o fakcie, który zaistniał. Dziecko doświadcza skrzętnie ukrywanej tajemnicy rodzinnej. Nie występuje formalna zgoda rodziców na wyjawienie sekretu. Dziecko boi się pytać o wyjaśnienie;
2. „skrępowane dziecko” odzwierciedla rodzicielską potrzebę kontrolowania tych sił, które unicestwiły jego rodzeństwo. Jeżeli aborcja została dokonana dla wygody lub w wyniku presji społecznej czy ekonomicznej, rodzice zmagają się, by aborcja nie wydarzyła się ponownie. Świadomi swej destrukcyjności, rodzice są nadopiekuńczy wobec dziecka i chronią je przed wszelką wrogością. Kiedy dziecko jest powstrzymywane przed odkrywaniem świata, jego inteligencja, adaptacyjność i ciekawość są skrępowane;
3. „dziecko zastępcze” - ocalone - jest szczególnie chciane, po to, by zastąpiło ono dziecko, którego już nie ma. Dziecko niesie na sobie ciężar oczekiwań, które mogą być niespełnione. Kiedy ono rozczarowuje, rodzice mogą reagować zwiększoną frustracją - być może unicestwili dziecko, które mogło być tym, które mogło spełnić oczekiwania (Krell, 1979, s. 471-477; Yarout, 1996, s. 89; Ney, Peeters, 1993, s. 173-177).

jak u kobiet, z wyjątkiem objawów fizycznych. Ponadto mężczyźni odczuwają wysoki poziom frustracji związany

z utratą poczucia tożsamości, ponieważ nie byli w stanie uratować swojej rodziny i dziecka (za: Gordon, Kilpatrick, 1978, s. 291-295). Powtarzanie się tego rodzaju sytuacji, świadomość, że każdy akt seksualny może doprowadzić do poczęcia, a w związku z tym do ponownej decyzji o aborcji może prowadzić nawet do impotencji. Z drugiej strony nie jest społecznie uznawany żal po tego rodzaju stracie. Refleksja nad stratą dziecka występuje dopiero w okresie starości, gdy mężczyzna chciałby podzielić się z kimś swoim doświadczeniem życiowym. Szczególnie odczuwalny jest brak dziecka w sytuacji, gdy ojciec sprzeciwiał się decyzji kobiety mającej zamiar dokonać aborcji (Kornas-Biela, 1999, s. 16-19).

Niektóre kobiety po zabiegu aborcji mają poczucie winy, z którego wynika przekonanie, że nie zasłużyły na normalny związek miłosny i spełnienie seksualne. Wśród nich są takie, które zmieniają często swoich partnerów (Speckhard, Rue, 1999, s. 95-119; Stanford, 1994, s. 4).

Zdaniem G. Dolińskiej-Zygmunt (1985, s. 75) najbardziej dramatycznych przeżyć doświadczają te kobiety, które nie chciały usunąć ciąży, lecz zostały do tego czynu przymuszone przez męża, partnera lub krewnych. Sytuacja ulega pogorszeniu, jeżeli uważają one, że macierzyństwo ma istotną wartość. W wyniku aborcji zostały pozbawione płodności i źródła radości życia. Doprowadza to najczęściej do zaburzeń mechanizmów psychologicznych tworzących ukierunkowanie życia, zniekształcenia obrazu siebie i świata.

2. Badania własne

2.1. Badane osoby i zastosowane metody

Pierwotnie planowano podjęcie badań, korzystając z pomocy lekarzy ginekologów pracujących w oddziałach szpitalnych oraz prowadzących prywatne praktyki. Okazało się jednak, że lekarze niechętnie umożliwiają kontakt z pacjentkami po aborcji. Stąd też zdecydowano się przeprowadzić badania, docierając osobiście do kobiet, które zdecydowała się na przeprowadzenie zabiegu i które wyraziły zgodę na tego typu badanie. Część badań została przeprowadzona z byłymi pacjentkami Oddziału Nerwic Szpitala Neuropsychiatrycznego w jednym ze szpitali województwa lubuskiego. Badaniami została objęta również grupa kobiet po aborcji z terenu Górnego i Dolnego Śląska oraz grupa kobiet z Zielonej Góry i okolic. Z uwagi na specyfikę problemu, jaki został poruszony, duża liczba kobiet, które dokonały aborcji, nie zwróciła otrzymanego zestawu metod. Z przekazanych 400 kompletów otrzymano 152.

