

DOROTA KORNAS-BIELA

PSYCHOSPOŁECZNE ASPEKTY STOSOWANIA ŚRODKÓW WCZESNOPORONNYCH

Wszystkie środki wczesnoporonne, chociaż niektóre z nich zwane są antykoncepcyjnymi, mają na celu niedopuszczenie do rozwoju poczętego dziecka. Ze względu na ich różnorodną formę (np. *hormonal contraception, emergency contraceptive pill, medical abortion* RU-486, IUD) doświadczenia kobiet związane z ich użyciem oraz psychologiczne konsekwencje ich stosowania są bardzo zróżnicowane. W artykule omówiono psychologiczną sytuację, w jakiej podejmowana jest decyzja o skorzystaniu z wczesnej aborcji, jej psychologiczne skutki i czynniki modyfikujące przeżycia kobiet. Wyrazistą ilustracją dla pojawiających się problemów jest praktyka korzystania z farmakologicznej aborcji przy użyciu RU-486 i doświadczenia kobiet z tym związane.

Słowa kluczowe: antykoncepcja hormonalna, antykoncepcja awaryjna, antykoncepcja po stosunku, aborcja farmakologiczna, aborcja medyczna (RU-486), środki wczesnoporonne.

Środki wczesnoporonne, charakteryzujące się zróżnicowanym chemicznym działaniem, mają na celu uniemożliwienie dalszego rozwoju dziecka w krótkim czasie po poczęciu, czyli spowodowanie wczesnego poronienia. Niektóre z tych środków zwane są antykoncepcyjnymi i jako takie są rejestrowane (celem omińnięcia prawa chroniącego życie), chociaż oprócz utrudniania poczęcia mają również działanie poronne (np. *Postinor-Duo*, wkładki wewnątrzmaciczne). Do środków praktycznie dostępnych obecnie na rynku polskim, które mają działanie anty-

implantacyjne (antynidacyjne), tzn. uniemożliwiające zagnieżdżenie się w jamie macicy zarodka ludzkiego w stadium blastocysty, należą: (1) wkładki, czyli kształtki wewnątrzmaciczne (spirala, IUD), wywołujące chroniczny stan zapalny błony śluzowej ścianek macicy; (2) metoda postkoitalna (*Postinor-Duo*, czyli *D-norgestrel*, *levonorgestrel*), syntetyczny progestagen w wysokiej dawce, powodujący spowolnienie transportu zarodka ludzkiego do jamy macicy i zmieniający jej błonę śluzową, zwany też pigułką „dzień po”, „pigułką dnia następnego” (*day after pill*), stosowany do 72 godzin po stosunku płciowym; (3) metoda Yuzpego polegająca na zażyciu 4-, 8-krotnej dawki powszechnie dostępnych pigułek antykoncepcyjnych (np. *Gravistat 125*, *Microgynon*, *Rigevidon*) w pierwszych 12 godzinach po stosunku płciowym; (4) „minipigułka” (np. *Cerazette*). W celach marketingowych środki te określane są jako użyteczna po „niezabezpieczonym stosunku” „antykoncepcja po”, „antykoncepcja awaryjna”, „antykoncepcja doraźna”. Nie zarejestrowanym w Polsce środkiem, ale dostępnym poprzez zamówienie telefoniczne lub internetowe, jest *mifepriston* (RU-486), blokujący docieranie do dziecka tlenu i pożywienia, którego poronne działanie wspomagane jest przez *mizoprostol* lub *gemeprost* (Cytotec – środek dostępny w większości krajów jako lek przeciw wrzodom przewodu pokarmowego), powodujący skurcze macicy i wydalenie zarodka ludzkiego. Zapowiadane jest wprowadzenie innych środków służących tej formie kontroli urodzeń jako wyrazu „przechodzenia z kultury aborcji do kultury antykoncepcji i zapobiegania aborcji” (Arisi, 2003, s. 120), traktując oczywiście środki wczesnoporonne jako antykoncepcyjne, chociaż u kobiet stosujących antykoncepcję hormonalną trudno rozstrzygnąć, czy o braku widocznych objawów ciąży zdecydował czynnik antykoncepcyjny czy wczesnoporonne (Szymański, 2004).

I. PSYCHOLOGICZNY KONTEKST DECYZJI O ZASTOSOWANIU ŚRODKA WCZESNOPORONNEGO

Stwierdzonymi w badaniach czynnikami ułatwiającymi podjęcie decyzji o stosowaniu środka wczesnoporonnego jest młody wiek, wcześniejsze używanie prezerwatyw, uprzednia aborcja, brak moralnych i religijnych obiekcji, przekonanie o bezpieczeństwie zdrowotnym danego środka oraz o jego antykoncepcyjnym a nie poronnym działaniu (Jackson i in., 2000). Przekonanie kobiet o tym, iż środek farmaceutyczny ma nie tylko działanie antykoncepcyjne, ale również poron-

ne, istotnie osłabia motywację do jego stosowania oraz propagowania (Gichangi i in., 1999).

Zwiększenie dostępności i popularności coraz to nowych środków antykoncepcyjnych i wczesnoporonnych jest oceniane w literaturze medycznej bardzo pozytywnie – jako forma zaspokojenia „reprodukcyjnych potrzeb” kobiet, potwierdzenie „prawa kobiety do wyboru” i rodzaj wsparcia dla kobiet w trudnej sytuacji „nieplanowanej ciąży” (por. Arisi, 2003); jako niezbędna opcja w zakresie kontroli urodzeń oraz standard demokracji, nowoczesności, racjonalności i odpowiedzialności, dlatego coraz częściej środki wczesnoporonne są traktowane jako konieczne uzupełnienie antykoncepcji (Harper, Ellerston, 1995; Kornas-Biela, 2005a, s. 15-16). Może też być traktowane jako wyraz przyjętego stylu życia (por. Kornas-Biela, 2005b).

Wiele badań potwierdza, że środki wczesnoporonne bardzo rzadko są używane przez ofiary gwałtów. Najczęściej korzystają z nich natomiast kobiety żyjące w stabilnych związkach z partnerem, dobrze wykształcone i starsze wiekiem (np. Sorensen i in., 2000). Środki te są stosowane po współżyciu z zawodną antykoncepcją lub – inaczej mówiąc – w sytuacji, gdy kobieta nie ma pewności co do efektywności użytego środka antykoncepcyjnego i przeżywa z tego powodu duży niepokój. Można mówić o uzależniającym wpływie łatwej dostępności środków wczesnoporonnych, gdyż użytkowniczki antykoncepcji mają skłonność do wielokrotnego sięgania po ten rodzaj dodatkowego zabezpieczenia się przed możliwością urodzenia dziecka (Dupont i in., 2002)¹ i znacznie częściej niż w normalnej populacji stwierdza się u nich uprzednio dokonywane aborcje (np. 47% z grupy 235 kobiet w wieku 18-48 lat – Harvey i in., 1999; Kornas-Biela, 2005a, s. 16).

Jednym z charakterystycznych motywów użycia środka wczesnoporonnego jest dążenie kobiety do uniknięcia konfliktu moralnego związanego ze zdiagnozowanym poczęciem dziecka. Lęk przed doświadczeniem dylematu dotyczącego aborcji prowadzi do podjęcia działań unikających możliwość urodzenia dziecka bez dochodzenia do informacji, czy poczęcie rzeczywiście miało miejsce (Williams, 1986-1987, s. 255). Jeśli jednak już zostało zdiagnozowane poczęcie dziecka, szczególnie ceniona przez kobiety jest możliwość wyboru między kil-

¹ W literaturze medycznej podkreśla się, że na środki wczesnoporonne jest „krytyczne zapotrzebowanie” nie tylko ze względu na „niezabezpieczone współżycie”, ale również z powodu błędu antykoncepcji, np. w USA dochodzi do 3 mln rocznie „nieplanowanych poczęć”, pomimo używania metod zabezpieczających, najczęściej prezerwatywy (np. ok. 50% w badanej grupie – Harvey, Beckman, 1999).

koma opcjami aborcji, co daje im większe poczucie kontroli nad swoją przyszłością (Simonds i in., 1998; Howie i in., 1997; Fielding i in., 2002). Zawartość treściowa artykułów na temat środków wczesnoporonnych wskazuje na entuzjastyczny stosunek świata medycznego do coraz to nowych metod kontroli urodzeń, ocenianie ich jako bezpiecznych i skutecznych, a ich różnorodności – jako pozytywnego wyjścia na przeciw potrzebom kobiet o różnych stylach życia (por. Shulman, 2003).

