

prof. UKSW, dr hab. Maria Ryś

Uniwersytet Kard. Stefana Wyszyńskiego

Warszawa

Psychologiczne skutki przerywania ciąży Możliwości pomocy kobietom z zespołami postaborcyjnymi

"... od chwili zapłodnienia komórki jajowej rozpoczyna się życie, które nie jest życiem ojca ani matki, ale nowej ludzkiej istoty, która rozwija się samoistnie. Nie stanie się nigdy człowiekiem, jeżeli nie jest nim od tego momentu. Tę oczywistą prawdę, zawsze uznawaną, nowoczesna genetyka potwierdza cennymi dowodami. Ukazała ona, że od pierwszej chwili istnieje dokładny program tego, kim będzie ta żywa istota: człowiekiem, tym konkretnym człowiekiem, którego cechy szczególne są w pełni określone. Od zapłodnienia rozpoczynają się dzieje człowieka, choć potrzeba czasu, aby każda z jego potencjalnych zdolności w pełni się ukształtowała i mogła być wykorzystana." (EV 60)

Aborcja (łac. *abortio, abortus* - poronienie) – to zabieg mający na celu przerwanie ludzkiego życia w okresie wewnątrzmacicznym (Encyklopedia Bioetyki, 2005, s. 16). Problem aborcji od lat budzi wielkie emocje i polaryzuje społeczeństwo. Jednym z podstawowych tutaj problemów przedstawianych przez zwolenników aborcji są podejmowane różne próby określenia tego, od jakiego momentu rozpoczyna się życie człowieka, czyli próby określenia statusu ontycznego istoty ludzkiej w okresie prenatalnym. Dla przeciwników aborcji momentem powstania istoty ludzkiej jest moment zapłodnienia, a więc aborcja – niezależnie od okresu rozwoju prenatalnego - jest zawsze pozbawieniem życia dziecka.

Postawy wobec aborcji zmieniały się na przestrzeni wieków. Jak wskazuje Encyklopedia Bioetyki, aborcja w krajach tzw. niecywilizowanych (Pigmeje, Tasmanii), mimo, że była znana, dokonywana była bardzo rzadko, a wśród kultur cywilizacji starożytnej aborcja karana była bardzo surowo. W Asyrii-Babilonii, w starożytnej Persji czy Izraelu aborcję uznawano za zbrodnię (tamże).

Pierwszym państwem, które wprowadziło aborcję był ZSRR (w 1955 roku). W Polsce ustawę dopuszczającą przerywanie ciąży (w trzech przypadkach: wskazania lekarskie, ciąża będąca wynikiem przestępstwa oraz trudne warunki życiowe) wprowadzono 27.04.1956 roku. Od 1959 roku wystarczyło jedynie ustne oświadczenie kobiety o trudnej sytuacji życiowej. Przez lata komunistycznych rządów przekonywano kobiety, że nienarodzone dziecko nie ma statusu człowieka, próbowano ukrywać negatywne skutki aborcji, szczególnie istnienie syndromu proaborcyjnego. Przedstawiano go jako wymysł wierzących

lekarzy, którzy – szerząc tego typu informacje – chcieliby nakłonić kobiety do przeżywania wyrzutów sumienia.

Dzisiaj jednak ukrywanie skutków aborcji nie jest już możliwe, a na dane dotyczące wystąpienia zaburzeń wskazuje wiele pozycji, zawierających publikacje badań naukowych¹.

Na przestrzeni ostatnich chociażby dziesięcioleci zmieniały się także motywacje dotyczące podjęcia decyzji o aborcji. W czasach komunistycznych 99% aborcji dokonywano powołując się na złe warunki materialne (Encyklopedia Bioetyki, 2005, s. 18), dzisiaj najczęstszą przyczyną jest podejrzenie o zaburzenia rozwojowe u dziecka.

Jednym z poważnych problemów, które mogą prowadzić do akceptacji aborcji jest oddzielanie współżycia seksualnego od prawdziwej, ofiarnej miłości, jak i od prokreacji. Postawy tego typu prowadzą do braku odpowiedzialności, prowadzą do kształtowania się postaw braku otwartości na nowe życie. W takiej sytuacji często sięga się po środki antykoncepcyjne. Przez lata propagowano ideę, że dzięki środkom antykoncepcyjnym zmniejsza się liczba aborcji.

Tymczasem amerykańscy badacze wykazali bardzo ścisły związek pomiędzy stosowaniem antykoncepcji a aborcją (Fagan, Talkington, 2014). Jak wynika badań przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych - 99,2 proc. kobiet, które dokonały aborcji w latach 2006-2010 - to kobiety, które stosowały antykoncepcję. Trzeba też podkreślić, że 75 proc. ogólnej liczby aborcji to kobiety, które rozpoczęły współżycie seksualne w wieku 16 lat lub wcześniej².

Jeszcze do niedawna kobiety niejednokrotnie nie miały świadomości, że poczęte w niej życie jest dzieckiem. Bardzo często również aborcjoniści wmawiali kobiecie, że przerywanie ciąży usuwa jedynie „zlepek komórek”, który stanowi część jej ciała. Wraz z rozwojem techniki, szczególnie wraz z pojawiającymi się możliwościami wizualizacji, czy wręcz zobaczenia nienarodzonego dziecka, świadomość zmieniła się. Dzisiaj każdy człowiek może zobaczyć, jak wygląda dziecko w każdej fazie życia prenatalnego.

Do wielu kobiet zaczęły także docierać informacje, że przerwanie poczętego życia może zakończyć się bardzo poważnymi problemami dotyczącymi zarówno zdrowia fizycznego, jak i psychicznego (Por. Grzywna, 2009, s. 147; Kornas-Biela, 1988, s. 467-487;

1. *Np.* Buchanan & Robbins (1990); Coleman, Reardon, Strahan & Cogle (2005); Coleman, & Nelson (1998); Coyle (1997, 2006); Gordon & Kilpatrick (1977); Holmes (2004); Kero & Lalos (2000, 2004); Kero, Lalos, Hogberg & Jacobsson (1999); Lauzon, Roger-Achim, Achim & Boyer (2000); Mattinson (1985); Milling (1975); Ney (1983, 1987, 1988, 1997); Ney, Barry (1983); Ney, Peeters (1993, 1995, 1998) Patterson (1982); Raphael (1983); Rothstein (1978); Rue (1996); Shostak & McLouth (1984); Speckhard & Rue, (1992).

Obszerna bibliografia dotycząca tego problemu została podana na końcu artykułu.

² W publikacji pt. *“Demographics of Women Who Report Having an Abortion”* przedstawiono dane mówiące o tym, kto zdecydował się na przerwanie ciąży w Stanach Zjednoczonych w latach 2006 – 2010². Fakty są wstrząsające: 75 proc. ogólnej liczby aborcji - kobiety, które rozpoczęły współżycie seksualne w wieku 16 lat lub wcześniej; 50 proc. tzw. pierwszych aborcji - kobiety poniżej 20 roku życia; 80 proc. pierwszych aborcji - kobiety poniżej 24 roku życia; ok. 36 proc. kobiet, które pierwszy stosunek płciowy odbyły jako dziewczęta w wieku 12–14 lat, miało jedną lub więcej aborcji; 83 proc. kobiet, które dokonały aborcji ma doświadczenie życia w związku kohabitacyjnym; 99,2 proc. kobiet, które dokonały aborcji stosowało antykoncepcję.

Ryś, 1999a, s. 12-16; Ryś, 1999b, s. 89; Speckhard, Mufel, 2009, s. 136-138; Winkler, 1999, s. 241-245).

Z wielu publikacji naukowych wynika, że dokonanie aborcji pozostawia w psychice wielu kobiet długotrwałe ślady. Jednakże wiele problemów, które są skutkami aborcji wychodzi na światło dzienne niejednokrotnie dopiero po wielu latach.

1. Diagnostyka zespołów PAS I PAD

Rozróżnienia dwóch zespołów zaburzeń, jakie mogą wystąpić po aborcji i podania ich kryteriów diagnostycznych Amerykańskie Stowarzyszenie Psychiatrów dokonało w 1987 roku³.

PAS i PAD należą do tzw. zaburzeń post-traumatycznych. Amerykańskie Stowarzyszenie Psychiatrów (*The American Psychiatric Association* (APA) w 1987 roku zdefiniowało przyczyny, które mogą wywołać po pewnym czasie zaburzenia psychiczne (Post Traumatic Stress Disorders - PTSD) (tamże, s. 250).

- 1) poważne zagrożenie życia lub fizycznej integralności,
- 2) poważne zagrożenie lub krzywda wyrządzona dziecku,
- 3) patrzanie na poważne krzywdzenie lub zabijanie innych.

Te trzy przyczyny odnoszą się do aborcji.

Ad.1

Kobiety często odczuwają lęk, czy w czasie tzw. zabiegu nie zostanie uszkodzone ich ciało. Utraty zdrowia obawiają się szczególnie te kobiety, które kilkakrotnie dokonywały aborcji.

Ad.2 i 3

Zabijanie nie narodzonego dziecka wymaga rozkawałkowania jego ciała, a potem - po wydobyciu z łona matki - złożenia w całość na stole, celem stwierdzenia, czy wewnątrz matki nie został kawałek dziecka. Zauważenie części zabitego człowieka jest szczególnie traumatyczne. Podobnie wstrząsającą reakcję wywołuje wrzucanie dziecka do kosza, czy muszli klozetowej.

Doświadczenie aborcji jest brutalną ingerencją w instynkt rodzicielski. O istnieniu więzi pomiędzy matką, a jej nie narodzonym dzieckiem świadczą przeżycia kobiet, które utraciły dziecko wskutek samoistnego poronienia.

Dwa rodzaje zaburzeń, które mogą wystąpić po przerwaniu ciąży to:

1. POST ABORTION DISTRESS (rozpacz) - PAD
2. POST ABORTION SYNDROM -syndrom postaborcyjny – PAS (tamże).

Szczegółową diagnostyką dotyczącą zespołu PAD (rozpaczy) zajęli się w 1990 roku Speckhard i Rue (tamże, s. 250). Stwierdzili oni, że zespół PAD pojawia się w pierwszych trzech miesiącach po aborcji i trwa najczęściej do szóstego miesiąca po tzw. zabiegu. PAD ma

³ *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Revised* (DSM-III-R 309.89. American Psychiatric Press, Washington, D.C. 1987, pp 20,250).

charakter ostrych reakcji:

- Kobieta odczuwa fizyczny i psychiczny ból po aborcji.
- Ma poczucie wielkiej straty (roli rodzicielskiej, zaburzenia obrazu siebie, zaburzenia snu, utraty celu życia).
- Przeżywa liczne konflikty (wzajemnych relacji, ról, obawy przed współżyciem seksualnym, następną ciążą).

