

Sarcina nedorită și trauma avortului. Metode de prevenție și intervenție pre- și post-avortiv

Valerica CELMARE*

Abstract

Unwanted pregnancy and abortion. Preventive methods and assistance pre - and post-abortion

This article aims at highlighting the negative consequences of abortion on those involved (mothers, fathers, children) and on the society. Considered by many women a solution in resolving conflicts occurred with an unwanted pregnancy, abortion proves to be the cause of serious somatic and psychological sufferings which constitute the so-called post-abortion syndrome. For prevention of these disorders and for healing of those affected by post-abortion syndrome counseling intervention techniques specific to these situations are needed.

Keywords: abortion, unwanted pregnancy, post-abortion syndrome, counseling pre- and post-abortion

I. Criza din sarcina nedorită

Întregul proces al concepției poate fi înconjurat de nesiguranță și ambivalență. De aceea, la începutul sarcinii este foarte greu de apreciat cum se va sfârși aceasta. Evoluția unei sarcini depinde de numeroși factori cum ar fi: maturitatea persoanei, echilibrul hormonal, experiențele avute în copilărie, legea morală a societății, caracterul mamei și principiile ei etice (Stössel, 1998, 93). Nesiguranța legată de sarcină, este amplificată mult mai mult atunci când femeia este pusă în situația unei sarcini neașteptate sau nedorite. În cazul acesta, ea trebuie să ia o decizie extrem de grea și anume să aleagă între păstrarea copilului sau avort. Diferiți factori, cum ar fi: lipsa de apreciere din partea părinților tinerei perechi, desconsiderarea valorii copilului și implicit, a creșterii și educării lui, conflictele interumane și personale nerezolvate, insensibilitatea emoțională, circumstanțele în care a apărut sarcina, amenințările partenerului sau ruperea relațiilor cu acesta, mentalitatea socială defavorabilă sau ostilă vieții, egoismul, lipsa de identitate,

* Asist. univ. drd., Universitatea *Dunărea de Jos* Galați

nerezolvarea problemelor personale, legalizarea avorturilor - acționează asupra femeii, influențând-o în luarea deciziei. De cele mai multe ori, presiunea acestor factori este atât de mare, încât o determină pe femeie să ia o decizie pripită, pe care, mai târziu, o va regreta. Toți acești factori intră în conflict cu sentimentele femeii, cu valorile și principiile morale ale acesteia sau cu dorințele ei, provocând *criza din sarcina nedorită*.

Criza este o stare modificată ce durează o perioadă scurtă de timp și care, prin natura ei, provoacă incapacitatea de a coopera, la o anumită persoană (Stössel, 1998, 93). Declanșarea crizei are loc în momentul în care o femeie descoperă că este însărcinată. În desfășurarea ei, criza din sarcina nedorită respectă cinci etape (***, 1998, Care for life, Training video, partea a II-a și a III-a):

Prima etapă a crizei este *impactul*. Aflarea veștii că este însărcinată șochează. Femeia încă se îndoiește de realitatea evenimentului; ea crede că nu-i adevărat ceea ce i se întâmplă, nu poate gândi logic la ceea ce s-a întâmplat, nu se poate concentra și este total depășită de situație. Reacțiile femeii pot fi contradictorii: pe de o parte, ea dorește să fugă de situație, să nu se mai gândească la această problemă, iar pe de altă parte, dorește să lupte pentru a relua controlul asupra situației.

A doua etapă a crizei este *faza de retragere și confuzie*. În această fază, femeia refuză să vorbească. Pe măsură ce șocul se atenuează, femeia se retrage în sine și nu vrea să vorbească despre ea, iar gândurile sunt tot mai confuze. Aceasta este faza cea mai grea. Uneori, femeia crede că are situația sub control. Frica și confuzia încep să se reducă, dar lucrurile nu se îmbunătățesc ci, dimpotrivă, se înrăutățesc.

Urmează o a treia etapă a crizei, și anume: *capcana*. În această etapă, femeia cade în deznădejde și are impresia că se află într-o situație fără ieșire, pierzându-și speranța.

