

ABORTO VOLONTARIO E SALUTE MENTALE DELLA DONNA: UNA REVIEW DELLA LETTERATURA INTERNAZIONALE

T. Cantelmi^{*}, C. Cacace^{**}

Introduzione

Per aborto si intende l'interruzione della gravidanza prima che il feto sia in grado di sopravvivere autonomamente dalla madre, cioè prima del 180° giorno di amenorrea. Una gravidanza può interrompersi a causa di un aborto procurato (I.V.G.) o di un aborto spontaneo.

L'aborto spontaneo è un evento che riguarda almeno il 15% delle gravidanze clinicamente riconosciute ed è un'esperienza spesso vissuta dalla donna in modo traumatico, sia sul piano fisico che su quello psichico. Esso si manifesta clinicamente con metrorragia e dolori addominali, durante i quali la placenta e il feto vengono espulsi contemporaneamente sotto l'azione delle contrazioni uterine.

Le donne che hanno un aborto spontaneo, pur presentando inizialmente uno stress mentale superiore rispetto alle donne che hanno interrotto volontariamente la gravidanza, vanno incontro ad un miglioramento dei disturbi psicologici iniziali statisticamente significativo più veloce rispetto a quelle che hanno abortito volontariamente. Dunque, la risposta psicologica, all'aborto spontaneo ed all'aborto volontario è diversa, ed è possibile attribuire questa differenza alle caratteristiche dei due tipi di aborto¹.

L'aborto procurato nell'ordinamento italiano deve avvenire prima dei tre mesi dal presunto concepimento e può essere attuato se sussiste pericolo fisico o psichico per la salute della madre. L'I.V.G., dopo i primi 90 giorni, può essere praticata quando:

- a. la gravidanza o il parto comportino un grave pericolo per la vita della donna;
- b. quando siano accertati processi patologici, tra cui quelli relativi a rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro, che determinino un grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna.

La legge 194/78 all'art.6 prevede che, oltre il 90° giorno, non sono le accertate "rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro" a legittimare di per sé l'I.V.G., ma solo il "grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna" che tali accertate anomalie determinino.

Secondo stime recenti nel mondo ci sono ogni anno 26 milioni di aborti legali². Sebbene sia quindi un'esperienza frequente, è ancora oggetto di diatriba.

Negli anni sono state svolte diverse ricerche che hanno cercato di individuare quali siano gli effetti dell'aborto sulla salute mentale della donna, tuttavia l'interpretazione dei dati spesso risente della posizione culturale ed etica dell'autore. Infatti, alcuni studiosi, che sono a favore della libertà di scelta della donna, hanno mostrato che l'I.V.G. non sia mai causa di problemi psicologici. Altri, che invece sono contrari all'interruzione volontaria di gravidanza, hanno evidenziato che l'I.V.G. sia fonte di disturbi mentali³. Al tempo stesso, una letteratura sempre più ampia ha evidenziato l'importanza dell'aborto nella patogenesi di disturbi psicopatologici⁴. Dunque, in questa review ci proponiamo di esaminare la letteratura descrivendo i possibili rapporti tra interruzione volontaria di

* Professore di Psicopatologia, Istituto di Psicologia, Università Gregoriana.

** Ricercatrice, Istituto Italiano di Terapia Cognitivo-Interpersonale.

gravidanza (I.V.G.) e disturbi psicopatologici, evidenziando le problematiche che possono emergere dopo una I.V.G.

Uno studio, svolto su donne che avevano abortito volontariamente 8 settimane prima, ha rilevato che il 44% presentava disturbi mentali, il 36% disturbi del sonno, il 31% si era pentito e l'11% si era fatto prescrivere psicofarmaci dal proprio medico di famiglia⁵. Un altro studio ha rilevato che il 25% delle donne che abortiscono esegue visite psichiatriche, in confronto al 3% del gruppo di controllo⁶, e che le donne che abortiscono hanno una probabilità molto più alta, rispetto alle altre, di essere ricoverate successivamente in un reparto psichiatrico⁷⁻⁸.

Gravidanza ed aborto procurato

Scoprire di aspettare un bambino, quando questo avviene in condizioni poco favorevoli, può essere uno shock e rappresentare un momento molto critico nella vita di una donna⁹.

La gravidanza, come la pubertà o la menopausa, è un periodo di crisi che comporta profondi cambiamenti sia psicologici che fisici. Questi momenti critici rappresentano, al tempo stesso, un test fondamentale per la salute mentale, in quanto, in condizioni favorevoli, determinano l'emergere di livelli più integrati di identità personale e consapevolezza di sé, mentre in condizioni sfavorevoli possono determinare soluzioni nevrotiche più o meno gravi.

La gravidanza dunque è di per sé un momento stressante che coinvolge tutte le aree della persona: sono presenti cambiamenti endocrinologici, si riattivano antichi conflitti psicologici e si verifica una riorganizzazione intrapsichica, che consente alla donna di diventare anche madre¹⁰⁻¹¹. La donna ancor prima di scegliere di abortire è già oggetto di profondi cambiamenti, sia psicologici che cognitivi⁹.

Le donne sviluppano l'attaccamento emotivo verso il feto già durante la gravidanza¹²⁻¹⁴. Uno studio in particolare indica che l'attaccamento madre-feto inizia subito dopo il concepimento¹⁴ anche nelle donne che progettano di abortire, in quanto i processi psicologici sottostanti a questa relazione precoce vanno al di là del controllo cosciente della madre. A tal proposito, una ricerca recente ha riscontrato che il 20% delle donne che abortisce prova un grave stress emotivo simile a quello delle madri che soffrono per la morte del proprio figlio¹⁵, con la differenza che i sensi di colpa associati alla volontarietà dell'I.V.G possono ulteriormente complicare ed intralciare l'elaborazione del lutto¹⁶.

Una donna di fronte alla scelta di portare a termine o meno la gravidanza vive un momento di crisi. Una persona, in generale, quando vive un momento di crisi, si trova in uno stato di grande turbamento e dissonanza cognitiva, rispetto al quale è molto vulnerabile a qualunque influenza, sia interna che esterna, che possa aiutarla a stare meglio¹⁷. Le persone che vivono un momento di crisi hanno meno fiducia in quello che pensano e nella capacità di riuscire a prendere la decisione giusta. Tale vulnerabilità psicologica può portare a situazioni in cui genitori, counselor, partner o altre figure significative possono avere una grandissima influenza sulla decisione finale¹⁸.