Zespół PAD zaliczono do zaburzeń przystosowania, pełnienia funkcji społecznych. Z analizy badań przeprowadzonych w 1979 roku (Robbins, 1979, pp. 994–995) wynika, iż zespół PAD występuje w ostrej formie u ok.15% kobiet, ale jego objawy można stwierdzić u około 30%. Jest to świadomie przeżywana rozpacz po śmierci dziecka, trwa na ogół około roku. Bardzo często kobiety w tym okresie przeżywają gorące pragnienie wynagrodzenia popełnionego zła. Prawdopodobnie zespół ten występuje częściej u kobiet wierzących, wrażliwych moralnie, które zostały przymuszone do zabicia swego dziecka.

Natomiast zespół PAS nie zależy od światopoglądu, wyznania, wrażliwości moralnej kobiety. Jego przyczyny mają raczej charakter fizjologiczno-psychologiczny związany z gwałtownym przerwaniem przemian zachodzących w organizmie matki po poczęciu dziecka. PAS jest typem zaburzenia chronicznego, u którego podłoża leżą wyparte reakcje emocjonalne oraz ból fizyczny i psychiczny. Syndrom postaborcyjny (PAS) zaczyna się kilka lat po zabiegu, najczęściej jednak w okresie klimakterium, może go wywołać urodzenie następnego dziecka, lub niemożność jego urodzenia. Kliniczny obraz tego syndromu objawia się dużym niepokojem, bez uświadomienia sobie przyczyny, niezadowoleniem z życia bez obiektywnych przyczyn, brakiem sensu życia, beznadziejnością, depresją. Często występują zaburzenia relacji z najbliższymi, niechęć do współżycia seksualnego. Mogą wystąpić także bardzo silne lęki, koszmary senne, kobieta może słyszeć głosy nie narodzonych dzieci. Często zespół PAS – podobnie jak inne zaburzenia psychiczne – wraca i o ile kobieta w czasie remisji (poprawy stanu zdrowia) nie podda się terapii – zaburzenie to powraca aż do śmierci.

W sytuacji naturalnej śmierci dziecka, także w przypadku samoistnego poronienia, matka może rozładować wszystkie negatywne emocje, żal, smutek. W przypadku przerywania ciąży do takiego rozładowania emocji nie dochodzi. Natomiast następuje silna racjonalizacja, wręcz uczucie ulgi zaraz po tzw. zabiegu. Dopiero później „stygmat” aborcji, (jak go nazywają lekarze) daje o sobie znać, wywołując poczucie mniejszej wartości, zgorzknienie, wyrzuty sumienia, które bardzo trudno zagłuszyć.

2. Inne skutki przerywania ciąży w sferze psychicznej

Warto tutaj wspomnieć, że pojawiają się artykuły publikujące badania potwierdzające brak jakichkolwiek skutków ubocznych aborcji. Metodologiczne problemy dotyczące przeprowadzenia tych badań omawia Witold Simon z Kliniki Nerwic Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie w artykule *Konsekwencje aborcji u kobiet*, zamieszczonym w książce

pt. *Problemy zdrowia psychicznego kobiet*, red. J. Meder, wydanej w Krakowie w 2003, str. 78-96. Problemy te dotyczą m.in. czasu, który upłynął od aborcji (np. badano po upływie 2 godzin po aborcji), czy sposobów formułowania pytań, sugerujących odpowiedzi, odbiegających od rzetelności naukowej.

W tym artykule, z obszernej literatury dotyczącej skutków przerywania ciąży, wybrano pozycje najistotniejsze, celem dokonania pewnego przeglądu.

W 1971 roku przeprowadzono w Japonii badania, opublikowane w 1977 roku, którymi objęto 3.222 osoby, w tym: kobiety, które nigdy nie dokonały zabiegu przerywania ciąży oraz kobiety po jednej, lub więcej aborcjach. Stwierdzono, że poważne zaburzenia nerwicowe występują: u 150 kobiet na 1.000, które nigdy nie przerwały ciąży; u 228 na 1.000, po pierwszej aborcji; oraz u 256 kobiet na 1.000 - po kolejnej aborcji (Roht, 1977).

W 1984 roku przeprowadzono w Ohio badania 70 kobiet po wielokrotnych przerwaniach ciąży⁴. U większości przypadków stwierdzono u badanych kobiet tendencje samobójcze, głębokie zaburzenia osobowości, a u 40% reakcje rocznicowe. Ok. 50% kobiet musiało się poddać terapii.

W 1984 roku przeprowadzono w Teksasie badania 1.000 osób w klinikach aborcyjnych. Spośród badanych :

- 68% - czuło zło aborcji;
- 52% - myśli okazjonalnie o tym dziecku;
- 29% - wciąż myśli o dziecku;
- 39% - miało poczucie, że płód był osobą;
- 26% - wierzyło, że zabija własne dziecko;
- 17% - stwierdziło, że przerywanie ciąży jest niemoralne,
- 10% -widziałyby adopcję, jako rozwiązanie (Shostak, 1984).

Badania przeprowadzone w 1985 roku obejmowały grupę 100 kobiet po dokonaniu zabiegu przerywania ciąży w prywatnej klinice Mount Sinai School of Medicine (Sherman et al., 1985, s. 98-107). Spośród badanych 46% przyznało, że aborcja stała się przyczyną największego kryzysu w ich życiu, większość kobiet doświadczyła poczucia straty i goryczy, zamiast oczekiwanej ulgi i wolności. 48% stwierdziło, że relacje z ojcem zabitego dziecka zmieniły się znacząco na niekorzyść, lub wprost załamały się, u 33% kobiet wystąpiły po zabiegu przerywania ciąży zaburzenia seksualne, 52% odczuwa smutek, poczucie pustki, rozdrażnienie, całkowity brak radości z życia - przeżycia, których wcześniej nie doświadczały.

Badania opublikowane na Uniwersytecie Minnesota przez Annę C. Speckhard (1985) roku obejmowały 30 kobiet 5 - 10 lat po aborcji:

- 100% - doświadczało smutku, poczucia utraty;
- 92% - przeżywało poczucie winy;

⁴ *Dysphoric Reactions in Women after Abortion*. K. Franco et. al, Unpublished Paper, Medical College of Ohio. 1984.

- 85% - było zaskoczonych intensywnością smutnych przeżyć postaborcyjnych;
- 81% - odczuwało obniżone poczucie własnej wartości;
- 81% - miało świadomość doznania krzywdy;
- 81% - wciąż myśli o tym dziecku;
- 73% - cierpiało na depresję;
- 73% - czuje się nieswojo w obecności niemowląt i małych dzieci;
- 73% - odczuwa niemożność rozmawiania o przeżytej aborcji;
- 69% - przeżywa niechęć do współżycia seksualnego;
- 65% - miało tendencje samobójcze;
- 61% - zaczęło nadużywać alkoholu;
- 31% - podejmowało próby samobójcze;
- 23% - przeżywało skrajnie ciężkie poczucie winy.

W 1987 roku Joan C. Pendergast zaprezentował dane dotyczące telefonicznego poradnictwa post-aborcyjnego⁵. Od listopada 1985 do marca 1987 roku z problemami post-aborcyjnymi zadzwoniły 164 osoby. Większość z nich nie mogła sobie poradzić z poczuciem winy, depresją, poczuciem straty, zawstydzenia, z bólem psychicznym, drażliwością, poczuciem negatywnych zmian w relacjach w rodzinie, osamotnieniem.

W 1987 roku przeprowadzono w Stanach Zjednoczonych badania 252 kobiet, które stały się członkami Organizacji Kobiet Skrzywdzonych przez Aborcję (Reardon, 1987). Ok. 70% z nich stwierdza, że przeżywały taki okres, w którym starały się radykalnie zaprzeczać istnieniu u nich jakichkolwiek skutków aborcji. Dla niektórych z nich okres ten trwał kilka miesięcy, dla innych 10 - 15 lat. Wśród badanych kobiet 62% przeżywało tendencje samobójcze, a u 20% tendencje i próby samobójcze utrzymują się nadal. 51% tych kobiet do aborcji namówił mąż lub chłopak, ojciec dziecka. Większość z tych kobiet po zabiciu dziecka czuje ogromną niechęć do tego mężczyzny.

Turell, Armsworth, Gaa, (1990) oraz Williams (2001) oraz Prommanart (2004) analizują problemy emocjonalne i poczucie winy pojawiające się po aborcji. Jednak liczne badania wskazują na skutki aborcji pojawiające się w odległym od aborcji terminie (por. np. Adler et al., 1990; Bradshaw & Slade, 2003; Bianchi-Demicelli et al., 2002; Boesen, Rorbye, Norgaard, & Nilas, 2004; Butlet, 1996; Fayote, Adeyemi, Oladimeji, 2004; Fergusson, Horwood, Ridder, 2006; Fok, Siu-Lau, 2006; Lazarus, 1985; Lazarus, Stern, 1986; Major & Cozzarelli, 1992; Miller, 1992; Rue et al., 2004; Thorp, Hartmann, Shadigin, (2003); Tornbom & Moller, 1999; Zolese & Blacker, 1992).

Badania wskazują na przeżywanie niepokoju (np. Cogle et al., 2005; Moseley, Follingstad et al., 1981), wysokiego poziomu stresu (Bradshaw i Slade, 2003), depresji (Broen, Moum, Bodtker, Ekeberg, 2006; Coleman & Nelson, 1998; Cogle et al., 2003; Gould, 1980; Moseley et al., 1981; Pedersen, 2008; Reardon & Cogle, 2002; Rees, Sabia, 2007; Thorp, Hartmann, & Shadigan, 2003), zaburzeń snu (Barnard 1990; Gould, 1980; Reardon &

⁵ *After Abortion Help-line-Soft Data from Calls*. Joan C. Pendergast Presented to a Meeting of the Association of Interdisciplinary Research, June 1987. Providence, Rhode Island Ministry Advertised Troubled About Abortion.

Coleman, 2006); nadużywania środków uspakajających i narkotyków (Coleman i wsp., 2002; Coleman, Reardon, i Cogle, 2005; Pedersen, 2007; Reardon i Ney, 2000; Reardon et al., 2004; Yamaguchi, Kandel, 1987); zwiększonego ryzyka samobójstwa (Gissler, Kauppila, Meriläinen Toukoma, i Hemminki, 1997, Reardon et al, 2002), reakcji psychotycznych (David, Rasmussen, Holst, 1981).

Skutki przerywania ciąży dotyczą także ojców zabitego dziecka.

W 1975 roku przeprowadzono badania 400 osób miesiąc po zabiegu przerywania ciąży. Spośród badanych - 70% stwierdza zaburzenia wzajemnych relacji w małżeństwie (Milling, 1975, s. 48-49, 69-71.).