II. ŚRODKI WCZESNOPORONNE W OPINII KOBIET

Śledząc literaturę można zauważyć, że duża część wniosków formułowanych na temat opinii kobiet dotyczących środków wczesnoporonnych, a zwłaszcza „awaryjnej pigułki” lub medycznej aborcji (tzn. przy użyciu RU-486), nie pochodziła z badań ich użytkowniczek, ale kobiet, które informowane o zaletach tych środków, były badane jako ich potencjalne użytkowniczki, a grupy te nie były reprezentatywne ze względu na zmienne, które decydują o postawie wobec aborcji, np. stopień religijności, orientacja polityczna (Harper, Ellerston, 1995²), lub też w ogóle takich zmiennych nie brano pod uwagę (np. Harvey i in., 1999).

Do cech podkreślanych jako pozytywne strony zastosowania środków wczesnoporonnych należą (np. Arisi, 2003): niskie koszty; zwiększenie możliwości podjęcia wczesnej decyzji dotyczącej aborcji i jej realizacji; większe poczucie kontroli ze strony kobiety – ze względu na możliwość dokonania wyboru między dwoma opcjami: medyczną i chirurgiczną aborcją; uniknięcie ryzyka związanego z chirurgiczną interwencją (np. zakażenia, uszkodzenia macicy) i anestezją oraz mniej komplikacji dla zdrowia fizycznego i psychicznego; mniejsze wymagania co do wiedzy i umiejętności personelu medycznego; „naturalność” – rozszerzenie dostępności aborcji poza szpital; mniej koniecznych zaangażowanych osób i mniej potrzebnych usług; większa anonimowość, prywatność i uniknięcie stygmatyzacji społecznej; możliwość uczestniczenia w aborcji osób bliskich; duża efektywność kontroli urodzeń; dobra tolerancja przez kobiety.

Badacze z Uniwersytetu w Rochester (USA) wskazują na preferowanie przez kobiety medycznej aborcji ze względu na to, iż jest ona „bardziej naturalna, umożliwiająca prywatność i mniej bolesna” (Fielding i in., 2002). Również prze-

² Na przykład w badanej grupie 100 osób tylko 18% deklarowało się jako o prawicowych poglądach politycznych (republikanie), a 27% – jako osoby, dla których religia jest ważna w życiu.

gląd dwunastu badań z sześciu krajów, relacjonowany przez Winikoff (1995), wskazuje, że motywem decyzji o skorzystaniu z RU-486 jest: krótki czas między diagnozą o poczęciu dziecka a jego usunięciem, mniejsze koszty finansowe i emocjonalne, lęk przed chirurgiczną interwencją i znieczuleniem, „naturalność” i prywatność tej procedury oraz poczucie autonomii. Podobnie kobiety poddające się medycznej aborcji (405 osób w klinice w St. Louis, USA), pytane o pozytywne aspekty, które mogłyby je skłonić w przyszłości do skorzystania z niej, wskazały na niskie koszty oraz łatwość użycia (Virgo i in., 1999).

Niektóre kobiety przejawiają dużą potrzebę autonomii i mając możliwość wyboru optują za medyczną aborcją. Aborcję chirurgiczną przeprowadza lekarz, w medycznej kobieta sama siebie obsługuje, przyjmuje rolę decydenta i wykonawcy. Część kobiet, które cechuje wysoka potrzeba kontroli nad tym, co się im w życiu zdarza, preferuje aborcję medyczną, gdyż same ją inicjują, monitorują jej przebieg i skuteczność (np. Simonds i in., 1998). W przypadku innych kobiet świadomość pełnej odpowiedzialności za przeprowadzenie sobie aborcji jest tak przerażająca, że wolą aborcję chirurgiczną, którą wykonuje lekarz, a sama kobieta, znieczulona, przyjmuje postawę bierną, identyfikując się z ofiarą, jaką jest dziecko (Levathes, 1995).

Deklarowana przez użytkowniczki środka wczesnoporonnego chęć skorzystania z niego, kiedy „zajdzie potrzeba”, wskazuje na determinację ich zamiaru niedopuszczenia do urodzenia dziecka. O bardzo silnej motywacji uniknięcia możliwości urodzenia dziecka świadczy fakt, iż pomimo relacjonowania przez nie ubocznych negatywnych objawów stosowania środków wczesnoporonnych i wiedzy co do ich szkodliwych następstw dla zdrowia, wyrażają one zadowolenie z tej formy kontroli urodzeń i są skłonne użyć tę metodę w przyszłości. Na przykład większość kobiet wskazuje na uboczne objawy użycia „pigułki po stosunku”, które z różną częstotliwością odnotowały u siebie (nudności, wymioty, zawroty i bóle głowy, krwawienia, suchość w ustach, wrażliwość piersi), jednak zdecydowana większość z nich (ponad 90%) ocenia jej zastosowanie jako łatwe, jest zadowolona z efektywności jej działania, rekomendowałaby jej użycie innym osobom oraz deklaruje każdorazowe stosowanie, jeśli zajdzie – w ich odczuciu – taka potrzeba (Harvey i in., 1999). Podobnie co do Norplantu – 95% kobiet (z grupy 205 osób) wskazuje na uboczne negatywne objawy związane z implantem (np. silny ból), a jednak decyduje się na jego użycie i stwierdza, że jest zadowolona

z tej formy zapobiegania urodzeniu dziecka (Darney i in., 1990)³. Również użytkownicy RU-486, pomimo dyskomfortu (np. stosunkowo długie czekanie na stwierdzenie, czy aborcja udała się, konieczność dodatkowych wizyt lekarskich) i objawów ubocznych (np. ból, przedłużające się i silne krwawienie), traktują medyczną aborcję jako sposób radzenia sobie z nieplanowanym poczęciem dziecka w przyszłości (np. 87% kobiet – Beckman, Harvey, 1997; w innych ośmiu badaniach liczba kobiet wahała się od 64 do 85% – Winikoff, 1995; 68% – w badaniach Rademakers i in., 2001).

III. PRAKTYKA STOSOWANIA RU-486

Wśród środków wczesnoporonnych na szczególną uwagę zasługuje preparat chemiczny RU-486 (*mifepristone*, C₂₉H₃₅NO₂), wyprodukowany na początku lat osiemdziesiątych we Francji. Zastosowanie go jest określane w literaturze naukowej jako „wywołanie miesiączki”, „późna po stosunku antykoncepcja”, „niechirurgiczna aborcja” (Heikinheimo i in., 1990), „farmakologiczna aborcja”, „medyczna aborcja”, w przeciwieństwie do innych metod aborcji chirurgicznej. W 1997 roku Światowa Organizacja Zdrowia dopuściła jego poronne stosowanie aż do 63. dnia ciąży (usunięcia 7-tygodniowego zarodka), przy czym im dziecko większe, tym skuteczność RU-486 spada, a narastają objawy uboczne (por. Pluta, 2005, s. 11). W niektórych częściach świata, np. w Chinach, stosuje się go jednak aż do ok. 9-11 tygodnia ciąży (Ngai i in., 2000).

We wspomnianych już badaniach w klinice w St. Louis połowa respondentek wyraziła gotowość poddania się wymaganym, dwukrotnym badaniom lekarskim po aborcji przy użyciu RU-486 (Virgo i in., 1999). Wynik ten potwierdza odnotowywaną w literaturze i w praktyce niechęć pacjentek do koniecznych, a sprawdzających efektywność aborcji wizyt w poradni lub w szpitalu (np. Winikoff, 1995), co jednocześnie grozi poważnym zwiększeniem ryzyka dla zdrowia kobiet. Preferowanie przez kobiety bardziej farmakologicznej niż chirurgicznej aborcji niesie ze sobą ryzyko, że łatwość dostępu do RU-486 upowszechni jej stosowanie i zwiększy niefrasobliwość w podejmowaniu współżycia seksualnego, a brak

³ W raporcie Food and Drug Administration odnotowano ponad 100 poważnych komplikacji w grupie kobiet, u których założono Norplant. Szczególnie niebezpieczne były zakażenia, nadciśnienie, udary, nieregularne miesiączkowanie, silne bóle głowy, nadwaga, głęboka depresja, wrastanie silikonowych pojemniczków w ciało pacjentki (Wysowski, Green, 1995).

wymaganych badań kontrolnych spowoduje wzrost zaburzeń zdrowotnych i niebezpieczeństwo dla życia kobiet (np. z powodu pozostania w macicy całego lub części obumarłego dziecka, zakażenia bakteryjnego lub krwotoku).