Badaniem zostały objęte kobiety w wieku między 20 a 65 rokiem życia. W badaniach uwzględniono wiek osób badanych, wykształcenie, stan cywilny, liczbę posiadanych dzieci oraz liczbę dokonanych aborcji.

Badania przeprowadzono w formie wywiadu oraz kwestionariusza własnego autorstwa. Kwestionariusz został wysłany do osób – sędziów kompetentnych zajmujących się zajmujących się problematyką doświadczeń traumatycznych. Odpowiedź uzyskano od 16 sędziów.

Kwestionariusz, tak jak wiele technik badawczych, ma swoje wady. Jedną z nich jest brak możliwości sprawdzenia danych, a wspomnienia, na których opiera się osoba badana, mogą być już zatarte lub zniekształcone przez różne przeżycia.

2.2. Uzyskane wyniki

Badane doświadczyły następującej ilości zabiegów przerwania ciąży:

Tabela 1. Liczba aborcji

Liczba aborcji w małżeństwie	Liczba kobiet	Procent
0	38	25
1	67	44,1
2	30	19,7
3	8	5,3
4	5	3,3
5	3	2
10	1	0,7
OGÓLEM	152	100

Spośród badanych 67 kobiet (44,1%) dokonało po jednej aborcji, 30 kobiet (19,7%) – po dwie aborcje. Osiem kobiet (5,3%) dokonało zabiegu przerwania ciąży trzykrotnie, a pięć (3,3%) usunęło ciążę czterokrotnie. Najmniejsza liczba respondentek, tj. trzy kobiety (2,0%) usunęły po pięć ciąż, a jedna (0,7%) dokonała dziesięciu aborcji.

Tabela 2. Liczba aborcji przed małżeństwem

Liczba aborcji przed małżeństwem	Liczba kobiet	Procent
0	107	70,4
1	36	23,7
2	6	3,9
3	2	1,3
4	1	0,7
OGÓLEM	152	100

Z badań wynika, że przed usankcjonowaniem związku 36 kobiet (23,7%) dokonało po jednej aborcji, a sześć kobiet (3,9%) dokonało aborcji dwukrotnie. Najmniejsza liczba kobiet tj. dwie osoby (1,3%) dokonały trzech zabiegów aborcyjnych, a jedna (0,7%) doświadczyła czterech takich zabiegów.

Zabieg przerwania ciąży powoduje poczucie osamotnienia i wewnętrznej pustki:

Tabela 3. Poczucie osamotnienia i wewnętrznej pustki

Lp.	Wiek	Liczba	Osamotnienie		Opuszczenie		Izolacja		Wewnętrzna pustka		Obumieranie życia uczuciowego		Obojętność emocjonalna		Występowanie myśli lub tendencji samobójczych	
			L	%	L	%	L	%	L	%	L	%	L	%	L	%
1	20-25	11	4	2,6	3	2,0	1	0,7	5	3,3	3	2,0	3	2,0	0	0,0
2	26-30	15	10	6,6	4	2,6	4	2,6	7	4,6	7	4,6	6	3,9	3	2,0
3	31-35	20	10	6,6	4	2,6	4	2,6	12	7,9	9	5,9	10	6,6	5	3,3
4	36-40	19	9	5,9	6	3,9	5	3,3	16	10,5	9	5,9	10	6,6	7	4,6
5	41-45	27	12	7,9	10	6,6	6	3,9	15	9,9	13	8,6	14	9,2	9	5,9
6	46-50	22	10	6,6	5	3,3	4	2,6	8	5,3	8	5,3	8	5,3	7	4,6
7	51-55	22	18	11,8	9	5,9	9	5,9	12	7,9	13	8,6	13	8,6	9	5,9
8	56-60	10	7	4,6	2	1,3	2	1,3	3	2,0	3	2,0	3	2,0	2	1,3
9	> 60	2	2	1,3	1	0,7	0	0,0	1	0,7	0	0,0	0	0,0	1	0,7
10	B.d	4	1	0,7	0	0,0	0	0,0	2	1,3	1	0,7	1	0,7	1	0,7
RAZEM		152	83	54,6	44	28,9	35	23,0	81	53,3	66	43,4	68	44,7	44	28,9