Quando una donna in gravidanza, che già di per sé si trova in uno stato di fragilità, deve scegliere se abortire o meno vive una condizione ancora più critica e quindi è più vulnerabile¹⁹. Dunque, si può trovare a prendere una decisione non rispondente ad una scelta consapevole, che successivamente può provocare gravi sentimenti di rimpianto. Una persona in crisi, infatti, tende a sentirsi stanca, prova sentimenti di profondo sconforto, di inadeguatezza, di confusione, ansia e disorganizzazione, di conseguenza è più probabile che si faccia indietro e lasci che altri prendano la decisione al suo posto²⁰.

La decisione di abortire è il frutto di giorni o settimane di riflessioni, il motivo di questa decisione ed il modo in cui viene presa possono influire sulla risposta psicologica della donna dopo l'evento⁹. Uno studio, a tal proposito, indica che il 44% delle donne esprime dubbi riguardo la decisione di abortire al momento della scoperta della gravidanza, ed il 30% continua ad avere dubbi al momento dell'I.V.G²¹.

Fattori di rischio

Studi recenti, che hanno indagato la natura conflittuale del processo decisionale, hanno riscontrato che i sentimenti ambivalenti sono presenti in maniera significativa sia prima che dopo l'interruzione volontaria di gravidanza anche tra le donne che precedentemente erano favorevoli all'aborto. Dunque, malgrado l'atteggiamento favorevole riguardo l'I.V.G in generale, le donne manifestano una disposizione negativa riguardo il proprio aborto²². Questa ambivalenza viene generalmente espressa in maniera indiretta: attraverso un comportamento taciturno, impaziente o ostile verso il personale medico, o anche mostrando una eccessiva sicurezza personale²³.

L'ambivalenza sperimentata da molte donne è quindi un aspetto fondamentale ed è dovuta a conflitti di natura personale, relazionale, morale e/o spirituale che influenzano la decisione. Tuttavia anche i cambiamenti fisici, caratteristici delle prime fasi della gravidanza possono essere fonte di conflitto²². L'ambivalenza è uno dei predittori più importanti nel determinare disturbi psicologici dopo l'I.V.G^{24 25}, quali sensi di colpa²⁶, ansia²⁷, rimpianto, depressione e rabbia²⁴. Dunque, una disposizione ambivalente è correlata con l'aumento della vulnerabilità per problemi psicologici dopo l'I.V.G²⁸.

Nei reparti ospedalieri che praticano l'interruzione volontaria di gravidanza sono stati osservati quattro stili decisionali disfunzionali²⁹:

1) *“l'approccio istintivo”* nel quale la decisione è presa molto rapidamente, senza prendersi il tempo sufficiente per esplorare altre possibilità o risolvere i sentimenti ambivalenti;

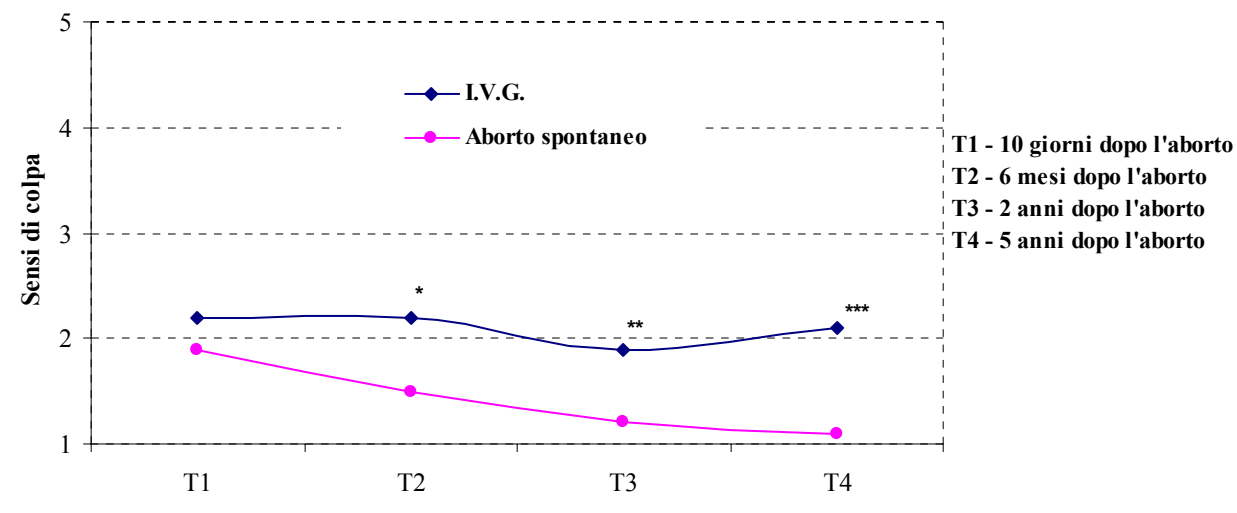
2) *“l'approccio razionale-analitico”* che si basa sulle ragioni pratiche a favore dell'aborto (problemi economici, essere single, etc.) in contrasto con i bisogni emotivi (attaccamento alla gravidanza, desiderio di maternità, etc.);

3) *“l'approccio basato sul rifiuto e sul temporeggiamento”* o sull'evitamento della decisione, che è tipico delle donne che rinviando la decisione a causa dei forti sentimenti conflittuali, che non vengono risolti prima dell'aborto, dovuti al desiderio di tenere il bambino;

4) *“l'approccio basato su nessuna presa di decisione”* nel quale la donna si rifiuta di prendere la decisione, delegando ad altri di decidere per lei (partner, genitori, professionisti della salute, etc.).

Ciascuno di questi stili può determinare un più basso livello di soddisfazione dopo l'aborto e provocare problemi psicologici, poiché la donna prima dell'intervento non ha piena consapevolezza della sua decisione²⁹. Ulteriori fattori di rischio, inerenti il processo decisionale, sono: la difficoltà nel prendere la decisione^{26 27}, l'investimento emotivo nella gravidanza^{30 31}, l'aver inizialmente progettato una gravidanza^{30 31}, avere opinioni contrarie all'aborto^{26 32} e la credenza nell'umanità del feto³³. Se considerate insieme, tutte queste variabili indicano che la donna, nonostante voglia abortire, ha dentro di sé una volontà, anche minima, di portare a termine la gravidanza e che sono presenti valori in contrasto con l'aborto volontario. Infatti, la presenza di questi fattori influisce notevolmente determinando un vissuto doloroso di lutto, senso di colpa, rabbia e/o difficoltà nelle relazioni interpersonali o con il partner²⁸. La figura 1 mostra la differenza di punteggi relativi ai sensi di colpa provati in seguito all'aborto spontaneo ed all'aborto procurato (Fig. 1)².