Jansen (1990) postuluje natomiast, by zakończenie procesu wydalania dziecka zostało potwierdzone dokładnym badaniem lekarskim, stwierdzającym, że aborcja została przeprowadzona w „odpowiednim czasie, szybko, czysto i definitywnie”. Istnieje bowiem ryzyko nieprawidłowej oceny wieku dziecka i jego przeżycia, zmiany decyzji kobiety w trakcie trwającej kilka dni procedury, przeżycia jednego z bliźniąt. Przyjęta dawka farmakologicznego środka stwarza niebezpieczeństwo komplikacji dla zdrowia dziecka, które przeżyło, a niedokończona aborcja pociąga za sobą nowe następstwa psychiczne. Poza tym dla kobiety ważna jest świadomość, że aborcja była kompletna, co nie zawsze jest dla niej oczywiste.

IV. DOŚWIADCZENIE I KONSEKWENCJE ZASTOSOWANIA RU-486: ULGA CZY CIERPIENIE?

Poszukiwania psychicznych skutków farmakologicznej aborcji, do jakiej dochodzi na drodze użycia tzw. antykoncepcji hormonalnej lub działania środka *stricte* wczesnoporonnego, są w literaturze znikome i nie dają jednolitego obrazu, gdyż wyniki badań zależą od wielu czynników, np. czasu badania, zastosowanej metody oraz cech grupy badanej⁴. Jednym z poważnych problemów metodologicznych, który ogranicza możliwość uogólniania badań w tym zakresie, jest krótki czas, jaki upływa między aborcją a badaniem typu *follow-up* i wysuwaniem stwierdzeń o braku psychicznych skutków medycznej aborcji⁵, zaś profesjonalistami badającymi kobiety są ginekolodzy i położne – a nie psychologowie lub psychiatrzy – a więc personel, który jest żywotnie zainteresowany wzrostem dostępności i używalności różnych środków kontroli urodzeń oraz przekonany o znaczeniu swej służby na rzecz „zdrowia reprodukcyjnego kobiet”.

⁴ Czas między zastosowaniem środka a badaniem jest zbyt krótki, metodą badań psychicznych następstw jest najczęściej ankieta lub rozmowa, a grupa – niereprezentatywna pod względem istotnych zmiennych (np. Westhoff, Picardo, Morrow, 2003).

⁵ Na przykład badania robione w sześć tygodni po użyciu RU-486 upoważniały do wyciągnięcia wniosku o braku długofalowych negatywnych następstw tej procedury dla zdrowia (Fielding, Edmunds, Schaff, 2002).

Przed zastosowaniem RU-486 kobiety odznaczają się zwykle wysokim stopniem niepokoju, niepewnością co do efektywności aborcji, poczuciem winy i ambiwalencją związaną z decyzją oraz pragnieniem uniknięcia interwencji chirurgicznej. Rzadko wspomnianym w literaturze problemem związanym z cenioną przez kobiety prywatnością zastosowania RU-486 jest to, że prywatność wiąże się z przyjęciem przez kobietę całej odpowiedzialności za poddanie się aborcji, jej przebieg i efektywność (tzn. wydalenie dziecka). Zostaje ona pozostawiona sama sobie w sytuacji oczekiwania około dwóch dni lub więcej na zakończenie procesu aborcyjnego oraz konfrontacji z embriosem – jej dzieckiem. Wśród bólu i silnego krwawienia zmniejsza się jej poczucie bezpieczeństwa, a niepewność co do tego, kiedy i jak „to wszystko” się skończy, nasila niepokój (por. Rademakers i in., 2001). Oczekiwanie na zakończenie, przy nierezadkowej ambiwalencji co do słuszności decyzji i uczuć do dziecka, jest przez wiele kobiet odbierane jako nieznośne. W przeciwieństwie do chirurgicznej aborcji, która trwa krótko, medyczna aborcja trwa dwa do kilku dni, a więc dziecko powoli obumiera, a kobieta (np. nękana wątpliwościami, poczuciem winy) chciałaby czasem zmienić decyzję, ale wie, że jest już za późno. Wprawdzie proces wydalania dziecka nie jest zakończony, ale użycie RU-486 zwiększa prawdopodobieństwo uszkodzenia dziecka. Dlatego lekarze przestrzegają przed stosowaniem medycznej aborcji w sytuacji, gdy kobieta nie jest zdecydowana na zakończenie ciąży (Levathes, 1995).

Aborcja podejmowana w sytuacji niepewności co do słuszności decyzji oraz już uprzedzające ją poczucie winy może skutkować – nawet w odległej przyszłości – zespołem objawów zwanych syndromem poaborcyjnym. Tym bardziej że są dostępne badania wskazujące na fakt, iż część kobiet po medycznej aborcji okazuje się cierpieć na istotnie głębsze poczucie winy i wstydu, niż kobiety po aborcji chirurgicznej, a jest ono szczególnie duże u kobiet, dla których jest to kolejna aborcja (Holmgren, 1992).

Autorzy badań wskazują na „zmniejszenie się emocjonalnego dystresu kobiet” po medycznej aborcji, jednak są to badania robione w krótkim czasie po sprowokowanym poronieniu (Winikoff, 1995; w tydzień po – Rademakers i in., 2001; do dwóch tygodni – Holmgren, 1992; Henshaw i in., 1994; od 2 do 4 tygodni – Grimes, Mishell, David, 1992). Można przypuszczać, iż silne mechanizmy obronne są wtedy szczególnie uaktywnione, a sytuacja życiowa kobiety, motywująca ją do aborcji, nie uległa jeszcze zmianie, natomiast na skutek udanego „zabiegu” opadło napięcie, więc łatwiej uzyskać pozytywne niż negatywne relacje. Jednak autorzy badań formułują nieuprawomocnione metodologicznie wnioski,

definitywnie zaprzeczając poważnym skutkom zastosowania tej formy medycznej aborcji. Tymczasem psychiczne następstwa aborcji mogą pojawić się nawet po wielu latach, wynikają bowiem nie tylko ze zmian neurohormonalnych, ale również z jej znaczenia jako ważnej decyzji egzystencjalnej dotyczącej życia kilku osób (własnego, dziecka i jego ojca, rodzeństwa). Silna motywacja badaczy, by zaprzeczać psychologicznym następstwom wczesnej aborcji, prowadzi do takiej interpretacji wyników, by ukazywać psychologiczne zyski, a nie szkody aborcji, np. minimalizuje się fakt, iż u 38% kobiet stwierdzono obniżenie się poczucia własnej wartości po aborcji; u kobiet, które miały medyczne komplikacje, zauważono silniejszą depresję, natomiast kobiety, które musiały ograniczyć normalną aktywność na dłuższy czas i wymagały większej liczby wizyt lekarskich, przejawiały duży niepokój (Henshaw i in., 1994). Psychologiczne skutki zastosowania RU-486 określane są enigmatycznie jako nieczęste i nie mające znaczenia dla zdrowia publicznego. Jednak niewielu autorów zaznacza, że można to powiedzieć jedynie w odniesieniu do krótkiego okresu po aborcji (np. Blumenthal, 1992). Inni, uogólniając rezultaty badań strukturyzowanym kwestionariuszem (140 kobiet), stwierdzają, że nie ma istotnych różnic w zdrowiu reprodukcyjnym i psychicznym między kobietami, które dwa lata wcześniej dokonały medycznej aborcji, a tymi, które poddały się aborcji chirurgicznej (Howie i in., 1997).