Cea de-a patra etapă a crizei este *acomodarea sau adaptarea*. În această fază, femeia începe să vorbească, să accepte idei și concepte noi. Totuși, în acest stadiu, persoana nu este stabilă și trebuie ajutată să treacă de această fază pentru a-și concretiza o decizie.

Ultima etapă a crizei este *rezoluția și reconstrucția*. Ieșirea din criză poate fi la un nivel superior, la același nivel sau la un nivel inferior. Ieșirea din criză la un nivel superior este stadiul în care femeia poate face față unei situații. Acesta este stadiul în care se iau decizii, ajugându-se chiar la o maturitate în luarea acestora. Ieșirea din criză nu se poate face sărind peste anumite etape, ci prin parcurgerea fiecăreia, deoarece toate au importanță în ceea ce privește atitudinea viitoare a femeii față de sarcină.

II. Trauma avortului

1. Consecințele fizice ale avortului asupra femeii

Întregul lanț de fenomene care duc la maturizarea sexuală a femeii, la dezvoltarea caracterelor sexuale și a secvențelor clinice genitale, se desfășoară pentru împlinirea unui scop final: concepția (Luca, 1987: 14). Sarcina este o etapă naturală, necesară în fiziologia femeii, așa cum sunt pubertatea, ciclul menstrual, menopauza (*Ibidem*; 14). Ea influențează în bine întregul organism al femeii tinere: circulația, respirația și digestia se intensifică, rinichii funcționează mai activ, iar în corpul tinerei femei apar o serie de modificări și procese specifice perioadei de graviditate (Stoica și colab., 1968: 132). Starea de graviditate constituie o conviețuire armonioasă între mamă și făt. În special la femeia tânără, sarcina are un rol deosebit de favorabil asupra dezvoltării și funcționării sistemului nervos și a glandelor cu secreție internă (*Ibidem*: 132). Mai mult, numeroase afecțiuni sau tulburări sunt vindecate sau preîntâmpinate de existența sarcinii duse la termen. Se cunoaște faptul că femeile cu mai mulți copii alăptați la sân, cu prima naștere sub 25 de ani, sunt mai protejate de cancerul la sân față de femeile care nu au născut sau cele cu puțini copii. Cancerul de col uterin este, de asemenea, mult mai frecvent la femeile care nu au avut copii, după cum sterilitatea sau absența nașterilor se găsesc în antecedentele celor mai multe femei cu fibrom uterin. De asemeni, există numeroase afecțiuni genitale care se vindecă sau se ameliorează după naștere: fibromul, dismenoreea, tulburările premenstruale, unele tulburări de poziție uterină etc. (Luca, 1987: 15).

Dacă sarcina este întreruptă în mod brutal, toate aceste modificări care realizează echilibrul neuro-hormonal al organismului femeii în graviditate se tulbură, apărând numeroase alterări și dereglări în funcționarea unor organe interne, care se pot complica până la infirmități fizice pe toată viața (*Ibidem*: 16). Datorită incapacității organismului de a se adapta imediat condițiilor care au survenit prin efectuarea avortului, apar tulburări ale ficatului, rinichilor și ale glandelor endocrine, tulburări de care, la început, femeia nici nu-și dă seama, dar care, în timp, pot produce îmbolnăviri serioase (Stoica și colab., 1968: 132). Adaptarea la starea de boală provocată voluntar se face, cel mai adesea, cu prețul unor complicații grave: hemoragii greu de stăpânit, infecții locale urmate de diseminarea în întreg organismul (septicemia, peritonita), cangrena uterină, insuficiența hepato-renală severă și perforațiile uterine (Luca, 1987: 17). Complicațiile care apar mai târziu, printre care, dereglările hormonale cu tulburări ale ciclului menstrual, precum și sinechiile (lipirile mucoasei uterine) și sterilitatea, sunt numai câteva îmbolnăviri posibile. Prin aceste procese inflamatorii, avorturile influențează în mod negativ dezvoltarea sarcinilor ulterioare și a nașterilor, putând cauza nașteri înainte de termen, deficiențe de inserare ale placentei pe uter și avorturi spontane. De asemeni, femeile care au avut multe avorturi, pot da naștere uneori la copii cu diferite anomalii genetice (*Ibidem*: 17). Pe lângă toate aceste influențe, avortul are un rol important în apariția cancerului de col uterin și a cancerului mamar (*Ibidem*: 92).