Fig.1 Punteggi dei sentimenti di colpa dopo l'aborto spontaneo e l'I.V.G., rilevati attraverso interviste in è stato chiesto di indicare i sentimenti di colpa ripensando alla terminazione della gravidanza. I valori sono: 1 per niente; 2 un pochino; 3 abbastanza; 4 molto; 5 moltissimo. Sono presenti differenze statisticamente significative tra i due gruppi: * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$.



Modificato da Broen AN, Moum T., Bodtker AS, Ekeberg O. BMC Med 2005 Dec 12; 3(1):18.²

La scelta di abortire è difficile per molte donne a causa di conflitti emotivi e pressioni esterne^{24, 34-39} e la decisione finale frequentemente non rappresenta il reale desiderio della donna, di conseguenza molte donne vivono l'aborto come una perdita che comporta dolore, altre emozioni sgradevoli e disturbi psicologici²⁸.

Disturbi mentali correlati all'I.V.G.

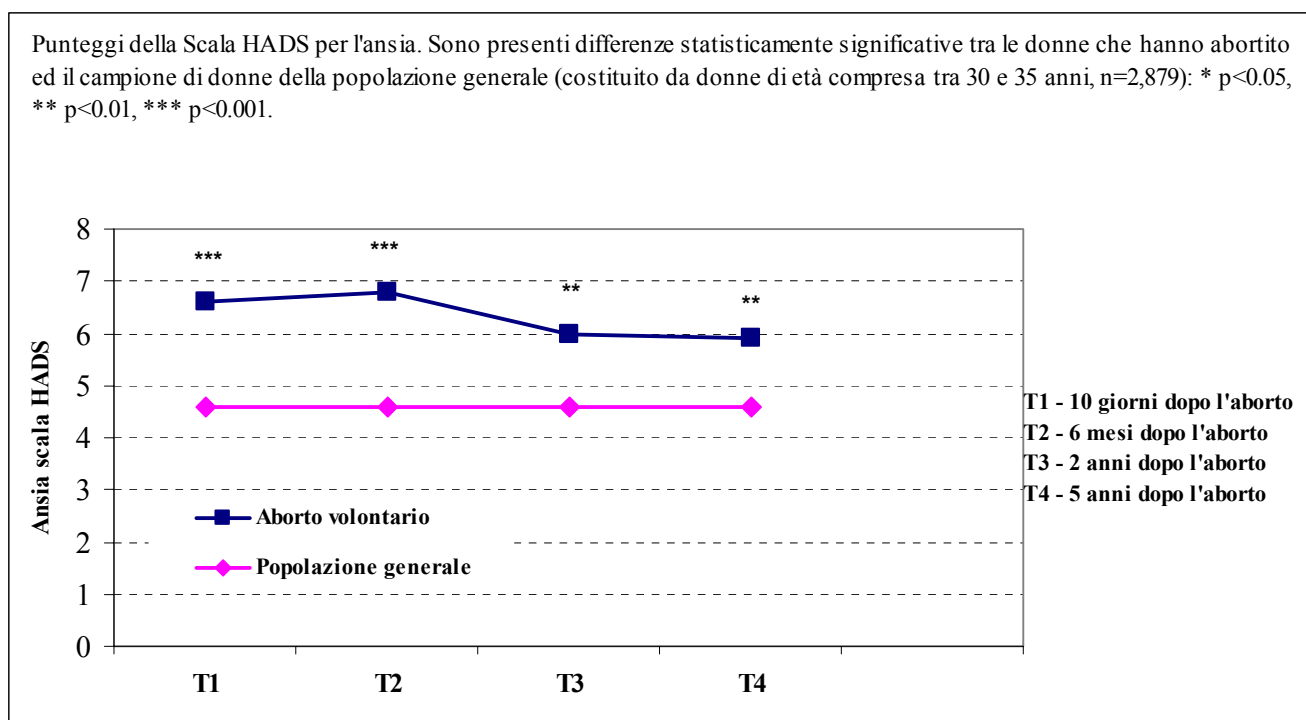
La pratica abortiva può avere conseguenze sia nel breve che nel lungo periodo. Nel breve termine può associarsi ad una riduzione dei livelli di ansia, per il venir meno dell'elemento ansiogeno costituito dalla gravidanza indesiderata. Mentre nel lungo periodo, in una percentuale consistente di donne, costituisce un fattore di rischio significativo, associandosi ad una maggiore incidenza di ansia, disturbo post traumatico da stress, depressione, rischio di suicidio ed abuso di sostanze. Questo appare tanto più vero alla luce di quanto esposto precedentemente riguardo la conflittualità che caratterizza il processo decisionale. L'I.V.G. eseguito in giovane età è correlato a disturbi d'ansia o di depressione dopo anni dall'interruzione della gravidanza, che appaiono tanto più severi quanto più è bassa l'età della donna.

Ansia ed Aborto.

Uno studio ha riscontrato che prima di abortire dal 40 al 60% delle donne presenta un livello elevato di ansia, ed il 20% un elevato livello di depressione⁴⁰.

Bradshaw et al. hanno esaminato il livello di stress psicologico presente immediatamente prima dell'interruzione di gravidanza⁴¹ ed hanno riscontrato che dal 40 al 45% delle donne manifesta un elevato livello di ansia. Subito dopo l'intervento, invece, c'è una riduzione dei livelli di stress^{23 34 41}, ma una minoranza di donne continua ad avere importanti disturbi psicologici^{4 37 43-45}, che frequentemente consistono in un'ansia molto elevata^{35 40 45-48}. Uno studio più recente ha riscontrato che più del 30% delle donne, un mese dopo l'IVG, manifesta livelli di ansia clinicamente significativi e/o elevati livelli di stress⁴¹. La figura 2 mostra la differenza esistente tra i livelli di

ansia presenti nella popolazione generale e quelli riscontrati nelle donne che hanno abortito durante i cinque anni successivi all'intervento (Fig. 2) ².



Modificato da Broen AN, Moum T., Bodtker AS, Ekeberg O. BMC Med 2005 Dec 12; 3(1):18. ²

L'ansia può manifestarsi in vari modi: attraverso tensione muscolare, vertigini, tachicardia, problemi gastrici, cefalea, paura del futuro, difficoltà di concentrazione e disturbi del sonno.

Inoltre, lo stress causato dall'aborto si può evolvere in un vissuto di dolore e di paura con cambiamenti delle relazioni sessuali, incremento o inizio dell'assunzione di droghe ed alcol, cambiamenti del comportamento alimentare, isolamento sociale, perdita della stima di sé fino all'ideazione suicidaria ed ai tentativi di suicidio ⁴⁹.