Kobieta po zabiegu aborcyjnym przeżywa szereg stanów psychicznych, uniemożliwiających jej normalne funkcjonowanie. Do najczęściej wymienianych przez badane negatywnych stanów psychicznych można zaliczyć: osamotnienie, opuszczenie, izolacja, wewnętrzna pustka, obumieranie życia uczuciowego, obojętność emocjonalną. Po zabiegu przerwania ciąży 54,6% badanych przeżywa stan osamotnienia. Natomiast odczucie opuszczenia doświadcza 28,9% respondentek a izolację 23,0% kobiet. W przypadku badanej grupy, wewnętrzna pustka występuje u 53,3% kobiet a obumieranie życia uczuciowego doświadcza 43,4% badanych. 44,7% badanych doświadcza postępującej, emocjonalnej obojętności. Również zabieg przerywania ciąży spowodował występowanie myśli lub tendencji samobójczych w 28,9% badanych.

Zabieg przerwania ciąży powoduje zmianę w relacjach z partnerem. Dane zamieszczono w tabeli 4.

Tabela 4. Zaburzenia w relacjach z partnerem

Lp.	Wiek	Liczba	Częste zmiany partnera		Relacje wykorzystujące mężczyznę		Chęć częstej izolacji		Obawy przed współżyciem seksualnym		Obawy przed następną ciążą		Nienawiść lub wstręt do życia seksualnego	
			L	%	L	%	L	%	L	%	L	%	L	%
1	20-25	11	2	1,3	1	0,7	3	2,0	5	3,3	7	4,6	2	1,3
2	26-30	15	0	0,0	0	0,0	7	4,6	10	6,6	8	5,3	5	3,3
3	31-35	20	1	0,7	2	1,3	6	3,9	13	8,6	16	10,5	6	3,9
4	36-40	19	2	1,3	4	2,6	10	6,6	12	7,9	12	7,9	7	4,6
5	41-45	27	1	0,7	3	2,0	17	11,2	14	9,2	20	13,2	11	7,2
6	46-50	22	5	3,3	2	1,3	9	5,9	12	7,9	14	9,2	9	5,9
7	51-55	22	4	2,6	1	0,7	10	6,6	14	9,2	19	12,5	10	6,6
8	56-60	10	0	0,0	0	0,0	3	2,0	6	3,9	10	6,6	4	2,6
9	> 60	2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,3	2	1,3	2	1,3
10	B.d	4	0	0,0	0	0,0	3	2,0	3	2,0	3	2,0	1	0,7
RAZEM		152	15	9,9	13	8,6	68	44,7	91	59,9	111	73,0	57	37,5

Zabieg przerwania ciąży powoduje niejednokrotnie zaburzenia w relacjach z partnerem. Najczęstszymi tego rodzaju zaburzeniami są: częste zmiany partnera, relacje wykorzystujące mężczyznę, chęć częstej izolacji, obawa przed współżyciem seksualnym, obawa ponownej ciąży oraz nienawiść i wstręt do życia seksualnego. Wśród badanych kobiet zaburzenia w relacjach z partnerem mają charakter:

- a) obawy przed następną ciążą 73,0%
- b) obawy przed współżyciem seksualnym 59,9%
- c) chęć częstej izolacji 44,7%
- d) nienawiść lub wstręt do życia seksualnego 37,5%
- e) częste zmiany partnera 9,9%
- f) wykorzystywanie mężczyzn 8,6%

Znaczne zmiany po aborcji występują również w sferze seksualnej.