Referitor la sterilitatea provocată de avort, aceasta este o complicație frecvent întâlnită în rândul femeilor care au apelat la o astfel de metodă. Domnul dr. Liviu Dușleag remarcă în acest sens: „Am întâlnit în activitatea mea numeroase femei care au neglijat potențialul lor nativ al maternității, au inhibat sau au oprit această cale normală și naturală de realizare și rodnicie, spre a se trezi târziu, după scurgerea anilor și după numeroase avorturi, când natura le-a refuzat ceea ce le acordase cu dărnicie în anii tinereții, cu un gol, cu un adevărat vid conjugal, care de multe ori a influențat negativ relațiile afective familiale, nemulțumirea creată de incapacitatea de procreere, putând duce la o jenă sau aversiune între soți, până la divorț” (Stoica și colab., 1968: 43). Tot în acest sens, dr. Alexandru Dobre amintează: „o bună parte din aceste femei părăsesc spitalul și speranța de a mai avea copii. Cuvintele nu pot reda suferința lor, sentimentul inutilității și al neputinței, drama pe care o trăiesc aceste femei, care poate au greșit o singură dată” (Ibidem: 125).

Cea mai gravă consecință a avortului, este decesul femeii respective iar această situație se datorează în primul rând avorturilor empirice, provocate de către persoane neavizate și realizate în condiții necorespunzătoare. Multe femei se prezintă la spital mai totdeauna în stare gravă, de multe ori constituind cazuri disperate (Ibidem: 125). Unele dintre ele sunt posibil de vindecate, dar cu eforturi medicale și materiale impresionante, altele însă își găsesc astfel sfârșitul (Luca, 1987: 11).

2. Sindromul post-avort

„Cealaltă victimă a avortului este femeia, dar cine ia în serios suferința ei? Aproape nimeni nu se gândește la ea”, afirmă dr. Bernhard Nathanson, în filmul *Strigătul mut* (Stössel, 1998: 14).

Multe femei trec astăzi prin tensiuni emoționale datorate unei sarcini nedorite, iar avortul le este prezentat ca „singura soluție” pentru ieșirea din situație. După efectuarea avortului însă, femeia realizează că de fapt, conflictele sufletești pe care le-a avut înainte de avort iau amploare sub altă formă (Ibidem: 73): „Avortul nu este sfârșitul unei probleme, ci începutul unui lung șir de noi probleme” (Ibidem, 34) afirmă Nancy-Jo Mann, o femeie afectată de avort, într-un interviu acordat revistei *Washington Times* (apud Stössel, 1998: 34).

Înainte de avort, femeia are falsa impresie că nu pierde un copil. Prin faptul că nu-l vede și nu-i simte mișcările, ea poate fi convinsă că acest copil „încă nu există!”. Multe femei preferă anestezia generală în timpul intervenției tocmai pentru a nu participa în mod conștient la avort. Dar această iluzie durează puțin timp, ca și efectul anesteziei sau al drogului. Multe femei se simt pentru scurt timp eliberate după avort, dar, mai târziu se trezesc singure în fața altor probleme, pe care nici nu le-au bănuțit (Ibidem: 73).

Într-adevăr „femeia atinsă de moartea unui copil niciodată văzut, niciodată luat în brațe, traversează un doliu care diferă de cel ce urmează după pierderea unei ființe iubite. Adesea ea nu este înțeleasă de cei din jur, de partener, de prieteni,

de societate. Totuși, ea este disperată. Ea este cu atât mai neconsolată cu cât, în general, nu are nici o urmă din această viață pe care a purtat-o. Nici un obiect familiar, nici o haină, nu amintesc de copilul dispărut. Mai mult, nu există nici o înregistrare la Oficiul Stării Civile, nici mormânt. Nu există nici o urmă senzorială care poate fi atinsă, văzută, pentru a sprijini memoria. (...). La aceasta se adaugă un sentiment acut de lipsă de demnitate, o pierdere a stimei de sine, o culpabilitate intensă, uneori proiectată asupra persoanelor care și-au adus contribuția la avortarea copilului ei: soț, medici, prieteni, părinți” (Bydlowski, 1998: 24).