Disturbo Post-traumatico da Stress ed Aborto

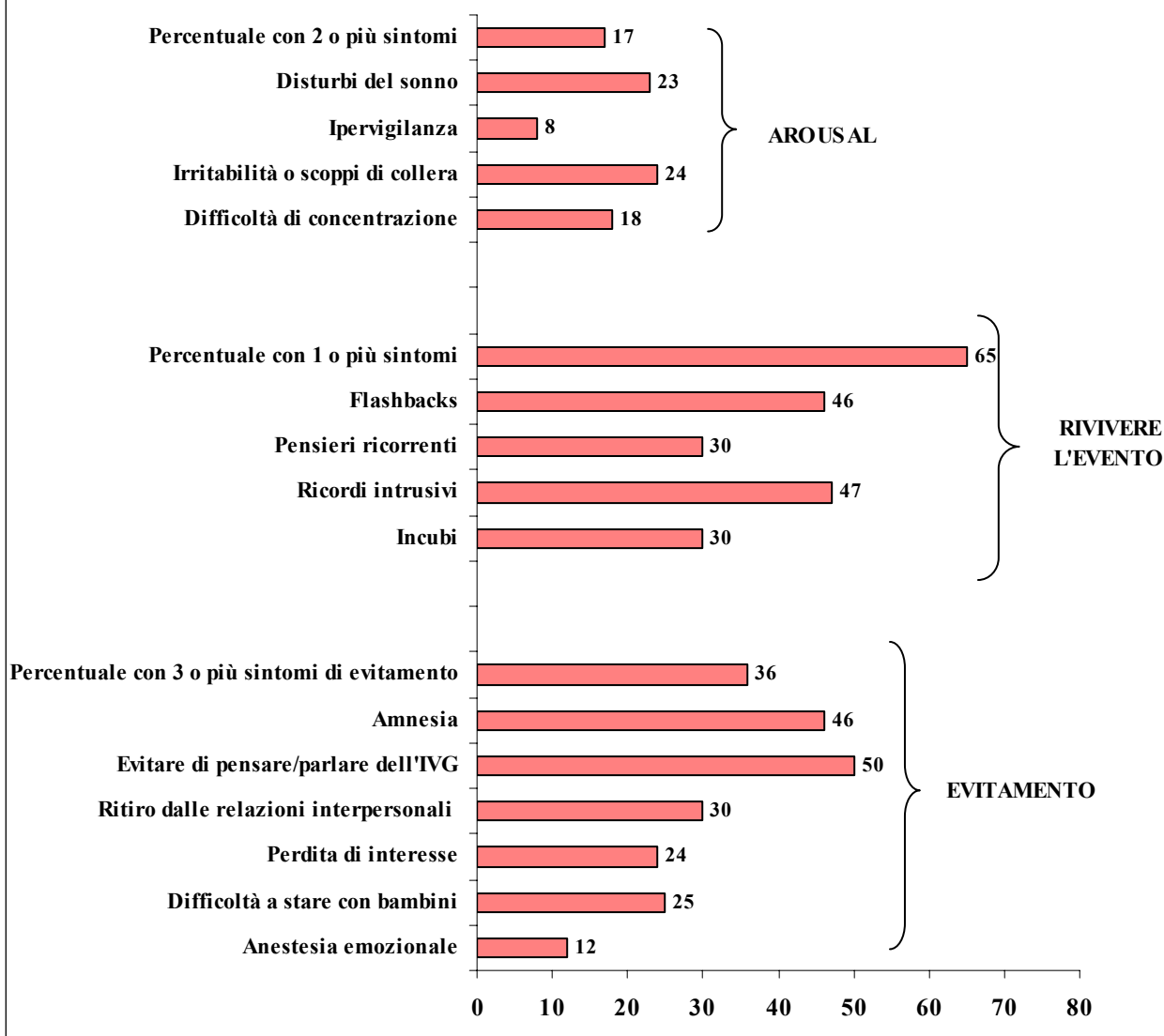
L'aborto può rappresentare un evento traumatico nella vita di una donna. Questo aspetto potrebbe essere imputabile al fatto che la donna percepisce l'aborto come l'uccisione violenta del proprio bambino, cosicché la paura, l'ansia, il dolore e la colpa associati alla procedura si mescolano alla percezione di una morte violenta ⁵⁰⁻⁵¹.

Barnard C.A. ha svolto una ricerca su donne che avevano praticato l'interruzione volontaria di gravidanza 3-5 anni prima, riportando che il 18.8% presentava tutti i sintomi principali del Disturbo Post Traumatico da Stress, il 46% delle donne manifestava sintomi da stress elevato quali disturbi del sonno, elevata reattività fisiologica e stati dissociativi durante i quali riviveva l'esperienza di aborto, ed il 16.9% presentava ricordi ricorrenti ed intrusivi dell'evento, mentre il 23.4% presentava l'evitamento persistente degli stimoli associati all'aborto ⁵². Un altro studio ha riscontrato una risposta di stress nel 55% delle donne, 6 mesi dopo l'aborto ⁵³.

La figura 3 mostra i sintomi del Disturbo Post-traumatico da Stress rilevati somministrando il questionario IPLQ ad un campione di 217 donne americane che hanno abortito una o più volte. Dall'analisi dei dati emerge che: il 65% del campione rivive in modo persistente l'evento attraverso ricordi ricorrenti ed intrusivi (47%) e flashbacks (46%); il 36% del campione presenta l'evitamento persistente degli stimoli associati all'aborto che si manifesta, nel 50% delle donne esaminate, attraverso gli sforzi per evitare pensieri, sensazioni o conversazioni associate all'aborto e, nel 46%,

attraverso l'incapacità di ricordare qualche aspetto importante dell'evento; infine, il 17% presenta sintomi persistenti di aumentato arousal di cui il 24% presenta irritabilità o scoppi di collera, mentre il 23% difficoltà ad addormentarsi o a mantenere il sonno (Fig. 3) ⁵⁴.

Fig. 3 Punteggi ricavati dalla somministrazione del questionario IPLQ a 217 donne americane, di età compresa tra 18 e 40 anni, che hanno praticato una o più IVG.