Badane kobiety w znacznym stopniu uskarżają się na obojętność seksualną- 38,8% (n=59) oraz zaburzenia popędu seksualnego- 27,0% (n=41). Ponadto 22,4% kobiet (n=34) doświadcza bólu w czasie stosunku. Powyższe zaburzenia również mają wpływ na relacje z partnerem.

Natomiast grupa badanych w znacznym procencie przejawia obawy przed współżyciem seksualnym- 59,9% (n=91) i następną ciążą- 73,0% (n=111) co powoduje nienawiść i wstręt do życia seksualnego- 37,5% (n=57) oraz chęć częstej izolacji w 44,7% (n=68). Ponadto zabieg przerwania ciąży spowodował u kobiet postawę wykorzystującą mężczyznę w 8,6% (n= 13) oraz częste zmiany partnera w 9,9% (n=15).

Kobiety po zabiegu interruptywnym doświadczają zaburzeń w życiu seksualnym.

Tabela 5. Zaburzenie w życiu seksualnym

Lp.	Wiek	Liczba	Bóle podbrzusza bez konkretnych powodów		Zaburzenia w funkcjonowaniu życia seksualnego		Zaburzenia popędu seksualnego		Bóle w czasie stosunku		Obojętność seksualna	
			L	%	L	%	L	%	L	%	L	%
1	20-25	11	1	0,7	3	2,0	2	1,3	2	1,3	3	2,0
2	26-30	15	5	3,3	5	3,3	1	0,7	1	0,7	7	4,6
3	31-35	20	7	4,6	7	4,6	7	4,6	2	1,3	6	3,9
4	36-40	19	4	2,6	7	4,6	5	3,3	6	3,9	7	4,6
5	41-45	27	8	5,3	13	8,6	10	6,6	8	5,3	12	7,9
6	46-50	22	6	3,9	7	4,6	5	3,3	5	3,3	10	6,6
7	51-55	22	5	3,3	7	4,6	4	2,6	7	4,6	9	5,9
8	56-60	10	1	0,7	3	2,0	5	3,3	3	2,0	3	2,0
9	> 60	2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,7
10	B.d	4	0	0,0	2	1,3	2	1,3	0	0,0	1	0,7
RAZEM		152	37	24,3	54	35,5	41	27,0	34	22,4	59	38,8

Do dolegliwości i objawów somatycznych, które mogą występować u kobiet w późniejszym czasie należą zaburzenia natury seksualnej. Do najczęściej spotykanych należą zaburzenia w funkcjonowaniu życia seksualnego, popędu płciowego, bóle w czasie stosunku, obojętność płciowa, bóle podbrzusza bez konkretnych powodów. Niejednokrotnie badana kobieta w kwestionariuszu informuje o kilku zaburzeniach jednocześnie.

Wśród badanych występują tego rodzaju dolegliwości w następującym układzie procentowym:

- a) obojętność płciowa 38,8%
- b) zaburzenia w funkcjonowaniu życia seksualnego 35,5%
- c) zaburzenia popędu płciowego 27,0%
- d) bóle podbrzusza bez konkretnych powodów 24,3%
- e) bóle w czasie stosunku 22,4%

Aborcja wpływa na wycofanie się kobiety z relacji ludzkich.

Tabela 6. Wycofywanie się z relacji

Lp.	Wiek	Liczba	Kontaktów międzyludzkich		Ograniczona komunikacja z ludźmi		Wycofywanie się z życia	
			L	%	L	%	L	%
1	20-25	11	2	1,3	2	1,3	3	2,0
2	26-30	15	7	4,6	6	3,9	3	2,0
3	31-35	20	9	5,9	6	3,9	7	4,6
4	36-40	19	9	5,9	8	5,3	8	5,3
5	41-45	27	10	6,6	7	4,6	10	6,6
6	46-50	22	5	3,3	5	3,3	4	2,6
7	51-55	22	12	7,9	7	4,6	8	5,3
8	56-60	10	3	2,0	4	2,6	4	2,6
9	> 60	2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10	B.d	4	1	0,7	0	0,0	0	0,0
RAZEM		152	58	38,2	45	29,6	47	30,9

U kobiet, po aborcji słabną kontakty międzyludzkie, dochodzi do ograniczonej komunikacji i powolnego wycofywania się z życia. Powyższe zmiany w relacjach występują w następującej kolejności:

- | | |
|---|-------|
| a) wycofanie się z kontaktów międzyludzkich | 38,2% |
| b) wycofanie się z życia | 30,9% |
| c) ograniczona komunikacja z ludźmi | 29,6% |

Potwierdzeniem przedstawionych badań jest poniższe zestawienie zmiennych i wynik wartości współrzędnych na odtworzonym wymiarze.