Un studiu efectuat de dr. psiholog Maria Simon de la Spitalul Universitar din Wurzburg, arată că două femei din trei prezintă mult timp după avort sentimente de vină și părere de rău, anxietate sau depresii grave, cărora li se adaugă deseori migrene, tulburări de ritm cardiac și tulburări gastro-intestinale. Pe plan emoțional este afectată relația cu partenerul, manifestările ei fiind ura, indiferența, detașarea, labilitatea și chiar frigiditatea (Stössel, 1998: 17).

Sindromul post-avort (S.P.A.) a fost descris pentru prima oară în 1985 de către dr. Anne C. Speckhard din S.U.A., psiholog și terapeut în probleme familiale. Până atunci, S.P.A. nu a fost inclus printre complicațiile avortului, efectele de ordin psihosomatic ale avortului fiind ignorate. Necunoscându-se existența S.P.A., femeile nu au fost tratate corespunzător, la multe dintre ele, sindromul post-avort găsindu-și în timp, expresie somatică. Din punct de vedere rațional, femeia și-a spus că avortul nu a „lăsat nici o urmă”. Totuși, conformația ei psihică și fizică a fost perturbată, iar după un timp, a început să sufere depresii, atacuri de panică, probleme în viața de relație (*Ibidem* : 75).

Pentru multe femei, senzația imediat următoare avortului este de ușurare, adică ușurarea de sub povara unei sarcini nedorite. Cercetările demonstrează însă, că sentimentele de ușurare imediată nu durează prea mult și sunt repede înlocuite de vinovăție, tristețe și regrete (Michels, 1997: 18).

Cauza apariției simptomelor S.P.A. este încercarea de a uita cele întâmplate, de a le șterge din minte fără a le confrunța (*Ibidem*: 13). Aceste conflicte nerezolvate au un efect paralizant asupra personalității. Unele femei își construiesc o mulțime de mecanisme de apărare și-și găsesc o mulțime de scuze. Toate acestea însă, se prăbușesc în momentul în care devin vulnerabile sau au conflicte cu alte persoane. Amploarea simptomelor depinde de numărul pierderilor suferite, de încrederea în sine a femeii, de tenacitatea de a respinge orice încercare din partea altora de a scoate la lumină conflictele interioare (*Ibidem*: 93). Durerea înăbușită duce întotdeauna la frică și mânie, de aceea S.P.A. este de multe ori caracterizat de o stare de neliniște și depresie. Tipul simptomelor care se manifestă pe plan clinic, depinde de motivele avortului, vârsta sarcinii la avort, vulnerabilitatea la trăirile psihice ulterioare și ajutorul oferit. Cele mai des întâlnite simptome (*Ibidem*: 95) sunt:

1. *Măhnire și durere* - determinate de faptul că și-a dat consimțământul pentru pierderea copilului; că nu are posibilitatea de a vedea sau a atinge trupul copilului pierdut; că nu e nimeni în anturajul ei să o asculte sau să o consilieze, pe considerentul că durerea ei nu există.

2. *Sentimentul de vinovăție* (Michels, Nancy, 1997: 96). Dacă vina nu este recunoscută, apare tendința de a scăpa de tulburările interioare prin desfășurarea de diverse activități, consum de alcool și droguri. Înăbușirea vinei va duce la argumentarea foarte rațională a deciziei, chiar mai convingătoare pentru cei din jur decât pentru femeia însăși. Sentimentul de nevinovăție produce în prima etapă un efect depresiv manifestat prin tristețe, plâns nejustificat și pesimism. Femeia poate ajunge să-și piardă orice demnitate umană. Dacă vinovăția ei va fi camuflată de mânie, ea va transfera responsabilitatea asupra celor răspunzători pentru suferința ei, de obicei prietenul sau bărbatul în general.