Jednocześnie w literaturze można znaleźć doniesienia wskazujące, iż aborcja wskutek działania RU-486 może mieć u niektórych kobiet poważne następstwa psychologiczne, gdyż jest świadomym i całkowicie kontrolowanym procesem, który budzi skojarzenia z porodem („miniporód”), dlatego konfrontuje kobietę z jej prawdziwymi uczuciami związanymi z dzieckiem, ciążą, macierzyństwem, kobiecością oraz z moralnymi dylematami. W literaturze coraz częściej podkreśla się, że – wbrew obiegowej opinii – aborcja medyczna, chociaż może być odbierana jako łatwa w wyborze opcja, jednak w rzeczywistości może okazać się trudniejsza psychologicznie niż aborcja chirurgiczna (Tuffs, 1999).

Celem zmniejszenia lęku kobiet przed bólem fizycznym lub wynikającym z konfrontacji z uformowanym ciałem dziecka na przykład we Francji zaleca się wyposażenie kobiet w środki przeciwbólowe oraz pokazanie (zdjęcia lub realnie) specjalnego pojemnika, zawierającego przykładową wydzielinę poaborcyjną (krew z elementami tkanki zarodka). W wyniku tej prezentacji kobieta ma nabrać pewności, że „produkt prokreacji” jest na razie masą różnicujących się komórek, a nie ludzką istotą (por. Harvey i in., 1995). W tym kontekście mówi się o „wydalanej masie tkankowej” (Ngai i in., 2000, s. 1162). Przedsięwzięcia te mogą być

jednak niewystarczające ze względu na coraz wyższy poziom elementarnej wiedzy kobiet z zakresu biologii wczesnego rozwoju człowieka. Poza tym większość kobiet ma obecnie robione USG celem potwierdzenia poczęcia dziecka, więc nierzadko widziały one na ekranie monitora dziecko oraz zarejestrowane uderzenia jego serca. Wiedza biologiczna i wspomnienia z badań prenatalnych zwiększają ból psychiczny podczas procedury aborcyjnej oraz mają wpływ na stosunek do aborcji w przyszłości. Inni zwolennicy tych środków zalecają lekarzom przekonywanie kobiet, iż towarzyszące im negatywne uczucia (np. lęku, niepewności, dyskomfortu) są podobne w tej sytuacji, jak w trakcie każdej procedury medycznej, a zastosowany środek wczesnoporonny nie pociąga żadnych negatywnych długofalowych skutków zdrowotnych (Fielding, Edmunds, Schaff, 2002).

Kobiety korzystające z RU-486 w sześciu francuskich klinikach (500 osób) relacjonowały dwukrotnie częściej brak satysfakcji z użytej metody aborcji w porównaniu z aborcją chirurgiczną. Około 40% kobiet przyznało, że odczuwały emocjonalne trudności i zaburzenia. Badania szwedzkie natomiast potwierdziły wyniki innych badań, że oczekiwania kobiet wobec RU-486 często nie sprawdzają się; odczuwają one silniejszy ból i doświadczają większego krwawienia z dróg rodnych, a także przeżywają moralny konflikt niż w wypadku aborcji chirurgicznej i niż przewidywały wobec tej formy aborcji (Holmgren, 1992). Stwierdzają one, że ta metoda jest im prezentowana jako nic nie znaczące wydarzenie, a okazuje się, że silne krwawienie, parcie, odczucie wydalania zawartości macicy jest bardzo trudnym przeżyciem (Levathes, 1995).

W niektórych obszarach geograficznych kobieta jest zobowiązana do wzięcia drugiej pigułki RU-486 pod pieczę lekarza i czekania na wydalenie dziecka od kilku do kilkanastu godzin. Kobiety relacjonują dyskomfort z powodu przebywania w jednym pomieszczeniu kilku kobiet, które oczekują na efekt tej samej procedury aborcyjnej (Harvey i in., 1995). Część kobiet – przeciwnie – dokonuje aborcji całkowicie samodzielnie, w samotności, ale nie chroni je to przed negatywnymi przeżyciami. Niektóre z nich doświadczają dramatycznych przeżyć związanych z samodzielnym obsłużeniem się po aborcji, z niepewnością, czy cała zawartość macicy została wydalona. Dziecko jest umieszczone w worku owodniowym wielkości moreli i w zależności od tygodnia rozwoju jest bardziej lub mniej uchwytnie wizualnie jako istota ludzka, z czarnymi punktami wskazującymi na oczy i cienkim szkieletem. Kobiety, które doświadczyły tego, iż widziały

uformowany zarodek⁶ wydany z ich ciała, relacjonują szok, zmieszanie, panikę, smutek, kłopoty ze snem, koszmary nocne, natręctwa myśli i wizualnych wspomnień z tym związanych, psychologiczny dyskomfort (Slade i in., 1998).

Ten specyficzny „materiał zarodkowy” pozostaje obiektem, na który kobieta podświadomie rzutuje w przyszłości swoje fantazje, nadzieje, wątpliwości, lęki. Trudno zapomnieć taki widok do końca życia i nie sposób zaprzeczyć, iż zniszczyło się życie ludzkie. Niestety, często kobieta pozostaje z tą tajemnicą sama przez całe życie, identyfikując się w poczuciu krzywdy z tym małym dzieckiem, jednocześnie zaprzeczając, że cokolwiek ważnego miało miejsce w jej życiu. Lekarze mają nadzieję, że pamięć tego doświadczenia zwiększy odpowiedzialność kobiety dotyczącą współżycia seksualnego, jednocześnie niektórzy zalecają, by z tego względu nie proponować zastosowania RU-486 nieletnim i młodym kobietom, gdyż ich niedojrzała psychika nie poradzi sobie z doświadczeniem widoku własnego dziecka (Levathes, 1995).

Niektóre kobiety pragną zobaczyć zawartość wydalanego z macicy „materiału”, dotknąć, a nawet zatrzymać go dla siebie. Chcą odczuwać proces, który się wydarza i – np. widząc umierające dziecko – pożegnać się z nim. Rozłożenie procedury w czasie pomaga im symbolicznie rodzić dziecko, stopniowo rozłączać się z nim i powiedzieć mu „do widzenia”. Niektóre z nich odczuwają ból psychiczny z powodu śmierci dziecka, ale traktują go jako element rozpoczętego procesu żałoby po jego stracie. W literaturze zaznacza się, że dla zdrowia psychicznego kobiety lepiej jest, jeśli skonfrontuje się ona z wydalonym dzieckiem, spojrzy na nie, pożegna się i pozwoli sobie na proces żałoby po jego stracie, niż gdy rozpoczęty poczęciem dziecka proces wiązania się między matką i dzieckiem nie zostaje zakończony. Poznanie prawdy jest lepsze niż życie złudzeniami i kobieta powinna mieć kontakt z rzeczywistością, z tym, co się dokonuje w trakcie aborcji. Jednak niektóre kobiety są przerażone możliwością zobaczenia części lub całego dziecka. Im profesjonaliści odradzają medyczną aborcję (Levathes, 1995).

⁶ Organogeneza kończy się 8. tygodnia i od tego czasu dziecko ma już wykształcone wszystkie podstawowe narządy wewnętrzne i kończyny, porusza się spontanicznie – por. Kornas-Biela, 2002.

V. PSYCHOLOGICZNE ZAGROŻENIA STOSOWANIA ŚRODKÓW WCZESNOPORONNYCH

Podjmując zagadnienie psychologicznego kontekstu bardzo wczesnej aborcji, należy odnotować fakt skąpej w tym zakresie literatury. Dotyczy to zarówno psychologicznych uwarunkowań, jak i długofalowych następstw korzystania przez kobiety ze środków wczesnoporonnych. Nie wiemy, jakie osobowościowe zmienne sprzyjają podjęciu decyzji o medycznej zamiast chirurgicznej aborcji, czy jest jakiś charakterystyczny profil osobowości kobiet – użytkowniczek środków zwanych antykoncepcyjnymi, które mają jednocześnie wczesnoporonne działanie (por. González-Olguin i in., 1988), jakie zmienne wpływają na akceptację tej a nie innej metody, na ich zróżnicowaną efektywność (np. rodzaj motywacji – Jones, Paul, Westoff, 1980) oraz jakie mogą być długofalowe skutki psychiczne korzystania z nich. Wobec ogromnej dysproporcji, jaka istnieje w literaturze przedmiotu, w której podkreśla się jedynie zalety i pozytywne konsekwencje dla „jakości życia” kobiet faktu użytkowania środków wczesnoporonnych, wspomnianej wyżej metodologicznej słabości tych badań, w artykule tym zostanie zwrócona uwaga również na ewentualne niebezpieczeństwa, z oczywistym zastrzeżeniem, iż nie wiemy, do jak wielu kobiet i w jakich sytuacjach one się odnoszą⁷.