W 1979 roku przeprowadzono w Hong Kongu badania 130 mężów żon poddanych aborcji. Większość badanych mężczyzn stwierdza ubóstwo relacji, jako skutek zabiegu, 27% badanych przyznaje się do występowania po zabiegu zaburzeń w rodzinie wymagających pomocy psychiatrycznej, a 8% - stwierdza pojawienie się problemów dotyczących nadużywania alkoholu. Autorzy badań próbowali ustalić korelacje pomiędzy brakiem szczęśliwego dzieciństwa, a zgodą na zabieg przerywania ciąży. Nieszczęśliwe dzieciństwo występowało u 20% rodzin, które podjęły decyzję o aborcji, zaś w grupie kontrolnej, która nigdy nie zdecydowała się na zabicie nie narodzonego dziecka - tylko u 5%. Ciekawe wyniki badań dotyczyły także stosowania antykoncepcji. W grupie osób, które zdecydowały się na aborcję 70% rodzin stosowało antykoncepcję, w grupie uznającej prawo każdego dziecka do życia - o połowę mniej (Lieh-Mak et al, 1979, pp.59 –64.

Badania przeprowadzone w 1984 roku wśród studentów w Stanach Zjednoczonych pozwoliły zauważyć, że problem odczuwania skutków aborcji występuje także u ojców abortowanych dzieci⁶. Na podstawie badań stwierdzono u nich występowanie poczucia mniejszej wartości, negatywne spostrzeganie osób płci odmiernej, zaburzenia więzi z dotychczasowymi partnerkami oraz występowanie ostrych konfliktów po aborcji.

Partnerzy, którzy wspierali decyzje kobiety o aborcji doświadczali ambiwalentnych uczuć, takich jak ulga, ale i lęk, ból, smutek oraz poczucie winy (Kero i wsp. 1999). Po upływie roku w dalszym ciągu u badanych wracały myśli o dokonanej aborcji (Kero & Lalos, 2004).

Catherine T. Coyle (2006) przeprowadziła badania 142 mężczyzn, których partnerki poddały się aborcji. Tylko pięciu respondentów nie odnotowało żadnych problemów. Smutku doświadcza 128 mężczyzn; uporczywie myśli o dziecku – 128; doświadcza bezradności - 116; problemy w związku pojawiły się u 115 par. Stały gniew odczuwa 113 mężczyzn, poczucie winy - 112, czuje samotność - 103, a lęk – 102. 79 mężczyzn ma teraz problemy seksualne, a niepokojące sny, koszmary – 77. Badania wskazują, że 68 badanych szuka ukojenia w alkoholu lub narkotykach. Wśród badanych 93 (66%), nie jest już w związku z matką abortowanego dziecka.

⁶ *Abortion as Stigma: In the Eyes of the Beholder*, Gerdi Weidner and William Griffitt, *Journal of Research in Personality*. Vo. 18. 1984, pp.359 - 379.

Badania przeprowadzone w roku 1980 dotyczyły wzajemnych relacji pomiędzy małżonkami po zabiegu przerwania ciąży. U wielu małżonków stwierdzono zerwanie więzi, pojawienie się licznych emocjonalnych zaburzeń, przy czym zaburzenia te były głębsze w przypadku powtarzających się aborcji (Freeman E. et al., 1980, s. 630–636).

Elizabeth Lincoln w 1982 roku⁷ przeprowadziła studium 8 przypadków kobiet po trzech i więcej zabiegach przerywania ciąży. Stwierdziła ona u nich głębokie zaburzenia więzi, brak głębszych relacji, dużą liczbę poważnych konfliktów, a także poczucie lęku o zdrowie.

W 1984 roku przeprowadzano badania długofalowe 75 małżeństw po zabiegu przerwania ciąży⁸. U 25% badanych więzi w małżeństwie całkowicie się załamały. Większość stwierdziła wzrost drażliwości i poczucia winy we wzajemnych relacjach.

W 1985 roku przeprowadzono szeroko zakrojone badania dotyczące wpływu aborcji na relacje pomiędzy małżonkami⁹. W efekcie tych badań powstało studium przypadków osób przeżywających kryzys małżeński po zabiegu przerywania ciąży. U wielu małżonków stwierdzono wyparcie poczucia winy, które ujawniło się dopiero po kilku latach. Małżeństwa te przeżywały zaburzenia pełnienia ról, poważne konflikty, zdrady małżeńskie, obniżone poczucie własnej wartości.

Zaburzenia relacji małżeńskich, po zabiegu przerwania ciąży, stwierdzają także badani ojcowie w Stanach Zjednoczonych w 1988 roku¹⁰. Z badań tych wynika, że szczególnie nieszczęśliwi w związku małżeńskim są ci ojcowie, których żony dopuściły się przerywania ciąży, pomimo ich sprzeciwu.

Badania przeprowadzone przez Lauzon et al. (2000) dotyczyły porównania wyników mężczyzn i kobiet po aborcji dokonanej w pierwszym trymestrze ciąży z grupą kontrolną kobiet i mężczyzn, którzy nie doświadczyli aborcji. 41,7% kobiet i 30,9% mężczyzn po aborcji swoje przeżycia emocjonalne określiło jako nadal bardzo przykre (tamże, s. 2033). Autorzy doszli do wniosku, że aborcja, także w pierwszym trymestrze może być wydarzeniem bardzo stresującym zarówno dla kobiet i mężczyzn.

W 2002 roku przeprowadzono w Genewie badania dotyczące zależności pomiędzy aborcją a pojawiającymi się problemami. Przebadano 103 kobiet 6 miesięcy po aborcji. Spośród badanych - 39% odczuwa stałe zmęczenie, 35% - poczucie winy, 34% - stały smutek, a 29% lęk; 18% odczuwa spadek pożądania seksualnego, 17% - zaburzenia orgazmu (Bianchi-Demichelit al. 2002).

⁷ *A Case Study of Reproductive Experience of Women Who Have Had Three or More Induced Abortions*, Elizabeth Lincoln, PhD Thesis, Univ. of Pittsburgh. 1982; Dissertation Abstracts. Vol. 44. No 4, Oct. 1983.

⁸ *Men and Abortion, Lessons, Losses and Love*. Arthur Shostak and Gary McLouth 1984.

⁹ *The Effects of Abortion on a Marriage*, Janet Mattinson, Abortion Medical Progress and Social Implications, Ciba Foundation Symposium, 1985, pp.165 - 172.

¹⁰ *Doesn't a Man Have Any to Say? Fathers Go to Court to Stop Abortions*, Newsweek, May 23, 1988, p. 74.

Boesen, Rorbye, Norgaard, Nilas (2004) przeprowadzili badania 1327 kobiet skandynawskich 8 tygodni po aborcji. Wśród badanych 198 kobiet stwierdziło zmniejszenie pożądania seksualnego po aborcji, a 70 – mniejszą zdolność przeżywania orgazmu.

Wink Yee Fok (2006) przedstawia wyniki badań 104 chińskich kobiet 3-4 miesiące po aborcji. Ponad 30% kobiet stwierdza zmniejszenie zarówno częstotliwości współżycia, jak i zmniejszenie poziomu pożądania seksualnego u siebie i u swoich partnerów.

W 1986 roku opublikowano badania przeprowadzone przez doktora Edwarda Sheridan w Georgetown University Hospital dotyczące wpływu przerywania ciąży na urodzone już rodzeństwo (Sheridan, 1986). Jeżeli dzieci wiedziały o ciąży matki, oczekiwały narodzin dziecka. Kiedy ono się nie pojawiało, dzieci przeżywały poczucie frustracji, często winę przypisując sobie. W wielu przypadkach stwierdzono u dzieci występujący lęk przed matką po tym, gdy się dowiedziały o zabiegu przerwania ciąży.

Podobne dane uzyskała dr Joanne Angelo (1987) przeprowadzając badania dzieci w klinice Tufts University School of Medicine. Stwierdziła ona poważne zaburzenia u dzieci, które wiedziały o dokonaniu zabiegu przerywania ciąży przez swoje matki. U tych dzieci występowało wyizolowanie od rodziców, lęk przed rodzicami.

Z badań przeprowadzonych w 1989 roku¹¹ wynika, że przerywanie ciąży występuje częściej w tych rodzinach, w których babki, matki, ciotki oraz siostry badanych kobiet też dokonywały aborcji.

W 1985 roku podjęto w Stanach Zjednoczonych¹² badania 90 pracowników zaangażowanych w tzw. „zabiegi” przerywania ciąży. 95% z nich przeżywało negatywnie swój udział, odczuwając stałe obniżenie samopoczucia i dyskomfort psychiczny.

W 1989 roku ukazał się artykuł Philipa G. Neya i Adele Rose Wickett *Mental Health and Abortion: Review and Analysis*¹³ omawiający ponad sto publikacji dotyczących skutków przerywania ciąży. W podsumowaniu autorzy stwierdzają, że większość kobiet w wyniku aborcji doświadcza poczucia winy, nieszczęścia, niepokoju, zaburzeń snu, obniżenia poczucia własnej wartości, a także ma poczucie braku bezpieczeństwa, braku oparcia w najbliższej osobie. Kobiety te przeżywają negatywne zmiany w osobowości, doświadczają zaburzeń seksualnych¹⁴.

¹¹ *Personal Communication*. Sarah J.O. Ricketts, Thomas W. Strahan, April. 1989.

¹² Kathleen Marie Roe, (1985), *Abortion Work: A Study of the Relationship between Private Troubles and Public Issues*, Thesis, Univ., of California Berkeley .

¹³ *Psychiatric Journal of the Univ. of Ottawa/Rev. de psychiatrie de l'Univ. d'Ottawa*, Vol 14, No 4. 1989, pp. 506-516.

¹⁴ Do tego artykułu warto sięgnąć. Autorzy ukazują możliwe przyczyny uzyskiwania rozbieżnych wyników w badaniach dotyczących aborcji. Jako przykład min. podają badania w Singapurze 1739 kobiet, których stan zdrowia po aborcji dokonanej z tzw. wskazań psychiatrycznych wyraźnie się poprawił. Prawdopodobnie jednak prawdziwym motywem były względy społeczne, (które nie mogą stanowić w myśl tamtego prawa przyczyny aborcji), stąd wymyślone zostały objawy psychotyczne, które po aborcji „zniknęły” „poprawiając” stan zdrowia kobiety.