Modificato da Rue VM, Coleman PK, Rue JJ, Reardon DC. Med Sci Monit, 2004; 10(10): SR5-16. ⁵⁴

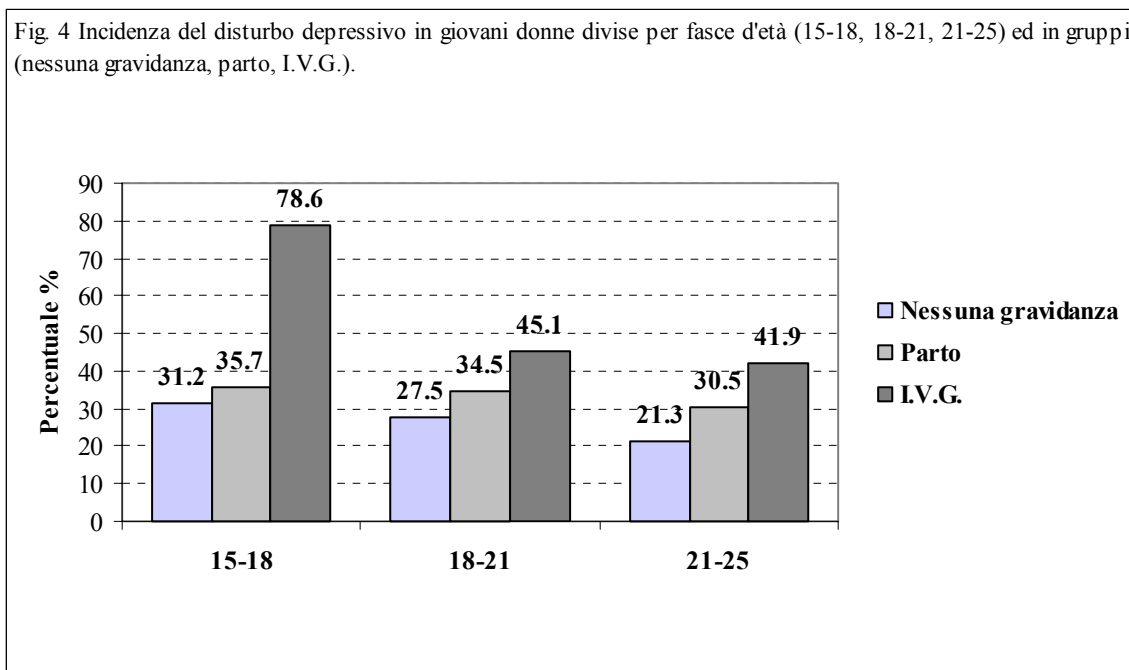
Alla luce di queste considerazioni alcuni autori hanno definito questi disturbi “*sindrome post-abortiva*” considerandola un tipo di Disturbo Post Traumatico da Stress i cui sintomi principali sono: (a) l'esposizione o la partecipazione ad una esperienza di aborto, che viene percepita come l'uccisione traumatica ed intenzionale di un bambino non ancora nato; (b) rivivere in modo negativo ed intrusivo l'evento dell'aborto; (c) sforzi infruttuosi di evitare o negare i ricordi dolorosi dell'aborto, che determinano una ridotta capacità di reagire al trauma; (d) altri sintomi associati che non erano presenti prima di abortire, inclusi sensi di colpa e la sensazione di essere sopravvissuti ⁵¹.

Depressione ed Aborto.

Il rischio di depressione nelle donne che abortiscono una gravidanza indesiderata è superiore rispetto alle donne che portano a termine la gravidanza. Secondo uno studio recente le donne che abortiscono la loro prima gravidanza incrementano del 65% le probabilità di ammalarsi di depressione, rispetto alle donne che la portano a termine¹⁸. Un recente studio di Fergusson et al. del 2006 prende in considerazione un gruppo di donne neozelandesi suddiviso in tre fasce di età (15-18, 18-21 e 21-25) e ripartite nei seguenti tre gruppi:

- Donne che non hanno mai avuto una gravidanza
- Donne che hanno portato a termine la gravidanza
- Donne che hanno praticato un I.V.G.

dalla figura 4 si evidenzia che indipendentemente dalla fascia di età le donne che hanno abortito presentano un maggiore rischio di depressione e che tale rischio tende ad aumentare al diminuire dell'età⁵⁵.



Modificato da Fergusson D.M., Horwood L.J., Ridder E.M. Journal of Child Psychology & Psychiatry, 2006; 47(1): 16-24.⁵⁵

L'I.V.G è correlato all'insorgenza di sintomi depressivi come umore triste, insonnia, difficoltà di concentrazione, disturbi sessuali e problemi relazionali con il partner, ideazione suicidaria, episodi di pianto improvviso ed incontrollato, perdita della stima di sé, perdita dell'appetito, perdita della motivazione⁵⁶. Dal 30 al 50% delle donne va incontro a problemi di natura sessuale, di breve o lunga durata, che iniziano subito dopo l'I.V.G. Essi comprendono: perdita del piacere nei rapporti sessuali, dolore, avversione verso il sesso o verso gli uomini in generale, o sviluppo di un comportamento sessualmente promiscuo⁴⁹.

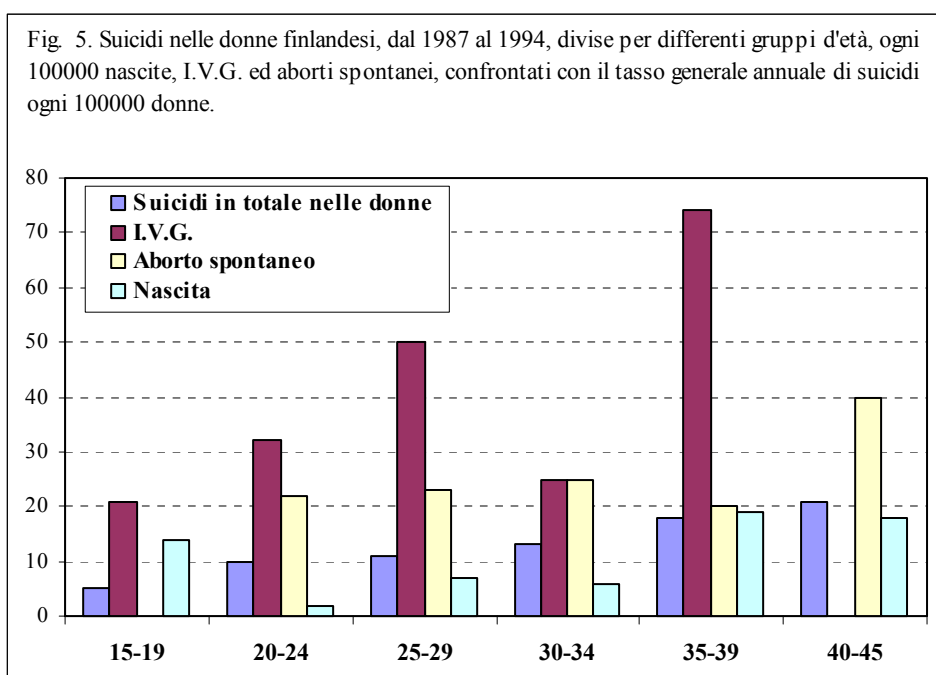
La depressione può manifestarsi diversi mesi dopo l'evento, nell'anniversario della data dell'I.V.G o nell'anniversario dell'ipotetica data di nascita del bambino⁵⁷⁻⁵⁸. Inoltre, donne che hanno interrotto volontariamente una precedente gravidanza possono continuare ad avere sentimenti di colpa o depressione legati all'aborto anche durante le successive gravidanze⁵⁹. Uno studio condotto su 254 donne gravide dal secondo trimestre di gravidanza fino a 12 mesi dopo il parto, di cui 28 in passato avevano già abortito, ha riscontrato che quelle che avevano abortito mostravano livelli significativi di depressione al terzo trimestre di gravidanza, ed al primo, al sesto ed al