3. *Anxietatea* (*Ibidem*: 98) - poate fi atât de mare, încât să înăbușe orice formă a încrederii în sine.

4. *Dorința de a fi acceptat* (*Ibidem*: 100) - exprimată prin îndoiala femeii dacă este sau nu acceptată de către alte persoane. Ea va trăi sentimente de întristare și se va agăța cu disperare de cei din jur, devenind insuportabilă.

5. *Mânia* (*Ibidem*: 102) - apare ca urmare a: pierderii unui copil, a bucuriei de a crește copilul, pierderea adevăratului sens al vieții sau a șansei de a-și vedea continuată viața în urmași. Mânia se răsfâțează atât asupra propriei persoane, cât și asupra celor din jur, în special asupra medicului care a indicat sau a făcut avortul. Ea se manifestă mai pregnant la femeile tinere provenite din clasele sociale neprivilegiate, care au fost sfătuite să facă avortul datorită vârstei lor. Multe ar fi dorit să ofere copilului afecțiunea pe care ele au avut-o în copilărie. În aceste situații, avortul lasă un sentiment și mai puternic de pierdere, trezind dorința de a avea cât mai repede un alt copil.

6. *Apatia* (***) Care Net, 1995: 5). O persoană care a suferit o pierdere foarte dureroasă, își va forma un instinct de a evita situațiile viitoare, care i-ar putea provoca o nouă durere puternică. Multe femei care au făcut avort, fără a conștientiza ceea ce fac, vor depune toate eforturile pentru a-și menține emoțiile la un nivel neted, fără sușuri și coborâșuri. Această lipsă de intensitate a trăirilor emoționale, nu numai că le afectează propria imagine, dar le și limitează, în mare măsură, capacitatea de a forma și de a întreține relații interpersonale apropiate.

7. *Depresia și gândurile de sinucidere*. Puține femei care au făcut avort, ajung la stadiul de depresie manifestă. Marea majoritate continuă să trăiască și să-și împlinească activitățile zilnice, în timp ce experimentează multe din următoarele stări (*Ibidem*: 6):

a. *Tristețe* - variind de la sentimente de melancolie la o totală lipsă de speranță.

b. *Episoade bruște și necontrolabile de plâns* - motivul acestora putând fi un mister total pentru femeie dacă încă nu a făcut legătura dintre tristețea de acum și amintirile despre avort. Imprevizibilitatea și intensitatea acestor perioade de plâns ar putea da naștere unui sentiment de panică, datorită faptului că nu se poate controla.

c. *Deteriorarea imaginii de sine* - sentimentele de nevrednicie sunt profunde, pentru că ea consideră că nu mai poate fi salvată, că este o cauză pierdută. Crede că nici ea însăși, nici altcineva, nu o mai poate ajuta.

d. *Somn, poftă de mâncare și tulburări sexuale*. Aceste simptome se manifestă de obicei sub formă de insomnie, pierderea poftei de mâncare și / sau reducerea energiei sexuale. De multe ori comportamentele față de somn și mâncare pot deveni excesive.

e. *Motivația redusă pentru activitățile normale ale vieții*. Lucrurile care înainte de depresie îi umpleau viața (munca, pasiunile, cititul, îngrijirea copilului, relațiile, etc.), acum nu-și mai merită efortul.

f. *Destrămarea relațiilor interpersonale*. Acest lucru este foarte evident în relația cu soțul sau cu prietenul ei, mai ales dacă el a fost implicat în decizia de a face avort. Furia poate fi îndreptată împotriva lui, chiar dacă a sprijinit-o indiferent de decizia ei. Când privește retrospectiv, o femeie ar putea să aibă resentimente pentru că atitudinea lui ar fi fost neutră, crezând că el ar fi trebuit să aibă mai mare grijă de copilul lor atunci când ea nu vedea lucrurile clar.

g. *Gânduri de sinucidere*. Multe femei care au făcut avort sunt atât de deprimare încât ajung să creadă că ar fi mai bine să moară. Dacă o asemenea femeie este capabilă să-și verbalizeze dorința de a-și pune capăt vieții și în special dacă are un plan în acest scop, înseamnă că experimentează cea mai gravă formă de depresie clinică și necesită urgent supraveghere de specialitate.