W polskiej literaturze naukowej podkreślano skutki zabiegu przerywania ciąży w sferze somatycznej (min. Bożkova, Troszyński, Kukla, 1983; Fiałkowski, 1975). Na problemy natury psychologicznej po zabiegu przerywania ciąży zwróciła uwagę W. Półtawska (1975, 1994). W wyniku wieloletnich badań dotyczących konsekwencji psychologicznych aborcji rozróżniła ona bezpośrednie, wtórne i późne zaburzenia. Podkreśliła, że więcej przypadków zaburzeń występuje w czasie późniejszym. D. Kornas-Biela (1988, s. 467–485) podjęła problemy dotyczące zmian w psychologicznym obrazie własnej osoby dokonujące się w związku z decyzją kobiety związaną z zabiegiem przerywania ciąży. K. Ostrowska (1994, s. 29–44) na podstawie badań przeprowadzonych w Polsce, w Niemczech, Szwajcarii i Rosji, ukazała szeroko problematykę konsekwencji psychologicznych po dokonanej interupcji.

R. Sikorski, C. Lepecka-Klusek oraz H. Tereszkiwicz (1978) zwrócili uwagę na konflikt sumienia łączący poczucie ulgi, winy i straty, który może być tak silny, że doprowadza do zaburzeń. Zabieg interupcji zdaniem J. Toulat (1978) nie tylko niszczy dziecko poczęte, ale także samą kobietę. Wielu doświadczonych ginekologów stwierdza, że w wyniku takiego samozniszczenia, kobieta znacznie dramatyczniej przechodzi okres klimakterium. Szczególne typy reakcji traumatycznych po zabiegu przerywania ciąży omawia W. Simon (1994, 2003).

Badania dotyczące skutków przerywania ciąży przeprowadziła Elżbieta Kaczmar (1998). Autorka przeanalizowała wyniki badań uzyskane od 30 kobiet, w wieku od 20 do 50 lat. Wśród nich były mężatki, niezamężne, rozwiedzione i wdowy. W przypadku piętnastu osób była to pierwsza aborcja, cztery kobiety poddały się dwóm aborcjom, dla trzech była to trzecia aborcja, dla trzech – czwarta, dla dwóch osób – piąta. Z przeprowadzonych badań wynika, że aborcja spowodowała pogorszenie jakości życia osobistego u 63,5% badanych kobiet, uległo zmianie na gorsze u 46,4% badanych również życie rodzinne. Warto podkreślić, że bezpośrednio po aborcji stosunki rodzinne były poprawne, jednak w miarę upływu czasu przeradzały się w nieprzyjemne, a nawet wrogie. Zabieg przerywania ciąży spowodował u kobiet zmianę stosunku do ojca dziecka z pozytywnego na negatywny w 39,6% przypadków oraz do lekarza aborcjonisty w 26,8% przypadków. Negatywne nastawienie do rodziców odczuwa 10,2% kobiet, a do dzieci - 13,6%. Relacje z dziećmi poprawiły się w 26,8% przypadków, jednak kobiety stwierdzają występującą tu nadopiekuńczość w stosunku do dzieci urodzonych, co wiąże się ze strachem o ich życie. Główny ciężar za dokonanie aborcji ponosi, zdaniem 46,8% badanych, ojciec dziecka, a sama kobieta - zdaniem 39,9%. Odpowiedzialnością kobiety obarczają również lekarza (10,2%) oraz rodziców (6,8%). Bezpośrednio po aborcji u 66,7% badanych wystąpiły negatywne przeżycia psychiczne. Po upływie jednego roku, przeżyć tego typu doświadczało 73,3% kobiet, a przed upływem pięciu lat - 79,8% badanych. Po dziesięciu latach przeżycia negatywne wystąpiły u 43,3% kobiet, a do dwudziestu lat po aborcji negatywne odczucia zauważa 16,6% kobiet. Bezpośrednio po zabiegu przerywania ciąży 56,5% kobiet ogarniało poczucie winy, a uczucie wstydu - 43,3%. Wśród 29,8% badanych bezpośrednio po aborcji

przeżywało skrucę, a 16,8% kobiet czuło obrzydzenie do samej siebie. Bezpośrednio po zabiegu przerwania ciąży kobiety doświadczały zaburzeń emocjonalnych, takich jak zmiany nastroju (63,4%) oraz niezrównowagę (20,2%); 69,8% badanych stwierdziło, że przeżywa wewnętrzny niepokój oraz nerwowość (76,7% kobiet). W przypadku 46,7% ankietowanych występuje zaburzenie snu. Zabieg przerwania ciąży spowodował u 30,2% badanych kobiet uzależnienie lekowe, a u 16,8% - uzależnienie alkoholowe. Po aborcji 63,1% kobiet unika myśli i uczuć z nią związanych. Niszczy je rozpacz na wspomnienie własnej ciąży, aborcji, szpitala lub widoku innych kobiet w ciąży (63,2%). Tego typu zaburzenie występuje również u niektórych kobiet w rocznicę aborcji (26,8%) oraz kolejne rocznice, jakie miałyby miejsce w życiu dziecka (16,8%). U 66% badanych pojawia się obawa przed następną ciążą, a 59,9% kobiet czuje obawę przed współżyciem seksualnym. Do zaburzeń tego rodzaju należy również nienawiść lub wstręt do życia seksualnego oraz chęć częstej izolacji (46,9%). Znaczna liczba kobiet po aborcji odczuwa obumieranie życia uczuciowego (43,4%), emocjonalną obojętność (46,7%); 30,0% kobiet przeżywa stan izolacji wewnętrznej. Zabieg przerwania ciąży powoduje także zaburzenia własnej wartości w odczuciu badanych kobiet. Najczęściej jest to obniżenie własnej akceptacji (56,7%) oraz wycofanie się z życia (50,0%). Ponadto 46,7% kobiet stwierdza u siebie obniżenie dotychczasowej aktywności; wycofanie się z kontaktów międzyludzkich zauważa u siebie 40,0% osób; natomiast 33,2% badanych stwierdza występowanie ograniczenia komunikacji z ludźmi. Obniżenia poziomu takich uczuć jak: przyjaźń lub miłość stwierdza u siebie 46,6% badanych. Poniżenie samej siebie oraz niezdolność przebaczenia sobie doświadcza 56,5% badanych. Przygnębienie lub depresję bezpośrednio po aborcji zauważyło u siebie 56,5% kobiet. Przed upływem jednego roku przeżycia tego typu wystąpiły u 30,2% ankietowanych, a po kilku latach od decyzji stwierdza powyższe zaburzenia 46,6% kobiet. U 46,6% badanych po zabiegu wystąpiły myśli lub tendencje samobójcze. Zabieg przerwania ciąży spowodował odczuwalne zmiany osobowości jak: wieczne niezadowolenie oraz zgorzkniałość (u 50,0% badanych). Natomiast 43,4% kobiet obserwuje u siebie po zabiegu aborcyjnym złośliwość, a 26,8% - cynizm. Wśród badanych 43,5% kobiet ma poczucie winy w związku z przebyłym zabiegiem i śmiercią dziecka. Spośród badanych 60,0% badanych kobiet obawia się jakiejś „kary” za dokonanie aborcji.

3. Zespół ocalańca od aborcji

Coraz więcej badań naukowych wskazuje na to, że dziecko w łonie matki rejestruje i przeżywa więcej procesów psychicznych i komunikacyjnych, niż do tej pory sądzono. To, co dziecko odczuwa w okresie prenatalnym, wywiera znaczący wpływ na jego funkcjonowanie w okresie postnatalnym. Podobnie jak wszelkie inne doświadczenia, tak i zagrożenie życia w okresie prenatalnym dziecko odbiera i rejestruje.

Na występowanie tzw. zespołu ocalańca wskazuje coraz więcej prac naukowych (por. np. Ney, 1982, 1983; Ney, Barry, 1983; Ney, Peeters, 1993; Winkler, 2000).

Syndrom ocalańca tłumaczony jest traumatycznymi przeżyciami z okresu prenatalnego. Lęk przed utratą życia doświadczony przez dziecko w łonie matki zostaje wyparty do podświadomości, a w konsekwencji pojawiają się problemy o nieznanym i nieuświadomionym podłożu. Ambiwalentne uczucia wobec poczętego dziecka, pochodzące zarówno od matki, jak i ojca, są przez płód odbierane i rejestrowane w jego pamięci. Wrogość, którą dziecko odbiera ze strony otoczenia, zostaje w nim niejako zakodowana. Ocaleniec od aborcji odczuwa nieufność wobec rodziców (Dzierżanowska-Peszko, 2005; s. 88-90).

Znamię „ocalenia” noszą dzieci kobiety, która w swoim życiu doświadczyła aborcji. Poaborcyjny zespół ocalańca rozwija się również u dzieci, które miały zostać pozbawione życia w okresie płodowym, tych, których rodzice rozważali możliwość aborcji. Ocalańcem od aborcji może zostać jedno z bliźniąt czy dziecko z ciąży mnogiej, w przypadku, gdy jego rodzeństwo zostało pozbawione życia na skutek selektywnej aborcji (Winkler, 2000, s. 131).

Ocaleniec od aborcji nie tylko nie potrafi ufać dorosłym, ale nie nabywa zaufania do siebie samego. Osoba ocalona od aborcji ma ogromną trudność w identyfikacji siebie, ma ze sobą zły kontakt, który utrudnia nieumiejętność rozpoznawania swoich prawdziwych uczuć, przewidywania reakcji ustalenia własnej tożsamości. Ocalańcy od aborcji często czują się winni, „że żyją”. Poczucie winy z jednej strony może być przyczyną tendencji myśli samobójczych, z drugiej strony rodzi przeświadczenie, że za darowane życie zaciągnęło się wobec rodziców dług wdzięczności. Ocalańcy za wszelką cenę starają się udowodnić innym, że zasługują na życie. Ich życie staje się pasmem restytucji – wiecznego przepraszenia za własną egzystencję (tamże).

Ocalańcy od aborcji często nie potrafią w pełni cieszyć się życiem. Brak im poczucia własnego sprawstwa i wewnętrzsterowności. Mają przekonanie, że ich życiem rządzi przypadek, że o niczym nie mogą decydować. Trudno im cokolwiek planować, gdyż żyją w nieustannym strachu, że niespodziewanie wszystko stracą. Jednocześnie obwiniają się za to, że nie rozwijają się, nie kształtują swojego życia. Są wrogo nastawieni do ludzi. Brak poczucia bezpieczeństwa przejawia się we wrogości wobec tych, których postrzegają jako rywali. Wrogość i strach wydają się być związane z ich pierwotnym, wczesnoprenatalnym zagrożeniem życia, ze strachem, że się zostanie zniszczonym, zanim otrzyma się szansę walki w obronie własnego życia (tamże, s. 134-136).

Często do symptomów składających się na syndrom ocalańca należą takie objawy jak: ontologiczne poczucie winy, obniżone poczucie własnej wartości, brak satysfakcji w życiu i z życia, lekceważenie autorytetów, nieszczerłość (także wobec siebie), cynizm, niedojrzałość, chroniczne niezadowolenie (brak poczucia szczęścia), beznadziejność i pesymistyczne podejście do życia, trudności w nawiązywaniu relacji międzyludzkich (w tym heteroseksualnych), brak zainteresowania światem, ograniczenie się do spraw materialnych, mała troska o otoczenie, o własne dzieci (tamże).