Tabela 7. Zestawienie

Zaburzenia w relacji z partnerem, a przeżywane stany psychiczne	Wartość współrzędnej na odtworzonym wymiarze
– częste zmiany partnera,	0,602
– nienawiść i wstręt do życia seksualnego,	0,467
– relacje wykorzystujące mężczyznę,	0,425
– chęć częstej izolacji w związku.	0,419
Przeżywane stany psychiczne kobiet po aborcji:	
– izolacja,	0,463
– opuszczenie,	0,421
– wycofanie z życia uczuciowego,	0,347
– obojętność emocjonalna.	0,320

Jak wykazuje badanie, aborcja powoduje zaburzenia w relacjach między kobietą a partnerem. Występują częste zmiany partnera czy relacje wykorzystujące mężczyznę, świadczące, że kobieta po zabiegu przerwania ciąży świadomie lub nieświadomie pragnie „ukarać” mężczyznę za brak wsparcia i opuszczenie w trudnym momencie życia. Kobiety po zabiegu aborcyjnym mają potrzebę częstej izolacji i doświadczają nienawiści, czy wstrętu do życia seksualnego. Koresponduje to z takimi stanami psychicznymi, jak opuszczenie, obumieranie życia uczuciowego i obojętność emocjonalna.

Podsumowanie

Problem, który został przedstawiony w tym artykule wplata się szeroko w badaną tematykę na świecie dotyczącą stresu potraumatycznego. Dzięki szczegółowym badaniom psychologów wojskowości możemy stwierdzić, że zabijanie ludzi zawsze niesie za sobą konsekwencje natury psychofizycznej i duchowej (Szymańska, Zbyszewski, 2012; Piotrowski, 2012). Marshall na podstawie badań nad zachowaniem żołnierzy w czasie II wojny światowej stwierdza: *„(...) przeciętny, zdrowy człowiek przygotowany fizycznie i umysłowo do znoszenia obciążeń walki ma wewnątrz zakodowany tak silny, zazwyczaj nieuświadomiony opór przed zabijaniem innych ludzi, że nie odbiera nikomu życia z własnej woli, jeśli tylko istnieje możliwość uchylecia się od tego obowiązku. W kluczowym momencie - mówi Marshall - zachowa się jak osoba odmawiająca służby wojskowej ze względu na przekonania”* (za: Grossman, 2010, s. 81).

Autor w innym miejscu stwierdza, że w sytuacji zmierzenia się z drugim człowiekiem na polu walki i podjęcie decyzji o jego zabiciu i obserwowanie, jak umiera jest jednym z najważniejszych, najbardziej pierwotnych i traumatycznych przeżyć wojennych (tamże, s. 82). Tak zabijanie ludzi, jak i uchylanie się od tego procederu na polu walki, pozostawia głębokie ślady w psychice, co pociąga za sobą poczucie winy i prowadzi do powstania sieci kłamstw tworzących pseudo-tajemnice społeczne. Również do tworzenia obrazu łatwości bezproblemowego zabijania w dużej mierze przyczynia się przemysł medialny. Dotyczy to również problemu ukazanego przez autora pracy. Grossman stwierdza, że psychologiczną traumę będącą efektem doświadczenia masakry i potworności, określa się mianem „stresu” co nie przedstawia prawdziwej natury wojny. Podobnie w przypadku aborcji (tamże, s. 87).