Zarówno kobiety, szersza opinia społeczna, jak i naukowcy z założenia nie przyznają wczesnej aborcji znaczącego oddziaływania na psychikę. Tymczasem wiadomo, że zapłodniona komórka jajowa, dzieląc się wykładniczo i w szybkim tempie przekształcając się w zarodek, rozpoczyna „biochemiczną rozmowę” z organizmem matki już w trakcie swej drogi przez jajowód. Mózg matki i jej narząd rozrodczy odbierają informacje hormonalne i wszystko nastawione jest na normalny przebieg zakodowanych genetycznie procesów. Endokrynologiczne zmiany w organizmie kobiety warunkują zmiany w układzie nerwowym i wyższych procesach psychicznych. Wiązanie biochemiczne między matką i dzieckiem ulega

⁷ Do ostrożności wobec zaprzeczania negatywnym skutkom środków wczesnoporonnych upoważnia również obserwowane na przestrzeni lat zjawisko wprowadzania na rynek farmaceutyczny coraz to nowych ich wersji, propagowanych wcześniej jako całkowicie pewnych zdrowotnie i bez uciążliwych efektów ubocznych środków. Reklama każdej „nowej generacji” środków informuje o ich bardziej bezpiecznym dla zdrowia i mniej uciążliwym pod względem ubocznych skutków zastosowaniu, niż miało to miejsce w wypadku uprzedniej generacji, ale ani wcześniej, ani obecnie nie wspomina się o żadnym ryzyku zdrowotnym i minimalizuje się niepożądane objawy (por. Wil-demeersch i in., 2000).

radykalnemu zerwaniu w trakcie aborcji. Jednocześnie podlega zerwaniu podświadomie nawiązana relacja psychiczna. Oczywiście im wcześniejsza aborcja, tym ta więź jest słabsza, chociaż może okazać się ona dużo silniejsza po upływie jakiegoś czasu, gdy okoliczności życia spowodują pragnienie dziecka i żal po jego stracie.

Poczęcie dziecka jest zawsze ważnym wydarzeniem dla organizmu matki. Ze względu na jedność psychofizyczną człowieka oraz ścisły związek między układem nerwowym i hormonalnym, wszystko, co dotyczy ciała, ma reperkusje w psychice – i odwrotnie; dlatego nie można sądzić, że poważne zaburzenia hormonalne spowodowane przez środek wczesnoporonny, a konieczne, by spowodować śmierć dziecka poczętego, nie mają żadnego znaczenia dla psychiki matki. Mają, problem jednak w tym, że są nie rozpoznane, nie nazwane, ignorowane, nie związane z aborcją.

Psychologiczne konsekwencje wczesnej aborcji są w pewnym stopniu podobne do doświadczanych po poronieniu (por. Kornas-Biela, 1999), jednak mają też one swoją specyfikę (Broen i in., 2004; Coleman, 2004). Rozpoznanie i odżalowanie straty dziecka w wyniku stosowania środków wczesnoporonnych jest pod pewnymi względami inne i może być trudniejsze niż z powodu naturalnego poronienia ze względu na to, że:

(1) Szybkość podejmowania decyzji, konieczna w wypadku chęci skorzystania ze środków wczesnoporonnych (np. do 72 godzin po współżyciu), sprzyja nieprzeżywanym, pod wpływem silnych emocji, decyzjom, co dla osób, które zareagowały paniką, a potrzebują czasu na oswojenie się z tym, co się może wydarzyć lub zaistniało (poczęcie dziecka), oznacza trudny do odżalowania żal w przyszłości.

(2) Na tym wczesnym etapie łatwiej też o decyzję pod naporem wyimaginowanego negatywnego stosunku otoczenia, a zwłaszcza stosunku ojca do dziecka, gdyż kobieta najczęściej nie informuje go o rodzaju podjętych przedsięwzięć, np. o użyciu „pigułki dnia następnego”. Mniema jedynie na podstawie dotychczasowych relacji, jaka mogłaby być jego reakcja o poczęciu dziecka i na podstawie swoich wyobrażeń podejmuje decyzję o aborcji (chcąc spełnić jego przewidywane życzenie lub uniknąć namawiania i presji, aby urodzić dziecko).

(3) Ambiwalentne przekonania i uczucia związane z utraconym dzieckiem utrudniają rozpoznanie straty i przeżywanie żalu. Charakterystyczną cechą większości środków powodujących wczesną aborcję jest to, iż zostają użyte w sytuacji doświadczanej ambiwalencji; silnych i skrajnych emocji; w sytuacji, gdy „nie wiadomo, co czuć”; gdy psychika zostaje „zamrożona”, a człowiek odcina się od

własnych emocji i nie jest w stanie wiązać się emocjonalnie z dzieckiem lub mieć poczucie zadawanej krzywdy. Otepienie emocjonalne nie tylko utrudnia odżałowanie straty, „wyplakanie” swego smutku i przerażenia z powodu tego, co się stało, ale też „zamraża” relacje z innymi ludźmi, zwłaszcza z bliskimi, jak mąż i dzieci w rodzinie.

(4) Nastawienie „przeciw dziecku”, związane z mentalnością antykoncepcyjną i proaborcyjną, powoduje nie tylko „zamrożenie emocjonalne”, ale też macierzyńskie. Postawa unikania poczęcia za wszelką cenę i gotowość zastosowania czynnej agresji w razie wystąpienia prawdopodobieństwa zaistnienia dziecka, wywołuje trudności w wiązaniu się z innymi dziećmi w rodzinie, zwiększa ryzyko zaniedbywania ich i stosowania przemocy. Zadanie śmierci dziecku poczętemu nasila agresję wewnątrzrodzinną, zwłaszcza tendencję do krzywdzenia dzieci.

(5) Niewiedza co do faktu, czy na pewno doszło do poczęcia dziecka, pomaga radzić sobie z ewentualnym poczuciem winy. Dotyczy to zwłaszcza sytuacji używania wkładki wewnątrzmacicznej oraz implantów. Większość środków wczesnoporonnych jest stosowanych tak wcześnie, iż nie dochodzi do uświadomienia sobie poczęcia dziecka, a ich stosowanie jest motywowane „prewencją”. Kobieta nigdy nie dowie się, dla ilu dzieci stała się matką. Nie miała nie tylko możliwości odczucia obecności dziecka, ale nawet nie wie, czy ono zaistniało. Tak trudne do odżałowania straty stwarzają ryzyko głębokich stanów depresyjnych, nerwicowych i zaburzeń psychosomatycznych.

(6) Zranione śmiercią dziecka macierzyństwo nie może zostać uleczone na drodze personalizacji „produktu prokreacji”, gdyż retoryka wokół środków wczesnoporonnych, zaprzeczająca, iż „to było dziecko”, hamuje proces oplakania go, a więc naturalnej reakcji na stratę dziecka. Poza tym lęk przed skonfrontowaniem się z bólem psychicznym powoduje, że ani matka, ani jej otoczenie nie pozwala sobie, by myśleć w kategoriach straty dziecka. Zaktywizowane po aborcji mechanizmy obronne redukują lęk i inne negatywne uczucia, pomagając przystosować się do życia, ale jednocześnie blokują naturalny proces żałoby i uniemożliwiają odżałowanie straty. Dodatkowo brak profesjonalistów przygotowanych do rozpoznania problemu i udzielenia pomocy w tak specyficznej sytuacji psychicznej powoduje, że żałoba pozostaje nieujawniona i nieprzepracowana (Winkler, 1999, s. 244).