3. Pomoc kobietom z zespołami postaborcyjnymi

Jak stwierdza psychiatra Philip Ney, autor wielu publikacji dotyczących skutków aborcji oraz terapii zespołów postaborcyjnych¹⁵, kobieta, która decyduje się na podjęcie terapii musi mieć świadomość, iż przeżycia związane z aborcją, w skutek mechanizmów obronnych najczęściej zostały zepchnięte do podświadomości. W procesie terapii trzeba je wydobyć i przepracować.

Proces leczenia syndromu po-aborcyjnego, zdaniem Philipa Ney'a przebiega w kilku etapach:

- Ponowne przeżycie i odtworzenie wydarzeń związanych z aborcją oraz dokładne zidentyfikowanie uczuć jej towarzyszących.
- Uczenie się nowych zachowań i sposobów myślenia: asertywności, umiejętności nazywania własnych uczuć, przewycięzania wewnętrznych i zewnętrznych oporów, negocjowania oczekiwań i ról, modyfikowania własnego zachowania i efektywniejszych sposobów porozumiewania się.
- Uzyskiwanie „nowego wglądu” - uświadomienie w jaki sposób powstały problemy, które doprowadziły do aborcji i jakie mechanizmy obronne zostały wykorzystane do rozwiązywania trudnej sytuacji.
- Przeżywanie żalu po śmierci nienarodzonego dziecka.
- Odnowienie i ustanowienie realistycznych związków - predefiniowanie siebie i oczekiwań względem innych oraz często bolesny proces pojednania.
- Rozpoznanie tego, co już się udało uzdrowić oraz w przypadku osób wierzących pozwolenie Bogu na prowadzenie dalszego procesu uzdrawiania.

W terapii kobiet, które doświadczyły aborcji ważne jest nie tylko przepracowanie samego problemu aborcji, ale także wydarzeń, które doprowadziły do tego wydarzenia. Bardzo często decyzja o aborcji wynikała z wcześniejszych trudnych doświadczeń, zranień, różnych form zaniedbania czy przemocy. Często problemy te sięgają okresu dzieciństwa, złego traktowania ze strony rodziców (por. np. Miller, 1992), czy wynikają z braku bezpiecznego stylu przywiązania w dzieciństwie (Allanson, Astbury, 2001).

Sama terapia polega na przejściu przez proces uzdrowienia dotychczasowych tragicznych doświadczeń własnego rodzicielstwa i zamiany ich na rodzicielstwo pozytywne - tak, aby zabite dziecko stało się na powrót kochanym dzieckiem. W trakcie procesu uzdrawiania trzeba pozwolić na przeżywanie smutku odczuwanego po stracie dziecka. W dalszym etapie terapii następuje przebaczenie sobie, a także wszystkim osobom, którzy przyczynili się do aborcji.

W przypadku osób wierzących proces zdrowienia osoby, która doświadczyła dramatu aborcji jest także połączony z odwołaniem się do Pana Boga i Jego łaski.

¹⁵ Ney, 1982, 1983; 1987, 1988, 1997.

Istotne elementy tego zakładają pełne nadziei przesłanie do kobiet i mężczyzn, pomoc przy wykorzystaniu profesjonalnych ekip terapeutycznych. Kluczowymi pytaniami, na które musi sobie odpowiedzieć kobieta doświadczona aborcją, są: *czy moje dziecko może mi wybaczyć?; czy Bóg może mi wybaczyć?; czy sama sobie mogę wybaczyć?* Kobieta w trakcie terapii musi przyjąć Boże przebaczenie i doświadczyć Jego wielkiego miłosierdzia. Z tego doświadczenia rodzi się zdolność do przebaczenia tym wszystkim, którzy doprowadzili ją do decyzji o aborcji i są za tę decyzję współodpowiedzialni. Dopiero wybacząc innym, kobieta odnajdzie w sobie siłę do wybaczenia sobie samej.

Obecnie istnieje wiele programów duchowej pomocy kobietom zranionym w wyniku aborcji. Jednym z bardziej znanych jest działająca także w Polsce „Winnica Racheli”. Jego inicjatorką jest Vicki Thorn, amerykańska psycholog. Inspiracją do jego powstania stały się przeżycia przyjaciółki pani Thorn, która po oddaniu jednego dziecka do adopcji i usunięciu ciąży nie mogła poradzić sobie z ogromem negatywnych przeżyć. Thorn utworzyła wówczas grupę wsparcia dla kobiet, które doświadczyły aborcji. Program „Winnica Racheli” pomógł setkom kobiet oporać się z przeżyciami związanymi z aborcją.

Jan Paweł II w encyklice „*Evangelium vitae*”, zwraca się do kobiet cierpiących z powodu zabicia swego nienarodzonego dziecka. Pisze on „Szczególną uwagę pragnę poświęcić wam, kobiety, które dopuściłyście się przerwania ciąży. Kościół wie, jak wiele czynników mogło wpłynąć na waszą decyzję, i nie wątpi, że w wielu przypadkach była to decyzja bolesna, może nawet dramatyczna. Zapewne rana w waszych sercach jeszcze się nie zablizniła (...). Nie ulegajcie jednak zniechęceniu i nie traćcie nadziei. Starajcie się raczej zrozumieć to doświadczenie i zinterpretować je w prawdzie. Z pokorą i ufnością otwórzcie się – jeśli tego jeszcze nie uczyniłyście – na pokutę: Ojciec wszelkiego miłosierdzia czeka na was, by ofiarować wam swoje przebaczenie i pokój w Sakramencie Pojednania. Odkryjcie, że nic jeszcze nie jest stracone, i będziecie mogły poprosić o przebaczenie także swoje dziecko: ono teraz żyje w Bogu. Wsparte radą i pomocą życzliwych wam i kompetentnych osób, będziecie mogły uczynić swoje bolesne świadectwo jednym z najbardziej wymownych argumentów w obronie prawa wszystkich do życia”.

To pełne nadziei orędzie życia wypływa z wiary w moc Bożego miłosierdzia. Rodzi to nadzieję, że osoby, które przeżywają dramat aborcji, nie zostaną opuszczone w cierpieniu. Proces terapeutyczny polega na zamianie dotychczasowego dramatycznego i odrzucającego rodzicielstwa, w rodzicielstwo pełne miłości do własnego dziecka, które, mimo, iż zostało zabite w tzw. zabiegu aborcji, to jednak żyje i to życiem pełnym miłości w odwiecznej Miłości Pana Stwórcy Życia.

Podsumowanie

Problem dotyczący skutków aborcji jest niezwykle złożony. Wiele badań wskazuje na długofalowe skutki aborcji. Jednakże do dzisiaj nie rozstrzygniętym problemem pozostaje określenie rozmiarów zaburzeń postaborcyjnych.

W czasach komunistycznych przeprowadzenie rzetelnych badań w tym zakresie nie było możliwe, gdyż usiłowano ukrywać istnienie jakichkolwiek zaburzeń postaborcyjnych. Do tej zмовy milczenia udało się wciągnąć wielu profesorów, ginekologów, psychiatrów. Często akcja ta była łączona z odbieraniem statusu człowieczeństwa poczętemu dziecku (*to tylko zlepek komórek, to embrion*). Kiedy jednak osiągnięcia badań prenatalnych dobitnie ukazały ludzki status człowieka jeszcze nienarodzonego, a do zaburzeń po przerywaniu ciąży przyznawało się coraz więcej kobiet, nie dało się już ukrywać problemu. Oficjalnie przyznano wtedy, że skutki przerywania ciąży istnieją, ale zaraz dodawano, iż dzięki nowoczesnym zabiegom terapeutycznym można je zminimalizować. Tymczasem proces terapeutyczny jest bardzo trudny, a minimalizowanie problemu w procesie terapeutycznym powoduje zazwyczaj powrót doświadczanych wcześniej objawów.

Dzisiaj także jednym z poważniejszych problemów stało się uczynienie z aborcji bardzo dochodowego proceduru. Stąd też osoby, które chcą ostrzec przed możliwymi konsekwencjami aborcji są traktowane jako zagrożenie finansowych dochodów klinik aborcyjnych (np. Mary Wagner w Kanadzie).

Aborcję usiłuje się także wpisać w rejestr tzw. praw reprodukcyjnych człowieka w ramach filozofii określanej często jako cywilizacja śmierci.

Patrząc z punktu widzenia początku życia ludzkiego w aborcji życie to jest niszczone, zabijane – niezależnie od tego, czy matka odczuwa negatywne skutki aborcji, czy też nie.

Stąd też – najskuteczniejszym sposobem zapobiegania negatywnym skutkom tego typu postaw będą przede wszystkim pozytywne działania służące budowaniu cywilizacji miłości.

Budowanie cywilizacji miłości to troska o "świat bardziej ludzki", świat oparty na wartościach, w pierwszym rzędzie na miłości, ale także na sprawiedliwości, prawdzie, wolności i solidarności. Cywilizacja miłości to cywilizacja oparta na właściwej hierarchii wartości, na prymacie etyki przed techniką, człowieka przed rzeczą, wartości duchowych przed materialnymi, miłosierdzia przed sprawiedliwością, "być" przed "mieć".

Cywilizacja miłości - chociaż opiera się na wartościach ewangelicznych - stanowi ideę uniwersalną, ideę, w realizacji której winni zaangażować się nie tylko chrześcijanie, ale wszyscy ludzie dobrej woli. Jest cywilizacją, która ma być służebna wobec wszystkich i może stać się faktem wówczas, gdy w jej urzeczywistnianie zaangażują się wszyscy bez względu na różnice światopoglądowe.

Niezwykle istotnym zadaniem staje się wypracowanie i wdrożenie strategii działań, które:

- przywrócić małżeństwu i rodzinie należne im miejsce;
- zagwarantują rodzicom prawo do wychowywania dzieci zgodnie z ich przekonaniami i wartościami;
- zapewnią dzieciom możliwość integralnego rozwoju w domu i w szkole;

- przedstawicielom nauki pozwolą na przeprowadzanie i ogłaszanie wyników rzetelnych badań, pozbawionych presji ideologicznej;
- zagwarantują medycynie powrót do przysięgi Hipokratesa, w wielu krajach znosząc penalizację proponowaną i wdrażaną wobec tych, którzy służą chorym, niepełnosprawnym, którzy ochraniają życie każdego człowieka – pod poczęcia do naturalnej śmierci;
- stworzą mediom warunki służenia prawdzie i dobru;
- prawnikom i społeczeństwu przywrócą system prawodawstwa spójny, przejrzysty, sprawiedliwy i uczciwy.