Wiele autorytetów naukowych na świecie nie łączy ze sobą tak powszechnych zjawisk, jak przemoc i aborcja, które mają wiele wspólnych cech wpływających na siebie w łańcuchu złożonych przyczyn i skutków. Aborcja i przemoc wobec dzieci są największymi i najgłębszymi tragediami naszych czasów. Oba te zjawiska to wyraz głębokich, trudnych i nie rozwiązywanych konfliktów przeżywanych w świecie. Oba wyrażają nieustanną ambiwalencję ludzkości wobec dzieci i są postrzegane zarówno jako przyczyna, jak i skutek rozwiązywania trudności rodzinnych. Dzieci z jednej strony są najcenniejszą wartością rodziny, a z drugiej źródłem irytacji. Obie formy przemocy

(w tym aborcja) są objawami beznadziejności. Pokazują, że dzieci często stają się niewinnymi ofiarami przewinień dorosłych. Tego rodzaju podejście świadczy o wielkim egoizmie i licznych konfliktach istniejących w świecie (Ney, 1994).

Krzywdzenie i zabijanie dzieci powoduje bardzo głęboką i prawie nieusuwalną krzywdę. Zastanawiające, że krzywda wyrządzona dzieciom zawsze wpływa na tych, którzy je skrzywdzili, gdyż wszyscy jesteśmy powiązani wspólnotą losu. Jeżeli krzywdzimy lub zabijamy kogoś, zabijamy również w jakiejś mierze siebie (za: Grossman, 2010, s.87). Ney (1994) twierdzi, że przemoc wobec dziecka stosowana przez mężczyzn i kobiety zwiększa ich skłonność do stosowania aborcji. Aborcja zaburza wrażliwe mechanizmy związane ze sprawowaniem roli rodzica, ale także zwiększa możliwość stosowania zaniedbania i przemocy wobec dzieci urodzonych.

Zważywszy na liczbę aborcji (1,2 do 1,5 miliona przeprowadzanych rocznie w samych tylko Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej; (za: Willke, 1990), trzeba podkreślić, że kobiety te często noszą traumatyczne znamię, które wraca, gdy słyszą głos dziecka, na widok kobiety w ciąży, które może powracać w snach czy na widok osób, które przyczyniły się do aborcji (Maestri, 2002).

Każda z tych tragicznie przeżywanych historii domaga się zakończenia, uzdrowienia. Symbolicznie można ją ująć jako „podróż do domu”, która nastąpi tylko w takiej sytuacji, gdy dana osoba zdecyduje się na terapię, a ta wymaga wielkiej siły i odwagi. Gotowość do uznania straty, przyjęcie odpowiedzialności, przyznanie się do faktu zabicia własnego dziecka, wkroczenie na drogę żalu, pojednania ze sobą i tymi, którzy skrzywdzili nie jest proste. Jednak innej drogi zdrowienia nie ma (Crawford, Jannion, 2004; por. także: Kaczmar, 2003).

Literatura

- Casey P. (1999), *Syndrom proaborcyjny-psychologiczne następstwa aborcji-mit czy rzeczywistość?* Symposium om Post Abort-Syndrom et afholdt: Kobenhavn 29 maj, Wyd. Akademikum Catholicum Stenogildet.
- Chazan B. (2000), *Aborcja i zdrowie kobiety*, Służba Życiu, 5(12).
- Covenar I.O., Spoulding J.G., Sullivan J.L. (1997), *Child's Reaction to Mothers Abortion*, Case Report, Military Med., 144.
- Crawford D.P., Jannion M.T. (2004), *Po aborcji. Uzdrawienie psychiczne i duchowe według metody AFTER*, Kraków: Wyd. WAM.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders III* (1987), Washington D.C.: Amer. Psychiatric Press.
- Dolińska-Zygmunt G. (1985), *Niektóre psychologiczne zagadnienia zabiegu przerwania ciąży*. (niepublikowana praca doktorska), Wrocław.
- Fiałkowski W. (1990), *Następstwa sztucznych poronień*, W drodze, 3, 199.
- Gordon R.A., Kilpatrick C. (1978), *A program of group counseling for men who accompany women seeking legal abortions*, Community Mental Health Journal, 13.