dodicesimo mese dopo il parto. Le donne che avevano abortito inoltre descrivevano se stesse come meno bene adattate durante il periodo prenatale ed avevano una più bassa stima di sé nel periodo dopo il parto, rispetto a quelle che non avevano una storia di aborto in anamnesi⁶⁰.

Rischio di Suicidio ed Aborto

Gli studi svolti finora riguardo questo problema mostrano che la gravidanza è correlata con una fortissima diminuzione del rischio di suicidio. Ciò ha spinto gli studiosi ad ipotizzare che in qualche modo la gravidanza rivesta un ruolo protettivo da un punto di vista psicologico: la presenza di un essere umano “per il quale vivere”, infatti, sembra ridurre l’impulso suicida nelle donne psicologicamente disturbate o profondamente depresse⁶¹. Sebbene la gravidanza diminuisca la percentuale di suicidi, al contrario l’aborto ne aumenta drammaticamente il rischio. Infatti, uno studio svolto nel 1986 dall’Università del Minnesota ha messo in evidenza che un’adolescente ha il 10% di probabilità in più di tentare il suicidio se ha abortito negli ultimi sei mesi, rispetto ad una coetanea che non ha abortito⁶². Simili percentuali di rischio sono state riscontrate anche nelle donne di età più adulta. Qualche volta il tentato suicidio dopo l’aborto è un atto impulsivo di disperazione, mentre altre volte può nascere da anni di repressione, depressione e perdita della stima di sé. Uno studio del 1987 svolto su donne che soffrivano del trauma post-abortivo ha rilevato che il 60% di queste aveva pensato di suicidarsi, il 28% aveva tentato il suicidio, ed il 18% aveva tentato il suicidio più di una volta, spesso diversi anni dopo l’evento⁶³.

La figura 5 mostra i risultati di uno studio Finlandese svolto su tutte le donne in età fertile, divise per fasce d’età, che si sono suicidate dal 1987 al 1994. La ricerca ha messo in evidenza che, di tutti i suicidi commessi, il 5.4% sono associati alla gravidanza. Di questi il 5.9% è associato alla nascita del bambino, il 18.1% all’aborto spontaneo, mentre il 34.7% all’aborto volontario (Fig. 5)⁶⁴.



Modificato da Gissler M, Hemminki E, Lonnqvist J. BMJ 1996; 313:1431-1434.⁶⁴

Questi dati dimostrano come l’aborto volontario aumenti il rischio di suicidio nelle donne, tuttavia non mostrano che tipo di relazione ci possa essere tra questi due eventi ma indica un’associazione significativa tra aborto e suicidio. L’aborto, alla luce di quanto esposto finora, può avere un impatto estremamente negativo sulla salute mentale, così ansia, depressione, disturbo post-traumatico da stress, dolore, sensi di colpa non fanno che aumentare il rischio di suicidio.

Abuso di Sostanze ed Aborto.

L'impatto negativo dell'I.V.G sulle dimensioni emotive della donna può indurre l'abuso di sostanze. I ricercatori che studiano l'abuso di sostanze hanno riscontrato che il sesso femminile rispetto a quello maschile tende ad utilizzare alcol e droghe in seguito ad eventi particolarmente stressanti o in riferimento ad eventi circoscritti⁶⁵.

Diverse ricerche hanno, infatti, messo in evidenza che una storia di I.V.G è associata ad un incremento del 6.1% dell'abuso di sostanze nelle donne⁶⁶, di cui l'89% inizia l'abuso entro tre anni dall'aborto⁶⁷.

Le sostanze utilizzate possono essere di vari tipi: sigarette, cocaina, marijuana ed altre droghe illegali²⁸. Il legame fra aborto e comportamento di abuso può essere di due tipi. In un caso le sostanze vengono utilizzate per alleviare lo stress⁶⁸: ciò significa che le donne che soffrono di disturbi psicologici sono più predisposte ad usare o abusare di droga o alcol per gestire l'ansia. Ricerche recenti, infatti, indicano che il Disturbo Post Traumatico da Stress generalmente precede l'inizio del Disturbo da Abuso di Sostanze²⁸.

Nell'altro caso l'uso di sostanze è successivamente messo in atto per tenere lontane dalla consapevolezza le emozioni negative che erano state represses al momento dell'aborto²⁸.

Conclusioni

Dall'analisi dei dati fin qui riportati emerge che la donna sin dal momento del concepimento di un figlio entra in uno stato di crisi, dovuto ad un profondo e strutturale cambiamento sia fisico che psicologico proprio della gravidanza, che la rende più fragile. L'attaccamento al feto, processo non consapevole, che inizia a svilupparsi subito dopo il concepimento, appare fra tutti quello più determinante nell'insorgenza di uno stato di crisi nel caso di una gravidanza non voluta. Tale condizione si unisce alla difficoltà della decisione di abortire e pone la donna in una situazione di estrema vulnerabilità, sia a pressioni interne che esterne, con una amplificazione degli indici di ansia, che la porta a vivere in maniera estremamente ambivalente e conflittuale la decisione da prendere. In questo contesto la decisione può non essere corrispondente ad una scelta consapevole. Infatti, sono stati osservati quattro stili decisionali disfunzionali riguardo l'I.V.G (l'approccio istintivo, l'approccio razionale-analitico, l'approccio basato sul rifiuto e sul temporeggiamento e l'approccio basato su nessuna presa di decisione). Questi quattro stili decisionali mettono in evidenza l'ambivalenza verso l'aborto e come l'interruzione di gravidanza potrebbe non nascere da una scelta consapevole, che rappresenti il reale desiderio della donna. L'ambivalenza risulta essere il più grave per l'insorgenza di disturbi psicologici dopo l'aborto procurato. Infatti, anche se subito dopo l'intervento si riducono i livelli di ansia, successivamente l'I.V.G può essere vissuto o come una grave perdita, o come l'uccisione volontaria del proprio bambino, o al contrario il vissuto affettivo doloroso viene allontanato dalla consapevolezza perchè troppo angosciante, per poi slatentizzarsi successivamente. In questo contesto l'aborto rappresenta uno *stressor* che non viene assimilato ed integrato all'interno della personalità, a causa dello stato di vulnerabilità in cui si trova la donna, e che quindi supera la soglia individuale di adattamento, favorendo la comparsa di una serie di disturbi mentali: ansia, disturbo post-traumatico da stress, depressione, comportamenti distruttivi come abuso di sostanze e suicidio.