8. *Sindromul aniversării* (***) Care Net, 1995: 7). Există o tendință ca simptomele să se înmulțească în perioada din preajma „aniversării” avortului și a datei în care ar fi trebuit să se nască copilul avortat. Femeile care experimentează S.P.A., deseori menționează acest fenomen.

9. *Retrăirea avortului* (*Ibidem*: 7). Un eveniment des menționat de femeile care au făcut avort îl constituie secvențele mintale dureroase și repetate ale experienței avortului. Uneori, acest fenomen se produce în situații care, într-un fel sau altul, seamănă cu avortul. Un exemplu clar ar fi examenul ginecologic de rutină, dar deseori chiar și sunetul de absorbție al unui aspirator a provocat secvențe mintale dureroase. Deseori, femeile retrăiesc avortul sub forma unor coșmaruri repetate, despre bebeluși în general sau despre copilul avortat.

10. *Preocuparea pentru a rămâne din nou însărcinată* (*Ibidem*: 8). În majoritatea lor, femeile care au avortat, rămân însărcinate în mai puțin de un an de la avort. Deseori, ele își exprimă dorința de a rămâne însărcinate cât mai repede posibil, urmărind prin aceasta să înlocuiască copilul avortat.

11. *Criza de identitate a femeii* (Stössel, 1998: 105). Prin structura ei biologică, femeia este înzestrată cu chemarea de a fi iubită și a iubi, de a se căsători, de a începe viața și a o ocroti. Conștientizând că a distrus o nouă viață, îi va fi greu să creadă că mai poate deveni o femeie tandră, iubitoare și grijulie. Identitatea ei ca femeie este distrusă. Drept urmare, va pune cariera profesională pe primul loc,

încercând să înlocuiască pierderea suferită. În alte cazuri se va lăsa cuprinsă de amărăciune și duritate, ajungând de multe ori o feministă înverșunată.

12. *Repetarea tragediei (Ibidem: 105)* - tendința femeii de a repeta avortul. Dacă nu sunt înlăturate cauzele principale care au determinat femeia să facă avort, ea are toate șansele să-l repete în viitor (*Ibidem: 106*).

13. Uneori, suferința este atât de mare încât se manifestă prin *complicații somatice grave*, asociate cu tulburări psihice. Dr. Anne Magiure, în cartea sa *Bolile de piele - mesageri ai sufletului*, relatează cazul unei femei de 22 ani care suferea de o gravă afecțiune cutanată, asociată cu stări depresive. Această tânără a decedat în urma bolii de piele, dar potrivit afirmației doamnei dr. Magiure, cauza a fost avortul făcut în urmă cu 3 luni. Procesele de conștiință și-au găsit manifestarea somatică prin acea boală. Discuțiile avute cu ea nu au reușit să-i înlătore muștrările de conștiință (*Ibidem: 74*).

3. Consecințele avortului asupra familiei și societății

Întreruperile de sarcină și consecințele lor nu se repercutează numai asupra femeii, ci și asupra familiei, iar rezultatele lor pot lua o extindere juridică, socială, politică, sumându-se la scară regională, națională și internațională, devenind factor de bază al viitorului unei țări sau al omenirii (Luca, 198: 11).