Szczególnie ważne staje się wspieranie w rozwoju młodych ludzi, zachęcanie ich do kształtowania takich postaw, które służą promocji dobra, promocji małżeństwa i rodziny, promocji takich wartości jak: miłość, pokój, dobro, szacunek dla drugiego człowieka, poszanowanie godności osobowej wszystkich ludzi.

Konieczne staje się objęcie troską młodego pokolenia, które – będziemy wychowywać na ludzi prawego sumienia, na ludzi którzy – zgodnie z zasadami cywilizacji miłości - będą kierowali się troską o więzi międzyludzkie, o to, aby każdy człowiek rodził się i wzrastał w kochającej się rodzinie złożonej z matki i ojca. Troska o wychowanie ludzi zgodnie z cywilizacją miłości to troska o to, by ludzie ci kierowali się bardziej etyką niż zasadami wynikającymi z dobrodziejstw nauki i techniki, dla których ważniejszy będzie człowiek niż jakakolwiek, nawet najcenniejsza rzecz, którzy będą bardziej cenili wartości duchowe swoich środowisk, narodów, państw niż dobra materialne, dla których ważna będzie sprawiedliwość, ale miłosierdzie będzie większe niż sprawiedliwość, dla których "być" będzie ważniejsze niż "mieć".

Bibliografia:

- Adler, N., David, H., Major, B., Roth, S., Russo, N., & Wyatt, G. (1990). *Psychological responses after abortion*. *Science*, 248.
- Allanson, S., & Astbury, J. (2001). Attachment style and broken attachments: Violence, pregnancy, and abortion. *Australian Journal of Psychology*, 53, 146-151
- American Psychological Association. *Research review: Psychological sequelae of abortion. Unpublished testimony presented to the Office of the U.S. Surgeon General*. Washington, DC: American Psychological Association. (Available from the American Psychological Association, 750 First Street, N.E., Washington, D.C., 1987, 20002-4242).
- Angelo, E. (1987), *The Survivor Syndrome: Siblings and Abortion*, National Right to Life News, Washington D.C. January 15.
- Angelo, E. (1992), *Psychiatric sequelae of abortion: The many faces of post-abortion grief*. *Linacre Quarterly*, 59 (2) 1992, pg. 69-80.
- Ashton J.R. (1980), *Psychological Outcome of Induced Abortion*, *Br. J. Obstet. Gynecol.*, (87) 1115-1122.

- Barnard, C.A. (1990), *The long-term psychosocial effects of abortion*. NH: Institute for Pregnancy Loss, Portsmouth.
- Berkeley D., Humphreys P.L., Davidson D. (1984), *Demands Made on General Practice by Women Before and After An Abortion.*, J.R.Coll. Gen. Pract. (34) 310-315.
- Bianchi-Demicelli, F., Perrin, E., Ludicke, F., Bianchi, PG, Chatton, D., & Campana, A. (2002). *Termination of pregnancy and women's sexuality*. Gynecology and Obstetrics Investigation, 53, 48-53.
- Bianchi-Demicheli, F et al (2002). *Termination of pregnancy and women's sexuality*. Gynecol Obstet Invest, 53, 48-53.
- Boesen, H. C., Rorbye, C., Norgaard, M., & Nilas, L. (2004). *Sexual behavior during the first eight weeks after legal termination of pregnancy*. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 83, 1189-1192.
- Boesen, H.C., Rorbye C., Norgaard, M., Nilas, L. (2004). *Sexual behavior during the first eight weeks after legal termination of pregnancy*. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 83, 1189-1192.
- Bożkowa K., Troszyński M., Kukla T. (1983), *Zdrowotne i społeczne aspekty przerwania ciąży*. w: *Zdrowie rodziny*. K. Bożkowa i A. Sito red., Warszawa, 151-162
- Bradley C.F. (1984), *Abortion and Subsequent Pregnancy*, Can. J. Psychiatr. 49, 494-498.
- Bradshaw, Z., & Slade P. (2003). *The effects of induced abortion on emotional experiences and relationships: A critical review of the literature*. Clinical Psychology Review, 23, 929-958
- Breborowicz B. (2005), *Ginekologia i położnictwo*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Briere-Loth F. (1993), *Psychiatra w obliczu Boga, Dr Philip Mango*, Miesięcznik List, nr 3.
- Briere-Loth F. (1993), *Jedna aborcja niszczy niejedno życie – rozmowa z dr. Philipem Mango*. Miesięcznik List, nr 3.
- Broen, A. N., Moum, T., Bodtger, A. S., & Ekeberg, O. (2006). Predictors of anxiety and depression following pregnancy termination: A longitudinal five-year follow-up study. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 85(3), 317-323.
- Broome A. (1984), *Termination of Pregnancy*. Psychology and Gynecological Problems, London Tavistock.
- Buchanan, M. & Robbins, C. (1990). *Early adult psychological consequences for males of adolescent pregnancy and its resolution*. Journal of Youth and Adolescence, 19 (4), 413-424.
- Butlet, C. (1996). Late psychological sequelae of abortion: Questions from a primary care physician. Journal of Family Practice, 43, p. 396-401.
- Canadian National Population Survey in Report of the Committee on the Operation of the Abortion Law*. Government Printers, Ottawa, 1977.
- Cavenar J.O., Maltbie A.A., Sullivan J.L. (1978), *Aftermath of Abortion: Anniversary Depressions and Abdominal Pain*. Bull Menninger Clin, (42), 433-438.
- Cavenar J.O., Spaulding J.G., Sullivan J.L. (1979), *Child's Reaction to Mothers Abortion, Case Report.*, Military Med (144):412-413.

- Coleman, P.K. & Nelson, E.S. (1998). *The quality of abortion decisions and college students' reports of post-abortion emotional sequelae and abortion attitudes*. Journal of Social and Clinical Psychology, 17 (4), 425-442.
- Coleman, P.K., Reardon, D.C., Strahan, T. & Cogle, J.R. (2005). *The psychology of abortion: A review and suggestions for future research*. Psychology and Health, 20 (2), 237-271.
- Cogle, J., Reardon, D. C., & Coleman, P. K. (2003). *Depression associated with abortion and childbirth: A long-term analysis of the NLSY cohort*. Medical Science Monitor, 9, 105-112.
- Coyle C.T. (2006), *An Online Pilot Study to Investigate the Effects of Abortion on Men*, Association for Interdisciplinary Research in Values and Social Change, Vol. 19, No. 1.
- Coyle, C.T. (1997). *Forgiveness intervention with postabortion men*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65, (6), 1042-1046.
- Current trends and status of post-abortion syndrome. Paper presented at the Conference on Post Abortion Healing*, (1987, August). University of Notre Dame.
- David, H., Rasmussen, N. & Holst, E. (1981). *Postpartum and postabortion psychotic reactions*. Family Planning Perspectives, 13, 88-91.
- Dennis M. (1976), *Necessity and Sorrow, Life, and Death in An Abortion Hospital*, New York: Basic Books.
- DeVeber, L., Ajzenstat, J. & Chisholm (1991), D., *Post abortion grief: Psychological sequelae of induced abortion*. Human Medicine, 7, 203-209.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (1987), 3rd edition. Revised. /DSM-III-R/ Amer Psychiat Assoc, Washington, DC.
- Dzierżanowska-Peszko J. (2005), *Aborcja. Przyczyny i konsekwencje*, Opole: Uniwersytet Opolski.
- El-Mallakh, R. & Tasman, A. (1991), *Recurrent abortions in a bulimic: Implications regarding pathogenesis*. International Journal of Eating Disorders 10, No. 2,15-219.
- Encyklopedia Bioetyki* (2005), A. Muszala (red.) Radom, Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne.
- Fayote, F.O., Adeyemi, A.B., Oladimeji, B.Y. (2004). *Emotional distress and its correlates*. Journal of Obstetrics and Gynecology, 5, 504-509.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Ridder, E. M. (2006). *Abortion in young women and subsequent mental health*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47, 16-24.
- Fijałkowski W. (1994), *„Dwugłos kobiet w sprawie aborcji, tygodnik Niedziela nr 24*.
- Fijałkowski W. (1975), *Następstwa przerywania ciąży w ustroju matki*. Ogólnopolska Sesja Naukowa Lekarzy i Teologów. 8 - 9 II. 1975. Kraków, .41 – 53.
- Fok, W.Y., Siu, S-S.N., Lau, T.K. (2006). *Sexual dysfunction after a first trimester induced abortion in a Chinese population*. European Journal of Obstetrics & Gynecology, 126, 255-258.
- Freeman E. et al (1980), *Emotional Distress Patterns among Women Having First or Repeat Abortions*, Obstetrics and Gynecology Vo1.55. No 5, May, pp.630 - 636

- Gałkowski J.W. (1991), *W imieniu dziecka poczętego*, Rzym – Lublin.
- Gissler, M., Kauppila, R., Merilainen, J., Toukomaa, H., & Hemminki, E. (1997). *Pregnancy associated deaths in Finland 1987 1994 definition problems and benefits of record linkage*.
- Gordon, R.A. & Kilpatrick, C. (1977). *A program of group counseling for men who accompany women seeking legal abortions*. *Community Mental Health Journal*, 13, 291-295.
- Gould, N. B. (1980). *Postabortion depressive reactions in college women*. *Journal of American College Health Association*, 28, 316-320
- Hanley, D., Piersma, H., King, D., Larson, D., & Foy, D. (1992), *Women outpatients reporting continuing post-abortion distress: Preliminary inquiry. Paper presented at the annual meeting for the International Society for Traumatic Stress Studies*, Los Angeles.
- Harris, B. (1986), *Induced abortion*. In T. Rando (ed.), *Parental loss of a child* (241-256). Champaign IL: Research Press.
- Holmes, M.C. (2004). *Reconsidering a "woman's issue:" Psychotherapy and one man's postabortion experiences*. *American Journal of Psychotherapy*, 58 (1), 103-115
- Jan Paweł II (1995) „*Evangelium Vitae*”, Kraków: Wydawnictwo M.
- Jasen P. (2005), *Breast Cancer and the Politics of Abortion in the United States*, *Medical History*, 49, 423- 425.
- Jekel J.F., Tyler N.C., Klerman L.V. (1977), *Induced Abortion And Sterilization Among Women Who Became Mothers As Adolescents.* *Am J Public Health* (67) 621-629.
- Jocelyn Y., Hattab M.D. (1996) „*Abortion Fantasies*”, *Third International Congress: „Psychological Effects of Abortion”*, Rome.
- Kaczmar E. (1998), *Psychologiczna analiza zaburzeń występujących po przerywaniu ciąży*, *Studia nad Rodziną* 2, 141-150.
- Kent I., Greenwood R.C., Loeken -Nicholls W. (1978), *Emotional Sequelae of Elective Abortion*. *B.C. Med J* (20) 118-119
- Kero, A. & Lalos, A. (2000). *Ambivalence - a logical response to legal abortion: A prospective study among women and men*. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 21, 81-91.
- Kero, A. & Lalos, A. (2004). *Reactions and reflections in men, 4 and 12 months post-abortion*. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 25, 135-143.
- Kero, A., Lalos, A., Hogberg, U. & Jacobsson, L. (1999). *The male partner involved in legal abortion*. *Human Reproduction*, 14 (10), 2669-2675.
- Kis J., (1993), *Aborcja*, Warszawa: PWN.
- Koop, C. (1989), *Testimony before the Human Resources and Intergovernmental Relations Subcommittee on Government Operations*, U.S. House of Representatives. In *Medical and psychological impact of abortion*, (March 16, pp. 193-203, 218, 223-250). Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office.
- Kornas-Biela D. (1988), *Psychologiczne uwarunkowania i konsekwencje przerywania ciąży*, *Przegląd Psychologiczny*, nr 31 (2), 467-487;