(7) Stosowanie środków wczesnoporonnych ma duże znaczenie w aspekcie poczucia odpowiedzialności za decyzję o zniszczeniu poczętego życia. W wypadku aborcji dokonywanej przez lekarza poczucie odpowiedzialności rozkłada się

na kilka osób, które wiedząc o poczęciu dziecka, nie pomogły podjąć decyzji o jego urodzeniu, nie odwołały od zamiaru aborcji lub wręcz uczestniczyły w niej, jak personel medyczny lub czasem również ojciec dziecka. Natomiast odpowiedzialność za aborcję przy użyciu środka wczesnoporonnego spoczywa prawie wyłącznie na kobiecie. Samemu spowodowało się tę stratę, więc poczucie odpowiedzialności nie da się przerzucić na kogoś innego lub na los. Zastosowany w zaciszu domowym środek różni się od aborcji chirurgicznej podkreślanym przez użytkowniczkę walorem prywatności, który jak bumerang wraca, uderzając w psychikę kobiety – nie można rozłożyć odpowiedzialności za to, co stało się z dzieckiem. To może być potencjalnym czynnikiem zwiększającym poczucie winy, niezrozumienia, osamotnienia i porzucenia przez bliskich, np. ojca dziecka, poczucie krzywdy i niesprawiedliwości losu.

(8) Czynnikiem modyfikującym psychiczne konsekwencje aborcji jest stopień zaangażowania mężczyzny w tę procedurę. Przyjęcie postawy obojętnej lub wrogiej dziecku, wycofanie się z sytuacji lub nakłanianie czy zmuszanie kobiety do aborcji zwiększa zwykle ryzyko negatywnych skutków psychicznych. Podobnie świadomy brak zainteresowania się kobietą w związku z procesem aborcji, do której mężczyzna przyczynił się swoją postawą, jest znanym w literaturze czynnikiem zwiększenia prawdopodobieństwa wystąpienia objawów zespołu poaborcyjnego. Dlatego „prywatność” wczesnej aborcji może stwarzać większe ryzyko psychologicznych komplikacji.

(9) Jeśli natomiast kobieta decyduje, że jest to „jej problem” i dobrowolnie nie informuje ojca dziecka o jego poczęciu (lub możliwości poczęcia), to na podstawie badań stwierdzono, iż kobiety lepiej funkcjonują po aborcji, jeśli ojciec dziecka nie domyślał się i nie uczestniczył w tym, co się wydarzyło, a decyzja i doświadczenie aborcji były wyłączną sprawą kobiety. Nieinformowanie o poczęciu dziecka w sytuacji z góry podjętej decyzji o jego usunięciu niweluje przykre przeżycia, jakie wiązałyby się z tłumaczeniem i ewentualnie obroną przed mężczyzną racji podjętej decyzji. Jednocześnie intymność tej procedury zapewnia kobiecie poczucie własnej wartości i jej pozytywny obraz siebie w oczach mężczyzny (Westhoff i in., 2003). Poczucie autonomii i niezależności decyzji o aborcji okazuje się jednak dość zgubne dla kobiety w skutkach, gdyż w ten sposób utwierdza mężczyznę w postawie nieinteresowania się konsekwencjami współżycia. Mężczyzna czuje się zwolniony z odpowiedzialności za skutki aktywności seksualnej, jeśli nie ma prawa znać prawdy (dowiedzieć się, że został ojcem), wyrażać opinii co do dalszych losów dziecka i jego zdanie w ogóle nie liczy się

w tym względzie. Poza tym nasuwa się też wątpliwość co do szans przetrwania związku, w którym kobieta nie chce lub czuje, że nie może poinformować męża/partnera o tak istotnym wydarzeniu życiowym, jakim jest poczęcie ich wspólnego dziecka. Uznanie przez kobietę tej sytuacji jako jej „prywatnej sprawy” nie jest ani „prawdą” biologiczną, ani psychologiczną i antagonizuje ich względem siebie, co przy obniżonym wtedy zwykle *libido* może prowadzić do zaburzeń w sferze aktywności seksualnej, obaw przed nim, osłabienia satysfakcji seksualnej i więzi psychicznej (np. Kaczmar, 1998). Jednocześnie każda forma aborcji ma wpływ na psychikę mężczyzny oraz na wzajemne relacje w parze (Kornas-Biela, 2000; 2001; 2002, s. 230-231).

(10) W literaturze podkreślane jest niebezpieczeństwo upowszechniania środków wczesnoporonnych związane z tym, że ich dostępność może jeszcze bardziej zwalniać mężczyzn z odpowiedzialności za współżycie, przerzucając całą troskę o planowanie rodziny i konsekwencje współżycia seksualnego na kobietę. Łatwa dostępność środków wczesnoporonnych, zwłaszcza tych, które mają na celu usunąć niepokój kobiety związany z możliwością poczęcia dziecka bezpośrednio po współżyciu, może zwiększyć lekkomyślność w podejmowaniu aktywności seksualnej, a tym samym rozpowszechnianie się chorób przenoszonych drogą płciową (Harper, Ellertson, 1995).

VI. MECHANIZMY OCHRONNE JAKO SPOSÓB RADZENIA SOBIE Z DOŚWIADCZENIEM WCZESNEJ ABORCJI

Jednym z czynników radzenia sobie z emocjami wywołanymi zastosowaniem środków wczesnoporonnych są mechanizmy obronne. Silnie ambiwalentna lub negatywna postawa wobec możliwości poczęcia dziecka uruchamia tak silne mechanizmy obronne, że są one w stanie maskować, jakoby „nic się nie wydarzyło”. Pomaga w tym niewątpliwie niepotwierdzone poczęcie dziecka lub też jego wczesny etap rozwoju. Gdy mechanizmy obronne (z powodu, np. sytuacji życiowej, narosłych życiowych problemów i konfliktów) przestaną sprawnie funkcjonować, może nastąpić załamanie się z trudem osiągniętej równowagi psychicznej i u części kobiet pojawia się mniej lub bardziej złożony zespół objawów (które mogą być u niektórych z nich identyfikowane jako tzw. zespół poaborcyjny). Psychiczne następstwa aborcji często nie są z nią związane w świadomości kobiety, zwłaszcza jeśli przybierają postać dolegliwości nerwicowych (np. nerwica lękowa, hipochondryczna), chorób psychosomatycznych lub innych o psychogen-

nej etiologii, zaburzeń funkcjonowania (skłonność do stosowania używek⁸). Wśród negatywnych konsekwencji aborcji obserwuje się najczęściej smutek (aż po depresję), żal po stracie, poczucie winy i wyrzuty sumienia, poczucie krzywdy, niepokój i pobudzenie nerwowe, złość (por. Kornas-Biela, 1988, 2002; Ostrowska, 1994). Oczywiście, nie można wykluczyć, iż oprócz aborcji na pojawienie się tych negatywnych objawów miały wpływ również inne czynniki osobowościowe i sytuacyjne, które uprzednio sprzyjały podjęciu decyzji o usunięciu dziecka. Aborcja zdaje się być jednym z ważnych wydarzeń pogłębiających już istniejące konflikty wewnętrzne, trudności w relacjach z innymi, niezaspokojenie potrzeb psychicznych, które miało miejsce już od dzieciństwa (por. Dzierżanowska-Peszko, 2003, s. 244).

Wczesna aborcja za pomocą środków farmakologicznych pozwala na łatwiejsze niż w wypadku późniejszej aborcji uruchomienie mechanizmów obronnych, takich jak np. racjonalizacja. Dzieje się tak dlatego, że łatwiej zdepersonalizować dziecko i tłumaczyć sobie, iż nic takiego ważnego się nie wydarzyło, gdyż np. „może nie byłam tak naprawdę w ciąży”, „była to tylko wczesna ciąża, kilka komórek”; łatwiej też myśleć o dziecku w kategoriach zapłodnionej komórki jajowej, zygoty, moruli, blastocysty, jaja płodowego, embrionu, zarodka, natomiast aborcję traktować jako wyczyszczenie macicy, sprowokowanie miesiączki, regulację cyklu (por. Grimes, Mishell, David, 1992). Celem uniknięcia konfliktu moralnego niektóre kobiety interpretują tego typu aborcję nie jako realną aborcję, ale jako rodzaj poronienia (np. Simonds i in., 1998).