Questo articolo si inserisce in un panorama scientifico in cui si evidenzia la carenza di dati nazionali in merito alla caratterizzazione psicopatologica e clinico-epidemiologica dei disturbi post-abortivi. Pur essendo ormai indiscussa, nella letteratura internazionale, la relazione tra I.V.G e disturbi mentali, è stato riscontrato che i fattori culturali rivestono un ruolo fondamentale nel modo in cui lo stress post-abortivo viene sperimentato, in quanto le manifestazioni comportamentali ed emotive tendono ad essere conformi ai valori sociali e culturali di appartenenza⁵⁴.

Questo studio vuole essere una descrizione dei disturbi mentali che possono insorgere dopo un'interruzione volontaria di gravidanza, tuttavia appare necessario approfondire e studiare le caratteristiche e l'incidenza di questo fenomeno anche nel nostro paese.

Bibliografia

- ¹ Broen AN, Moum T., Bodtker AS, Ekeberg O. *The course of mental health after miscarriage and induced abortion: a longitudinal, five-year follow-up study*. BMC Med 2005 Dec 12; 3(1):18.
- ² Speckland & Mufel, 2003.
- ³ Kendall-Tackett KA. *Trauma Associated with Perinatal Events: Birth Experience, Prematurity and Childbearing Loss*. In Kendall-Tackett K.A. *The Handbook of Women, Stress and Trauma*. New York: Taylor & Francis, 2004.
- ⁴ Bernard C. *The Long-Term Psychological Effects of Abortion*. Portsmouth, N.H.: Institute for Pregnancy Loss, 1990.
- ⁵ Ashton. *The Psychological Outcome of Induced Abortion*, British Journal of Ob&Gyn., 1980.
- ⁶ Badgley. *Report of the Committee on the Operation of the Abortion Law*. Ottawa: Supply and Services 1977:313-321.
- ⁷ Somers R. *Risk of Admission to Psychiatric Institutions Among Danish Women who Experienced Induced Abortion: An Analysis on National Record Linkage*. Dissertation Abstracts International, Public Health 1979; 2621-B.
- ⁸ David H. *Postpartum and Postabortion Psychotic Reactions*. Family Planning Perspectives 1981; 13:88-91.
- ⁹ Broen AN., Moum T., Bodtker AS, Ekeberg O. *Reason for induced abortion and their relation to women's emotional distress: a prospective, two-year follow-up study*. Gen Hosp Psychiatry 2005; 27:36-43.
- ¹⁰ Bibring GL. *Some Considerations of the Psychological Processes in Pregnancy*. In Bibring G.L. *Psychoanalytic Study of the Child* 1959; 14:113-121.
- ¹¹ Guidano V. *Il sè nel suo divenire*. Bollati Boringhieri 2004.
- ¹² Condon JT. *The spectrum of fetal abuse in pregnant women*. J Nerv Ment Dis 1986; 174: 509-516.
- ¹³ Cranley MS. *Development of a tool for measurement of maternal attachment during pregnancy*. Nurs Res 1981; 30: 281-284.
- ¹⁴ Leifer M. *Psychological changes accompanying pregnancy and motherhood*. Genet Psychol Monogr 1977; 95: 55-96.
- ¹⁵ Kero A, Hogberg U, Lalos A. *Well-being and mental growth – long-term effects of legal abortion*. Soc Sci Med 2004; 58: 2559-2569.
- ¹⁶ Meister R. *Induced abortion and psychotherapy*. Psychother Psychosom 1978; 30: 98-104.
- ¹⁷ Morley WE. *Theory of Crisis Intervention*. Pastoral Psychology 1970; 21:203, 16.
- ¹⁸ Reardon DC. *Abortion decisions and the duty to screen: clinical, ethical, and legal implications of predictive risk factors of post-abortion maladjustment*. Journal of Contemporary Health Law and Policy 2003; 20:33.
- ¹⁹ Baker A. *Informed Consent, Counseling, and Patient Preparation*. In Maureen P. et al. eds., *A Clinician's guide to medical and surgical abortion*; 1999; 26.
- ²⁰ Stone HW. *Crisis counselling*. 1976; 20.
- ²¹ Husfeldt C, Hansen SK, Lyngberg A. *Ambivalence among women applying for abortion*. Acta Obstet Gynecol Scand 1995; 74: 813-817.
- ²² Alex L, Hammarstrom A. *Women's experiences in connection with induced abortion – a feminist perspective*. Scand J Caring Sci 2004; 18: 160-168.
- ²³ Landy U. *Abortion counseling: A new component of medical care*. Clin Obstet Gynecol 1986; 13: 33-41.
- ²⁴ Adler NE. *Emotional responses of women following therapeutic abortion: How great a problem?*. J Appl Soc Psychol 1975; 6: 240-259.
- ²⁵ Shusterman LR. *Predicting the psychological consequences of abortion*. Soc Sci Med 1979; 13: 683-689.
- ²⁶ Osofsky JD, Osofsky HJ. *The psychological reaction of patients to legalized abortion*. Am J Orthopsychiatry 1982; 42: 48-60.
- ²⁷ Bracken MB, Kasi S. *First and repeat abortions: A study of decision-making and delay*. J Biosoc Sci 1975; 7: 473-491.
- ²⁸ Coleman PK. *Induced Abortion and Increased Risk of Substance Abuse: A Review of the Evidence*. Current Women's Health Reviews 2005; 1, 21-34 21.
- ²⁹ Landy U. *Abortion counseling: A new component of medical care*. Clin Obstet Gynecol 1986; 13: 33-41.
- ³⁰ Lyndon J, Dunkel-Schetter C, Cohan CL. *Pregnancy decision making as a significant life event: A commitment approach*. J Pers Soc Psychol 1996; 71:141-151.
- ³¹ Remennick LI, Segal R. *Sociocultural context and women's experiences of abortion: Israeli women and Russian immigrants compared*. Cul Health Sex 2001; 3: 49-66.