- Grossman D. (2010), *O zabijaniu. Psychologiczny koszt kształtowania gotowości do zabijania w trakcie pokoju i wojny*, Warszawa:Wyd. Mayfly.
- GUS (2000), *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*.
- Hanshaw S.K., Forrest J.D., Van Vart J.(1987), *Abortion services in the United States 1984 and 1985*, Family Plenning Perspectives,19.
- Kaczmar E. (2003), *Terapia "Żywa Nadzieja"- pomoc rodzinie dotkniętej przemocą [w:] Opieka i wychowanie w rodzinie*, red. C. Kępski,Lublin: Wyd. UMCS.
- Kornas-Biela D. (1999), *Psychospołeczne konsekwencje aborcji u ojców*, Głos dla Życia, 11,12.
- Kornatowska J. (1990) *Zespół proaborcyjny w zakresie zdrowia psychicznego*, Seminarium dla dziennikarzy 13.XI 1990, Łomianki-Szczecin.
- Krell R. (1979), *Effects of sibling Heath on the surviving child. A family perspective*, Fam. Process.
- Maestri W.F. (2002), *Nie trać nadziei. Problem kobiet po aborcji*. Warszawa: Wyd. Księży Marianów.
- Ney P.G. (1983), *A Consideration of Abortion Survivors [w:] Child Psychiatry and Human Development*, Human Sciences Press.
- Ney P.G. (1988), *Triangles of Abuse: A model of Maltreatment," Child Abuse and Neglect"*,12.
- Ney P.G. (1985), *Głęboko zranieni* , t. I, II Viktoria:Pioneer Publishing.
- Ney P.G., Wickett A.R. (1989), *Mental Health and Abortion: Review and Analysis*, Psychiatr.J.Univ.,14,4.
- Ney P.G., Fung T., Wickett A.R. (1993), *Relationship Between Indced Abortion and Child Abuse and Neglect: Four Studies*, Pre-and Perinatal Psychology Journal,8(1).
- Ney P.G., Peeters M.,(1993) *Abortion Survivors*, Viktoria:Pioneer Publishing.
- Ney P.G.,(1994) *The Effects of Pregnancy Loss on Women's Health*, Soc. Sci. Med,38.
- Piotrowski A.,(2012) *Psychospołeczne konsekwencje stresu operacyjno-bojowego*, Zeszyty Naukowe WSOWL, 2(164).
- Ryś M.,(1994a), *Skutki przerwania ciąży. Zespoły zaburzeń PAS (Post Aborcyjny Syndrom) i PAD (Post Aborcyjny Distress). Doniesienia z badań*, Warszawa.
- Sikorski R., Baszak E.,(2000) *Medyczne skutki aborcji*, Służba Życiu,5(12).
- Speckhard A., Rue V. (1994), *Post abortion Syndrome. An Emerging Public Health Concern*.
- Salter A.,C.,(2003) *Pokonywanie traumy. Jak rozumieć i leczyć dorosłe ofiary wykorzystywania seksualnego w dzieciństwie*,Poznań: Media Rodzina.
- Szymańska S., Zbyszewski M. (2012), *Co wiesz o zabijaniu*, Polska Zbrojna, 7(798).
- Stanford S. (1994), *Zdrowotne skutki aborcji*, Biuletyn Rahela,1.
- Tietze C., Bongaarts J. (1975), *Fertility Ratek And Abortion Rates. Simulation Family Limitations," Studies in Family Planning"*.
- Toulat J. (1978), *Sztuczne poronienie[w:] Wyzwolenie czy zbrodnia*, Warszawa .
- Wasilewska-Pordes M.(2001), *Analiza czynników warunkujących powstanie depresji po-porodowej*, referat odczytany na Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej pt. Profilaktyka i terapia

zaburzeń w kontekście sytuacji traumatycznej, 23-24 listopada 2001, Kraków: Instytut Psychologii Stosowanej UJ.

WHO (1997), *Complications des avortements, directives techniques et questionnaires pour la prevention et la treatment*, Geneve.

Yaraut J.M. (1996), *Możliwe, lecz zakazane. O powinnościach prawa*. Warszawa: PWN.