Stosowanie metod o wczesnoporonnym działaniu jako „antykonceptyjnych” pomaga uruchomić mechanizm racjonalizacji, dzięki któremu kobieta podtrzymuje swoje przeświadczenie, iż „zapewne nie doszło do poczęcia, więc nie było aborcji”. Póki racjonalizacja pomaga radzić sobie z wyrzutami sumienia i poczuciem winy, kobieta może odczuwać wewnętrzny spokój, ale gdy z różnych powodów mechanizm ten „puści”, może stanąć wobec nurtującego pytania, na które nie znajdzie odpowiedzi: „ile razy tak naprawdę byłam w ciąży?”, „ile dzieci uni-

⁸ Literatura na temat związku aborcji z uzależnieniami jest stosunkowo rozległa i wskazuje na obustronny związek przyczynowy, tzn. zarówno częściej dochodzi do aborcji u osób nadużywających środki psychoaktywne, jak też ich nałogowe używanie zdarza się istotnie częściej po aborcji (np. Reardon, Ney, 2000; Coleman, 2004). Podobne wnioski wynikają z badań polskich, np. Kaczmar (1998) stwierdziła, że aborcja spowodowała u 30% kobiet uzależnienie lekowe, u 17% – alkoholowe. Terapeuci obserwują to powiązanie zwłaszcza u kobiet, które wielokrotnie dopuściły się aborcji (Ney, 1998).

cestwiłam w ten sposób?”, a wyobrażenia o wielu poczętych i tak wcześniej straconych dzieciach mogą wywołać wiele koszmarnych przeżyć.

Racjonalizacja posługuje się intelektualizacją (takim rozumowym roztrząsaniem „za” i „przeciw”, by usensownić własny wybór), poszukiwaniem informacji potwierdzającej słuszność podjętej decyzji życiowej („nie było lepszego wyjścia”), minimalizowaniem wagi problemu („nie było to takie ważne, skoro sama mogłam dać sobie z tym radę”), bagatelizowaniem („nie ma co się rozdrabniać, skoro zwykła pigułka pomogła”; „embrion był tak mały, że nie wydarzyło się nic ważnego”). Usprawiedliwienia obejmują sformułowania dotyczące perspektywy własnego życia („musiałam się zabezpieczyć, bo...”, „każdy by tak postąpił w mojej sytuacji”) oraz powoływanie się na powszechność zjawiska („tyle osób przede mną, tyle po mnie stosuje to i nic im się nie stało, więc dlaczego mnie miałyby coś złego spotkać”). Kobieta wkłada wiele wysiłku, by przekonać siebie, iż podjęła słuszną decyzję. Wysuwane racje pozwalają jej wierzyć w zasadność decyzji i bronią przed poczuciem winy i dezakceptacją siebie.

Trudność identyfikacji dewastacyjnego wpływu na psychikę użycia środków wczesnoporonnych wynika również z uruchomienia mechanizmu tłumienia i zaprzeczania. Potrzeba utrzymania pozytywnego obrazu siebie jako osoby szlachetnej powoduje tłumienie wszelkich oznak psychicznego dyskomfortu, nieprzyznawanie się nawet przed samym sobą do negatywnych zmian w funkcjonowaniu psychicznym. Zaprzeczanie, jakoby nic się nie wydarzyło, wysiłek, by o tym wszystkim jak najszybciej zapomnieć, niedopuszczanie do świadomości informacji ukazujących dewastacyjny wpływ środków wczesnoporonnych i ich zło moralne, zniekształcanie nowych informacji dotyczących medycznych i psychologicznych skutków tych środków – to wszystko są starania podejmowane podświadomie w celu ochrony psychiki przed pojawieniem się dyskomfortu psychicznego i poczucia winy. Zaprzeczanie żalu po stracie dziecka wywołuje smutek, lęk, agresję oraz prowadzi do gorszego przystosowania. Dochodzący ewentualnie do głosu konflikt moralny lub świadomość zmian psychicznych są niwelowane przez uruchomienie mechanizmów redukujących wewnętrzne napięcie, np. mechanizmu „słodkiej cytryny”, podnoszącego wartość i trafność wybranej alternatywy i tego, co się przez zastosowanie środka wczesnoporonnego zyskało (a co można by stracić przez urodzenie dziecka). Przykre stany emocjonalne mogą też być niwelowane przez środki chemiczne poprawiające nastrój i używki.

Zakres i intensywność stosowania mechanizmów obronnych są bardzo zindywidualizowane, dlatego intensywność negatywnych konsekwencji stosowania

środków uniemożliwiających rozwój poczętego dziecka zależy od wielu zmiennych, np. dojrzałości osobowości, siły *ego*, determinacji w uruchamianiu mechanizmów obronnych, liczby i rodzaju wcześniejszych strat oraz doświadczeń nacechowanych krzywdą i przemocą (por. Winkler, 1999).

*

Środki wczesnoporonne są z taką niefrasobliwością zalecane przez lekarzy i tak medialnie reklamowane, że trudno przebić się z informacją, iż dla wielu kobiet mogą one mieć również negatywne skutki, i to nie tylko dla ich zdrowia fizycznego. Znaczące jest to, że w literaturze naukowej częściej rozważa się psychologiczne aspekty zabiegów stomatologicznych, operacji plastycznych czy ambulatoryjnych wizyt u lekarza, niż przeżycia kobiet związane ze stosowaniem antykoncepcji i środków wczesnoporonnych, chociaż dramatycznie przerywają one normalny i świadczący o zdrowiu przebieg procesów fizjologicznych rozpoczętych poczęciem dziecka (Chazan, 1993). Zajmowanie się tym problemem jest traktowane jako politycznie niepoprawne⁹, a wyniki badań nie potwierdzające słuszności antykoncepcyjnego i aborcyjnego podejścia są przemilczane i często zafałszowywane. Dopóki nie będzie prowadzonych systematycznych, długofalowych, interdyscyplinarnych i spełniających wymogi metodologiczne badań w tym zakresie, dopóty trudno będzie uznać posiadaną wiedzę za pełny obraz rzeczywistości.

BIBLIOGRAFIA

- Arisi, E. (2003). Changing attitudes towards abortion in Europe. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 8, 2, 109-121.
- Beckman, L. J., Harvey, S. M. (1997). Experience and acceptability of medical abortion with mifepristone and misoprostol among U.S. women. *Womens Health Issues*, 7, 4, 253-262.
- Blumenthal, P. D. (1992). Abortion: Epidemiology, safety, and technique. *Current Opinions Obstetric Gynecology*, 4, 4, 506-512.
- Broen, A. N., Moum T., Bodtker, A. S., Ekeberg, O. (2004). Psychological impact on women of spontaneous abortion versus induced abortion: A 2-year follow-up study. *Psychosomatic Medicine*, 66, 265-271.

⁹ Kampania na rzecz rozpowszechnienia środków wczesnoporonnych ma motywy nie tylko komercyjne, finansowe, ale także ideologiczne. A jeśli płodność przestaje być wartością i objawem zdrowia, to świadczy to o kryzysie ekologicznym i moralnym, ale i cywilizacyjnym.

- Chazan, B. (1993). Medyczne następstwa przerywania ciąży. *Studia Demograficzne*, 1, 103-111.
- Coleman, P. K. (2004). The uniquely destructive psychological experience of elective abortion: Comparisons with other forms of perinatal loss and delivery of an unintended pregnancy. *Research Bulletin*, 17, 6, 1-8.
- Darney, P. D., Atkinson, E., Tanner, S., MacPherson, S., Hellerstein, S., Alvarado, A. (1990). Acceptance and perceptions of Norplant among users in San Francisco. *Studies in Family Planning*, 21, 3, 152-160.
- Dupont, S., Webber, J., Dass, K., Thornton, S. (2002). Emergency contraceptive pill (ECP) and sexual risk behaviour. *International Journal of STD and AIDS*, 13, 7, 482-485.
- Dzierżanowska-Peszko, J. (2003). *Analiza osobowości kobiet z doświadczeniem aborcji. Psychologiczne badania empiryczne* (mps pracy doktorskiej, Lublin, KUL).
- Fielding, S. L., Edmunds, E., Schaff, E. A. (2002). Having an abortion using mifepristone and home misoprostol: A qualitative analysis of women's experiences. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 34, 1, 34-40.
- Gichangi, P. B., Karanja, J. G., Kigundu, C. S., Fonck, K., Temmerman, M. (1999). Knowledge, attitudes, and practices regarding emergency contraception among nurses and nursing students in two hospitals in Nairobi, Kenya. *Contraception*, 59, 4, 253-256.
- González-Olguin, A., Romero-Gutiérrez, G., Malacara, J. M., León-Medina, J. D. (1988). Personality profiles and socioeconomic factors in contraceptive use. *Contraception*, 38, 5, 551.
- Grimes, D. A., Mishell, D. R., David, H. P. (1992). A randomized clinical trial of mifepristone (RU486) for induction of delayed menses: Efficacy and acceptability. *Contraception*, 46, 1, 1-10.
- Harper, C., Ellertson, C. (1995). Knowledge and perception of emergency contraceptive pills among a college-age population: A quantitative approach. *Family Planning Perspectives*, 27, 4, 149-154.
- Harvey, S. M., Beckman, L. J., Sherman, C., Petitti, D. (1999). Women's experience and satisfaction with emergency contraception. *Family Planning Perspectives*, 31, 5, 237-240, 260.
- Harvey, S. M., Beckman, L. J., Castle, M. A., Coeytaux, F. (1995). Knowledge and perception of medical abortion among potential users. *Family Planning Perspectives*, 27, 5, 203-207.
- Heikinheimo, O., Ylikorkala, O., Lahtenmaaki, P. (1990). Antyprogesterone RU 486 – a drug for non surgical abortion. *Annual Medical*, 22, 2, 75-84.
- Henshaw, R., Naji, S., Russell, I., Templeton, A. (1994). Psychological responses following medical abortion (using mifepristone and gemeprost) and surgical vacuum aspiration. A patient-centered, partially randomized prospective study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 73, 10, 812-818.
- Holmgren, K. (1992). Women's evaluation of three early abortion methods. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 71, 8, 616-623.
- Howie, F. L., Henshaw, R. C., Naji, S. A., Russell, I. T., Templeton, A. A. (1997). Medical abortion or vacuum aspiration? Two year follow up of patient preference trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 104, 7, 829- 833.
- Jackson, R., Bimla Schwarz, E., Freedman, L., Darney, P. (2000). Knowledge and willingness to use emergency contraception among low-income post-partum women. *Contraception*, 61, 6, 351-357.
- Jansen, R. P. (1990). Unfinished feticide. *Journal of Medical Ethics*, 16, 2, 61-65.