- ³² Soderberg H, Janzon L, Sjoberg N. *Emotional distress following induced abortion: A study of its incidence and determinants among adoptees in Malmo*. Sweden. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1998; 79: 173-178.
- ³³ Conklin M, O'Connor B. *Beliefs about the fetus as a moderator of postabortion psychological well-being*. J Soc Psychiatry 1995; 39:76-81.
- ³⁴ Miller WB, Pasta DJ, Dean CL. *Testing a model of the psychological consequences of abortion*. In Beckman LJ and Harvey SM, Eds. *The new civil war: The psychology, culture, and politics of abortion*. Washington, DC: American Psychological Association 1998: 235-267.
- ³⁵ Coleman PK, Nelson ES. *The quality of abortion decisions and college students' reports of post-abortion emotional sequelae and abortion attitudes*. J Soc Clin Psychol 1998; 17: 425-442.
- ³⁶ Shusterman LR. *Predicting the psychological consequences of abortion*. Soc Sci Med 1979; 13: 683-689.
- ³⁷ Conklin M, O'Connor B. *Beliefs about the fetus as a moderator of postabortion psychological well-being*. J Soc Psychiatry 1995; 39: 76-81.
- ³⁸ Major B, Cozzarelli C, Sciacchitano AM, et al. *Perceived social support, self-efficacy, and adjustment to abortion*. J Pers Soc Psychol 1990; 59: 186-197.
- ³⁹ Condon JT. *The spectrum of fetal abuse in pregnant women*. J Nerv Ment Dis 1986; 174: 509-516.
- ⁴⁰ Urquhart DR, Templeton AA. *Psychiatric Morbidity and Acceptability Following Medical and Surgical Methods of Induced Abortion*. Br J Obstetrics and Gynecology 1991; 98:396.
- ⁴¹ Bradshaw Z, Slade P. *The effects of induced abortion on emotional experiences and relationships: A critical review of the literature*. Clin Psychol Rev 2003; 23:929-958.
- ⁴² Kero A, Hogberg U, Lalos A. *Well-being and mental growth – long-term effects of legal abortion*. Soc Sci Med 2004; 58: 2559-2569.
- ⁴³ Adler NE, David HP, Major BN. *Psychological responses after abortion*. Science 1990; 248: 41-44.
- ⁴⁴ Schleiss L, Mygind KA, Borre RV. *Psychological consequences of induced abortion*. Ugeskr Laeger 1997; 159: 3603-3606.
- ⁴⁵ Zolse G, Blacker CVR. *The psychological complications of therapeutic abortion*. Br J Psychiatry 1992; 160: 742-749.
- ⁴⁶ Franco KN, Tamburrino M, Campbell N. *Psychological profile of dysphoric women post abortion*. J Am Med Womens Assoc 1989; 44: 113.
- ⁴⁷ Moseley DT, Follongstad DR, Harley H. *Psychological factors that predict reaction to abortion*. J Clin Psychol 1981; 37: 276-279.
- ⁴⁸ Niswander K, Singer J, Singer M. *Psychological reaction to therapeutic abortion*. Am J Obstet Gynecol 1972; 114: 29-33.
- ⁴⁹ Speckhard A. *Psycho-Social Stress Following Induced Abortion*. Sheed and Ward 1987; Kansas City.
- ⁵⁰ Franche. *The ambivalence of Abortion*. New York; Random House, 1978, 84-95.
- ⁵¹ Speckhard A., Rue V. *Postabortion syndrome: An emerging public health concern*. J Soc Issues 1992; 48(3): 95-119.
- ⁵² Barnard CA. *The Long-Term Psycho-social Effects of Abortion*. Portsmouth, N.H.: Institute For Pregnancy Loss, 1990.
- ⁵³ Butterfield LM. *Incidence of complicated grief and post-traumatic stress in a post-abortion population*. Ph.D. Dissertation, Virginia Commonwealth University (1988), *Dissertation Abstracts International* 49(8): 3431-B, February 1989.
- ⁵⁴ Rue VM, Coleman PK, Rue JJ, Reardon DC. *Induced abortion and traumatic stress: A preliminary comparison of American and Russian women*. Med Sci Monit, 2004; 10(10): SR5-16
- ⁵⁵ Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM. *Abortion in young women and subsequent mental health*. Journal of Child Psychology & Psychiatry, 2006; 47(1): 16-24.
- ⁵⁶ Reardon DC, Cogle JR. *Depression and unintended pregnancy in the National Longitudinal Survey of Youth: a cohort study*. British Medical Journal, 324: 151-152.
- ⁵⁷ Congleton GK, Calhoun LG. *Post-Abortion Perceptions: A Comparison of Self-Identified Distressed and Nondistressed Populations*. In *The International Journal of Social Psychiatry* 1993; 39(4): 255.
- ⁵⁸ Cogle JR. *Depression associated with abortion and childbirth: A long-term analysis of the NLSY cohort*. In: *Clinical Method & Health Research Net Prints* 2001.
- ⁵⁹ Devore NE. *The Relationship Between Previous Elective Abortions and Postpartum, Depressive Reactions*. In: *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing* 1979; 237-240.
- ⁶⁰ Bradley CF. *Abortion and Subsequent Pregnancy*. Canadian Journal Psychiatry 1984; 29:494.
- ⁶¹ Hilgers. *New Perspectives on Human Abortion*. Frederick, Md. University Press of America 1981; 156.

- ⁶² Garfinkel. *Stress, Depression and Suicide: A Study of Adolescents in Minnesota*. University of Minnesota Extension Service, Minneapolis 1986.
- ⁶³ Reardon DC. *A Survey of Psychological Reactions*. Elliot Institute; Springfield IL 1987.
- ⁶⁴ Gissler M, Hemminki E, Lonnqvist J. *Suicides after pregnancy in Finland, 1987-94: register linkage study*. BMJ 1996; 313:1431-1434.
- ⁶⁵ Lolli G. *Alcoholism in Women*. Connecticut Rev. Alcoholism 1953; 5:9-11.
- ⁶⁶ Yamaguchi D, Kandel D. *Drug use and other determinants of premarital pregnancy and its outcome: A dynamic analysis of competing life events*. J Marriage Fam 1987; 49: 257-270.
- ⁶⁷ American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. 4th Edition, T.R. Washington, DC: APA 2000.
- ⁶⁸ Dawes MA, Antelman SM, Vanyukov MM. *Developmental sources of variation in liability to adolescent substance use disorders*. Drug Alcohol Depend 2000; 61: 3-14.