- Kornas-Biela D. (1993), *Cierpienia psychiczne kobiet po aborcji są faktem medycznym*, „Głos dla Życia”, 1.
- Kowalski K., (1980), *Managing Perinatal Loss*. Clin. Obst. Gynecol. (23), 1113-1123.
- Krell R., Rabkin L. (1979), *Effects of Sibling Death on The Surviving Child, A Family Perspective*, Fam Process (18), 471-477.
- Krier, B. (1990), *RU-486: The abortion battle's new frontier*. Los Angeles Times, April 22.
- Kumar R., Robson K. (1990), *Previous Induced Abortion and Ante-natal Depression in Primiparae: A Preliminary Report of Survey of Mental Health in Pregnancy*”, Psychol. Med, (8), 711-715.
- Lauzon R., Roger Achim, D., Achim, A. & Boyer, R. (2000). *Emotional distress among couples involved in first trimester induced abortions*. Canadian Family Physician, 46, 2033-2040.
- Lazarus A. (1985). *Psychiatric Sequelae of Legalized Elective First Trimester Abortion*. Journal of Psychosomatic Ob&Gyn, 4, 141-150.
- Lazarus A. & Stern, R. (1986). *Psychiatric Aspects of Pregnancy Termination*” Clinics in Obstetrics & Gynaecology 13, 125-134.
- Leppert P.C., Pahlka B.S. Grieving (1984), *Characteristics After Spontaneous Abortion: A Management Approach*, Obstet. Gynecol. (64), 119-122.
- Liebman, M. & Zimmer, J. (1979). *Abortion and the cognitive foundation of dehumanization*. In D. Mall & W. Watts (Eds.) *The psychological sequelae of abortion*. University Publications of America: Washington D.C.
- Lieh-Mak F. et al (1979), *Husbands of Abortion Applicants: A Comparison with Husbands of Women who Complete Their Pregnancies*, Social Psychiatry, Vol. 14, 59 –64
- Major B. (2003), *Psychological Implications of Abortion -- Highly Charged and Rife with Misleading Research*, Canadian Medical Association Journal, May 13, 168 (10) 1257-1258.
- Major, B., & Cozzarelli, C. (1992). *Psychological predictors of adjustment to abortion*. Journal of Social Issues, 48, 121-142.
- Mall, D. and Watts, W., (1979), *The psychological aspects of abortion*. University Publications of America: Washington D.C.
- Matejcek Z., Dytrych Z., Schuller V. (1978), *Children from Unwanted Pregnancies*. Acta Psychiatrica Scandinavica (42) 71-88.
- Mattinson, J. (1985). *The effects of abortion on a marriage*. Abortion: Medical progress and social implications, Ciba Foundation Symposium, 115, 165-177.
- McAll K. (1982), *Healing the Family Tree*, London: Sheldon Press.
- McCann, I.L., & Perlman, L.A. (1990), *Psychological trauma and the adult survivor: Theory, therapy and transformation*. New York: Brunner Mazel.
- Meissner K. (1981), *Psychologiczne i etyczne problemy przerwania ciąży, w: Przerwanie ciąży a deontologia lekarska*. Materiały z sympozjum, (red. M. Mackiewicz), Bydgoszcz.
- Melbye M., Wolhfart J., Olsen J.H., (2000), *Induced abortion and risk of breast cancer*, New Eng J of Med., 336,127-8

- Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych /ICD 10/ (1994)*
 Kraków: Uni. Wyd. Med. „Vesalius”.
- Miller, W. B. (1992). An empirical study of the psychological antecedents and consequences of induced abortion. *Journal of Social Issues*, 48, 67-93.
- Miller, W. B. (1992). An empirical study of the psychological antecedents and consequences of induced abortion. *Journal of Social Issues*, 48, 67-93.
- Milling E. (1975), *The Men Who Wait*, Woman's Life.
- Milling, E. (1975, April). The men who wait. *Woman's Life*, 48-89, 69-71.
- Moseley, D. T., Follongstad, D. R., Harley, H., & Heckel, R.V. (1981). Psychological factors that predict reaction to abortion. *Journal of Clinical Psychology*, 37, 276-279.
- Ney P. (1982), *A consideration of abortion survivors*. *Child Psychiatry in Human Development* 13, pp. 168-179.
- Ney P.G. (1988), *Transgenerational Child Abuse*, *Child Psychiatr Hum Dev* (18), 151-168.
- Ney P.G. (1979), *Relationship Between Abortion And Child Abuse*. *Can. J. Psychiatry* 24, 610-619.
- Ney P.G. (1983), *A Consideration of Abortion Survivors*, *Child Psychiatry and Human Development*. Vol. 13(3).
- Ney P.G. (1986), *The intravaginal absorption of male generated hormones and their possible effect on female response*. *Med. Hypoth* 20, 221-231.
- Ney P.G. (1987), *Does Verbal Abuse Leave Deeper Scars: A Study of Children and Parents*, *Can J Psychiatr* (32), 371-378.
- Ney P.G. (1988), *Triangles of Abuse: A Model of Maltreatment*, *Child Abuse and Neglect*, vol,12, 363-373.
- Ney P.G. (1997), *Deeply Damaged*, Third Edition, Canada: Pioneer Publishing Victoria.
- Ney P.G., Barry J.E. (1983), *Children Who Survive*, *New Zealand Med Jour*, (96)127-237.
- Ney P.G., Fung T., Wickett A.D. (1993), *Relationship Between Induced Abortion and Child Abuse and Neglect: Four Studies*, *Pre- and Perinatal Psychology Journal of PANA* 8(1).
- Ney P.G., Fung T., Wickett A.R. (1993), *Child Neglect: The Precursor to Child Abuse*, *Pre- and Perinatal Psychology J of PANA* 8(2), Winter.
- Ney P.G., Hanna R., (1980), *A Relationship Between Abortion And Child Abuse*, Canada, May The Royal College of Physicians.
- Ney P.G., Moore Ch., McPhee J., Trought P. (1986), *Child abuse: A Study of Child Perspective*, *Child Abuse & Neglect*, 10, 511-518.
- Ney P.G., Peeters M.A. (1993), *Abortion Survivors*, Canada: Pioneer Publishing, Victoria.
- Ney P.G., Peeters M.A. (1997), *The Centurion's Pathway*, Canada: Pioneer Publishing Victoria.
- Ney P.G., Peeters M.A. (1998), *How to Talk with Your Children about Your Abortion*. A Practical Guide for Parents, Canada; " Second Edition Pioneer Publishing Victoria.
- Ney P.G., Wickett A.R. (1989), *Mental Health And Abortion: Review And Analysis*. *Psychiatr J. Uni Ottawa*, vol,14, no. 4.
- Ney P.G., Wickett A.R., Beaman-Dodd C. (1994), *The Effects of Pregnancy Loss on Women's Health*. *Soc. Sci. Med.* vol. 38, 1193-1200.

- Ney, P. G., Fung, T., Wickett, A. R., & Beaman-Dodd, C. (1994). The effects of pregnancy loss on women's health. *Social Science and Medicine*, 38, 1193-1200.
- Ostrowska K. (1994), *Aborcja - niektóre problemy psychologiczne*. *Nowiny Psychologiczne*, 1, s. 29 – 44.
- Patterson, J. (1982). Whose freedom of choice? Sometimes it takes two to untangle. *The Progressive*, 46 (1), 42-45.
- Pedersen, W. (2007). *Addiction. Childbirth, abortion and subsequent substance use in young women: a population-based longitudinal study*, 102 (12), 1971-78.
- Peppers L., (1987), *Grief and elective abortion: Breaking the emotional bond?* *Omega*, 18, 1-12.
- Peterson K., Prout, M. & Schwarz, R. (1991), *Post-traumatic stress disorder*. New York: Plenum Press.
- Pines D. (1990), *Pregnancy, Miscarriage and Abortion. A Psychoanalytic Perspective*. *International Journal of Psychoanalysis* 71(Pt2), 301-307.
- Piontelli A. (1989), *A Study on Twins Before and After Birth*, *Lt Rev Psycho-Anal*, (16) 413-417.
- Polska Federacja Ruchów Obrony Życia (1996), „Ustawa, która ratuje życie”, *Gazeta Lekarska* no, 6.
- Póltawska W. (1975), *Zaburzenia psychiczne po przerwaniu ciąży*. *Ogólnopolska Sesja Naukowa Lekarzy i Teologów* 8 - 9 II. 1975
- Póltawska W. (1994), *Wpływ przerywania ciąży na psychikę kobiety*, w: XVIII Międzynarodowy Kongres Rodziny, red. A. Czarnooki), Warszawa:
Post abortion syndrome. Paper presented at the Conference on Post Abortion Healing, (1986, August). University of Notre Dame.
- Priscilla K. Coleman P.K. (2007), *The decline of partner relationship in the aftermath of abortion*, *Association for Interdisciplinary Research in Values and Social Change*, Volume 20, Number 1, Winter 2007.
- Priscilla K., Coleman P.K. Reardon D.C., Cogle J. (2005), *Substance Use Among Pregnant Women in the Context of Preview Reproductive Loss and Desire for Current Pregnancy*, *British Journal of health Psychology*, 10.
- Prommanart, N., et al. (2004). *Maternal grief after abortion and related factors*. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 87, 1275-1280.
- Rando T. (ed.) (1986), *Parental loss of a child*. Champagne: Research Press.
- Raphael B. (1972), *Psychosocial aspects of induced abortion*. *Medical Journal of Australia*, 2, 35-40.
- Raphael, B. (1983). *The anatomy of bereavement*. New York: Basic Books.
- Reardon D.C, Strahan T.W., Thorp J.M., Shuping M.W. (2003-2004), *Deaths Associated with Abortion Compared to Childbirth -- A Review of New and Old Data and the Medical and Legal Implications*," *Journal of Contemporary Health Law and Policy*, 280(20).
- Reardon, D. (1987), *Aborted women: Silent no more*. Chicago: Loyola University Press.