- Jones, F. E., Paul, L., Westoff, F. C. (1980). Contraceptive efficacy: The significance of method and motivation. *Studies in Family Planning*, 11, 2, 39.
- Kaczmar, E. M. (1998). Psychologiczna analiza zaburzeń występujących po przerwaniu ciąży. *Studia nad Rodziną*, 2, 141-150.
- Kornas-Biela, D. (1988). Psychologiczne uwarunkowania i konsekwencje przerwania ciąży. *Przeгляд Psychologiczny*, 2, 467-485.
- Kornas-Biela, D. (1999). Niespełnione macierzyństwo: psychologiczna sytuacja matek po poronieniu. W: D. Kornas-Biela (red.), *Oblicza macierzyństwa* (s. 179-200). Lublin: Redakcja Wydawnictw KUL.
- Kornas-Biela, D. (2000). Psychologiczne konsekwencje aborcji u ojców. W: *Międzynarodowy Kongres o Godność Ojcostwa* (s. 235-250). Gdańsk: Human Life International-Europa.
- Kornas-Biela, D. (2001). Współczesny kryzys ojcostwa. W: D. Kornas-Biela (red.), *Oblicza ojcostwa* (s. 171-192). Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.
- Kornas-Biela, D. (2002). *Wokół początku życia ludzkiego*. Warszawa: IW PAX.
- Kornas-Biela, D. (2005a). Mit o nieszkodliwości środków wczesnoporonnych i ich antykoncepcyjnym działaniu: kontekst psychospołeczny. *Śłużba Życiu*, 1, 15-19.
- Kornas-Biela, D. (2005b). Psychologiczne aspekty naturalnego planowania rodziny. W: M. Troczyński (red.), *Naturalne planowanie rodziny* (s. 115-130). Warszawa: Polskie Stowarzyszenie Nauczycieli Naturalnego Planowania Rodziny.
- Levathes, L. (1995). Listening to RU 486. *Health*, 9, 1, 86-90.
- Ney, P. (1998). *Hope Alive. Post-abortion and abuse treatment. A guide for group counsellors*. Victoria: Pioneer Publishing Inc.
- Ngai, S. W., Tang, O. S., Chan, Y. M., Ho, P. C. (2000). Vaginal misoprostol alone for medical abortion up to 9 weeks of gestation: Efficacy and acceptability. *Human Reproduction*, 15, 5, 1159-1162.
- Ostrowska, K. (1994). Aborcja – niektóre problemy psychologiczne. *Nowiny Psychologiczne*, 1, 29-44.
- Pluta, K. (2005). Procedura aborcyjna z wykorzystaniem RU-486. *Śłużba Życiu*, 1, 10-13.
- Rademakers, J., Koster, E., Jansen-Van Hees, A. C., Willems, F. (2001). Medical abortion as a alternative to vacuum aspiration: First experiences with the 'abortion pill' in the Netherlands. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 6, 4, 185-191.
- Reardon, D. C., Ney, P. (2000). Abortion and subsequent substance abuse. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 26, 61-75.
- Shulman, L. P. (2003). Advanced in female hormonal contraception: Current alternatives to oral regimens. *Treatments in Endocrinology*, 2, 4, 247-256.
- Simonds, W., Ellertson, C., Springer, K., Winikoff, B. (1998). Abortion, revised: Participants in the U. S. clinical trials evaluate mifepristone. *Social Science and Medicine*, 46, 10, 1313-1323.
- Slade, P., Heke, S., Fletcher, J., Stewart, P. (1998). A comparison of medical and surgical termination of pregnancy: Choice, emotional impact and satisfaction with care. *British Journal of Obstetric and Gynaecology*, 105, 12, 1288-1295.
- Sorensen, M. B., Pedersen, B. L., Nyrnberg, L. E. (2000). Differences between users and non-users of emergency contraception after a recognized unprotected intercourse. *Contraception*, 62, 1, 1-3.

- Szymański, Z. (2004). Antykoncepcja i środki wczesnoporonne. W: A. Szymański (red.), *Płodność i planowanie rodziny. Kompendium dla pracowników służby zdrowia oraz instruktorów poradnictwa rodzinnego* (s. 228-242). Szczecin: Wydawnictwo Pomorskiej Akademii Medycznej.
- Tuffs, A. (1999). German drug agency approves mifepristone. *British Medical Journal*, 17 July, 319.
- Virgo, K. S., Carr, T. R., Hile, A., Irgo, J. M., Sullivan, G. M., Kaikami, J. G. (1999). Medical versus surgical abortion: A survey of knowledge and attitudes among abortion clinic patients. *Womens Health Issues*, 9, 3, 143-154.
- Westhoff, C., Picardo, L., Morrow, E. (2003). Quality of life following early medical or surgical abortion. *Contraception*, 67, 1, 41-47.
- Wildemeersch, D., Schacht, E., Thiery, M., Van Kets, H. (2000). Intrauterine contraception in the year 2001: Can intrauterine device use be revived with new improved contraceptive technology? *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 5, 4, 295-304.
- Williams, N. (red.) (1986-1987). *Contraceptive technology*. New York: Irvington Publishers, Inc.
- Winikoff, B. (1995). Acceptability of medical abortion in early pregnancy. *Family Planning Perspectives*, 27, 4, 142-148, 185.
- Winkler, A. (1999). Zranione macierzyństwo: doświadczenia matek po aborcji. W: D. Kornas-Biela (red.), *Oblicza macierzyństwa* (s. 241-245). Lublin: Redakcja Wydawnictw KUL.
- Wysowski, D. K., Green, L. (1995). Serious adverse events in Norplant users reported to the Food and Drug Administration's MedWatch Spontaneous Reporting System. *Obstetrics and Gynecology*, 85, 538-542.

PSYCHOSOCIAL ASPECTS OF EARLY ABORTION

S u m m a r y

There exist various types of early abortive methods, whose aim is to stop the development of a conceived child. Due to their variety (e.g. hormonal contraception, emergency contraceptive pill, medical abortion RU-486) the experiences of women who used them and the psychological consequences of such procedures are diverse. The article discusses the psychological conditions in which the decision of early abortion is taken, its emotional consequences and factors modifying the women's experiences. The main focus is on medical abortion (RU-486), as on the one hand it is becoming common popular, and on the other hand, it particularly illustrates the problems characteristic for early abortion.

Key words: hormonal contraception, emergency contraception, post-coital contraception, pharmacological abortion, medical abortion (RU-486), early abortive methods.

Translated by Konrad Janowski