- Reardon, D. C., Coleman, P.K., & Cogle, J. (2004). *Substance use associated with unintended pregnancy outcomes in the National Longitudinal Study of Youth*. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 26, 369-383.
- Reardon, D. C., & Ney, P. G. (2000). *Abortion and subsequent substance abuse*. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 26, 61-75.
- Reardon, D. C., Cogle, J., Ney, P. G., Scheuren, F., Coleman, P. K., & Strahan, T. W. (2002). *Deaths associated with delivery and abortion among California Medicaid patients: A record linkage study*. Southern Medical Journal, 95, 834-841.
- Rees, D. I. & Sabia, J. J. (2007) *The Relationship Between Abortion and Depression: New Evidence from the Fragile Families and Child Wellbeing Study*. Medical Science Monitor 13(10), 430-436.
- Robbins J. M. (1979). *Objective Versus Subjective Responses to Abortion*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 47. No 5.
- Rogers C. (1991), *Terapia nastawiona na klienta. Grupy spotkaniowe*. Wrocław: Thesauris-Press.
- Roht L. et. al (1977), *Increased Reporting of Menstrual Symptoms among Women Who Used Induced Abortion*,. American Journal of Obstetrics and Gynecology, Vol. 127. No 15, Feb.1977 pp. 356-362.
- Rothstein, A.A. (1978). *Adolescent males: fatherhood and abortion*. Journal of Youth and Adolescence, 7 (2), 203-204
- Rue V.M. (1996), *Trauma Symptoms Postabortion; A Preliminary Analysis of U.S. and Russian Data*. Third International Congress: *Psychological Effects of Abortion* Rome February 1996.
- Rue, V. & Speckhard, A. (1992a). *Informed consent & abortion: Issues in medicine and counseling*. Medicine and Mind 6 (1-2) (pg. 75-94).
- Rue, V. & Speckhard, A. (1992b). *Post abortion trauma: Incidence and diagnostic considerations*. Medicine and Mind 6 (1-2) (pg. 57-74).
- Rue, V. (1985) *Abortion in relationship context*. International Review of Natural Family Planning 9 (2) pg. 95-121.
- Rue, V. (November 5, 1981). *Abortion and family relations. Testimony presented before the U.S. Senate Judiciary Committee, Subcommittee on the Constitution, Washington, D.C.*
- Rue, V. M., Coleman, P. K., Rue, J. J., & Reardon, D. C. (2004). *Induced abortion and traumatic stress: A preliminary comparison of American and Russian women*. Medical Science Monitor, 10, SR5-S16.
- Rue, V.M. (1996). *His abortion experience*. Ethics and Medics, 21, 3-4.
- Ryś M. (1994), *Psycho-biologiczne aspekty przerywania ciąży, (w:) Zanim zdecydujesz*, W. Majkowski (red.). Kraków: Wydawnictwo Księży Sercanów.
- Ryś M. (1999a), *Natura nie wybacza nigdy*, Służba Życiu, 9, 12-16.
- Ryś M. (1999b), *Psychologia małżeństwa w zarysie*, Warszawa: CPPP.
- Saltzman, L., & Policar, M. (Eds). (1985). *The complete guide to pregnancy testing and counseling*. San Francisco: Planned Parenthood of Alameda.

- Schenker J.G., Abolonz S. (1996), *Medical Training And Abortion In The Egyptian And Isrealite Experiences*. Third International Congress: *Psychological Effects of Abortion*. Rome February 1996.
- Selby, T. (1986, August). Post abortion stress syndrome. Paper presented at the Conference on Post Abortion Healing, University of Notre Dame.
- Sheridan E. (1986), *The Surviving Sibling: Another Victim of Abortion*, National Right to Life News. Washington D.C., September 25.
- Sherman D.H. et al. (1985), *The Abortion Experience in Private Practice*. (in:) *Women and Loss. Psychobiological Perspectives*, William F. Finn et al. ed., The Foundation of Thanatology Series, Vol.3, Preeger Pub., NY. pp. 98-107.
- Shostak A. (1984), *A Report on 1 000 Men and the Impact of Abortion on Their Family Life*. Meeting of the American Sociological Society August 29 1984, San Antonio, Texas.
- Shostak, A., & Mclouth, G. (1984). *Men and abortion: Lessons, losses and love*. New York: Praeger.
- Sikorski R., Lepecka-Klusek C, Tereszkiwicz H, (1978), *Planowane rodzicielstwo w opinii kobiet poddających się zabiegom przerwania ciąży*. *Problemy Rodziny*, 5, 31-35.
- Sim, Myre and Neisser R. (1979), *Post-Abortive Psychoses*, *Heartbeat*, vol,2, no. 1, Spring.
- Simon W. (2003), *Konsekwencje aborcji u kobiet*, (w:) *Problemy zdrowia psychicznego kobiet*, J. Meder red., (78-96), z serii Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków: Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.
- Simon W. (1994), *Aborcja nie jest rozwiązaniem jakichkolwiek problemów. Psychiczne następstwa po aborcji*. *Głos dla Życia* 3..
- Simon W. (1997, 1998, 1999) *Zespół Poaborcyjny. Zespół Ocaleńca Po Aborcji*, *Naturalne Planowanie Rodziny* 6/97, 1/98, 2/99, 3-4/99.
- Simon W., Gajowy M. (2002), *Terapia grupowa HPLCARR dla osób doświadczających następstw przemocy, zaniedbania i straty ciąży*, *Psychiatria Polska*, tom XXXVI, numer 6.
- Speckhard A.C. (1985 May), *The Psycho-Social Aspects of Stress Following Abortion*, Ph.D.Thesis, University of Minnesota.
- Speckhard A., Mufel N. (2009), *Uniwersalne reakcje na aborcję? Więż, trauma i żal u kobiet z doświadczeniem aborcji*, (w:) *Aborcja. Przyczyny, następstwa, terapia*, B. Chazan, W. Simon red., tł. A. Jankowiak, Z. Karpiński, Wrocław.
- Speckhard, A. & Mufel, N.(2003) *Universal responses to abortion? Attachment, trauma, and grief in women following abortion*. *Journal of Prenatal & Perinatal Psych & Health*, 3-37.
- Speckhard, A. & Rue, V. (1992). *Post Abortion Syndrome: An emerging public health concern*. *Journal of Social Issues* 48 (3) (95-120).
- Speckhard, A.C. (1986, August). *A discussion of post abortion syndrome*. Paper presented at the *Conference on Post Abortion Healing*, University of Notre Dame.
- Spencer S. (1979), *Childhood's End*. *Harpers* 14-19, May.

- Stotland, N. (1989). *Psychiatric issues in abortion, and the implications of recent legal changes for psychiatric practice*. In: *Psychiatric aspects of abortion*, N. Stotland (ed.) (1-16). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Swett C., Surrey J., Cohen C. (1990), *Sexual and Physical Abuse Histories and Psychiatric Symptoms Among Male Psychiatric Outpatients*. *American Journal of Psychiatry*, (147), 632-636.
- Swindoll C.R. (1993), *Świętość Życia*. Warszawa: „Vocatio”.
- Thorp, J. M., Hartmann, K. E., & Shadigian, E. (2003). *Long-term physical and psychological health consequences of induced abortion: Review of the evidence*. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 58, 67-79.
- Tornbom M., & Moller A. (1999). Repeat abortion: A qualitative study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 20, 21-30.
- Toulat J. (1978), *Sztuczne poronienie. Wyzwolenie czy zbrodnia*. Warszawa.
- Turell, S., Armsworth, M., & Gaa, J. (1990). *Emotional Response to Abortion: A Critical Review of the Literature*. *Women & Therapy* 9, 49-68.
- Vachon M.L. „Grief and Bereavement Following The Death of A Spouse.” *Can. Psych.* (21) 35, 1976.
- van der Kork B.A., Perry J.C., Herman J.L. (1991), *Childhood Origins of Self-destructive Behaviour*, *American Journal of Psychiatry* 148(12), 1665-1671.
- Weiner, A., & Weiner, E. (1984). The aborted sibling factor: A case study. *Clinical Social Work Journal* 3, 209-215.
- Wille B. i J., (1990) *Aborcja. Pytania i odpowiedzi*. Tłum. E. i L. Kowalscy, Gdańsk.
- Williams, G. B. (2001). *Short-term grief after an elective abortion*. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 30(2), 174-183.
- Wilmoth, G. H., deAlteriis, M., & Bussell, D. (1992). *Prevalence of psychological risks following legal abortion in the U.S.: Limits of the evidence*. *Journal of Social Issues*, 48, 37-66.
- Wilmoth, G., Bussell, D., & Wilcox, B. (1991). *Abortion and family policy: A mental health perspective*. In: *The reconstruction of family policy*, E.A. Anderson and R.C. Hula (eds.), (111-127). New York: Greenwood Press.
- Wing Yee Fok (2006), *Sexual dysfunction after a first trimester induced abortion in a Chinese population*, *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, Volume 126, Issue 2, June 2006, 255-258.
- Winkler A. (1999), *Zranione macierzyństwo: doświadczenia matek po aborcji*, (w:) *Oblicza macierzyństwa*, D. Kornas-Biela (red.), (241-245), Lublin: Redakcja Wydawnictw Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
- Winkler A. (2000), *Doświadczenia bycia „ocaleńcem” od aborcji*, w: *Psychologiczne następstwa straty dziecka*, J. Dzierżanowski (red.), Opole 2000.
- Witzel P.A. (1984), *The Unrecognized Psychological Impact of Miscarriage*. *Canada's Mental Health*, March.
- Worden, W. (1982). *Grief counseling and grief therapy*. New York: Springer.

- World Bank (1993), *The world food outlook*. New York.
- Yager J. (1994), *Childhood Sexual, Physical and Psychological Abuse in Bulimia Nervosa* American Journal of Psychiatry, no. 6.
- Yamaguchi, D., & Kandel, D. (1987). Drug use and other determinants of pre-marital pregnancy and its outcome: a dynamic analysis of competing life events. *Journal of Marriage and the Family*, 49, 257–270.
- Zimmerman, M. (1977). *Passage through abortion: The personal and social reality of women's experiences*. New York: Praeger Special Studies.
- Zolese, G., & Blacker C. V. R. (1992). The psychological complications of therapeutic abortion. *British Journal of Psychiatry*, 160, 742-749
- Zuravin S.J. „Unplanned Childbearing And Family Size: Their Relationship To Child Neglect And Abuse” *Fam Plann Perspect* 23(4): 155-161, 1991.