Multitudinea tulburărilor de natură emoțională sau psihică se manifestă, așa cum reiese din unele relatări medicale și la partenerii femeilor care au avut un avort (Stössel, 1998: 12). Consecințe psihice similare se manifestă și la personalul medico – sanitar, care este implicat în practica avorturilor, precum și asupra fraților unui copil avortat. Viața cuplului este de asemeni profund afectată. Tensiunea psihică generată de apariția sarcinii nedorite, care influențează decizia privind viața copilului, agresivitatea care duce la distrugerea viitorului sugar, durerea sufletească ce se naște în urma pierderii suferite precum și părerile contrare privind copilul, toate acestea conduc la apariția unor grave conflicte psihologice, foarte greu de înlăturat (*Ibidem: 92*). Un studiu efectuat de dr. Vincent M. Rue în anul 1985, a demonstrat că peste patru sute de cupluri care au trecut printr-un avort, s-au dezbinat la numai o lună după acesta (Michels, 1997: 105). Într-un alt studiu realizat de Shostat (în 1984) asupra a șaptezeci și doi de bărbați, mult timp după ce au trecut prin această experiență, 25 % din ei au dat vina pe avort pentru sfârșitul relațiilor lor. De asemeni, interviurile luate de dr. Anne Speckhard, în 1985, la 30 de femei care au trecut printr-unul sau două avorturi, 46% și-au încheiat relația cu partenerii lor. În cazul în care partenerii sunt căsătoriți, dacă aceștia nu sunt de acord în privința avortului, relația lor devine plină de neîncredere, negare și neînțelegere în luarea deciziilor în ce privește căsnicia. Unii dintre ei nu vor mai vorbi niciodată despre avort, lucru care va sta la baza viitorului pe care și-l vor construi împreună. Alții vor trece și amărăciunea va crește de ambele părți. În mod subconștient, femeia își va pune întrebarea ce fel de bărbat este el, dacă a lăsat-o să avorteze propriul lui copil?

În același timp, el va pune sub semnul întrebării faptul că s-a căsătorit cu o femeie care și-a ucis copilul.

D-na psiholog Helga Roder, în urma unui studiu efectuat la Institutul de Medicină Psihosomatică și Psihologie Medicală a Universității din München, a ajuns la concluzia că în 80% din cazuri, decizia pentru avort este indusă de către parteneri. Cei mai mulți bărbați, nu numai că se împotrivesc sarcinii, dar și direcționează decizia femeii prin ignorarea responsabilității lor și prin distanțarea emoțională față de parteneră (Stössel, 1998: 63). Într-un studiu efectuat de dr. psiholog Maria Simon la Spitalul Universitar din Würzburg, multe femei au afirmat că ar fi păstrat copilul dacă partenerul ar fi fost de acord și s-ar fi opus avortului (*Ibidem*: 17). Există însă foarte multe cazuri când bărbatul este acela care dorește copilul, iar femeia nu se simte suficient de pregătită pentru a face față creșterii unui copil, nedorind nici măcar să discute problema cu partenerul. Pius Stössel relatează în cartea sa *Myriam, de ce plângi ? - Trauma avortului* cazul unui bărbat tânăr, care, timp de mai mulți ani, atunci când vedea copiii, calcula ce vârstă ar fi avut copilul său dacă s-ar fi născut. „Suna bizar când spunea: «Poți să-ți imaginezi că acum aș fi fost tatăl unui copil de patru ani?» Uneori era foarte trist și era greu să discuți cu el serios despre asta. Se justifică spunând că nu a știut nimic atunci, că s-ar fi căsătorit cu prietena sa dacă i-ar fi spus că este însărcinată” (*Ibidem*: 64).

De multe ori partenerul nu dorește în mod necesar avortul, dar sarcina neplanificată îi surprinde într-o situație materială, profesională sau familială foarte dificilă, ceea ce îi face să apară ca niște susținători ai avortului (Michels, 1997: 106). Ei încearcă, de asemeni, teama în legătură cu sănătatea femeii, vina de a nu fi preîntâmpinat sarcina, neliniștea că femeia îl va învinovăți pentru avort, îndoieli față de propria lor valoare și capacitate de a rezolva o criză, precum și tristețea față de pierderea copilului, față de schimbările produse în relație și față de întreaga experiență produsă de avort. Mulți bărbați se gândesc timp îndelungat la copilul avortat, purtând, într-un mod ascuns, doliu după paternitatea pierdută (*Ibidem*: 107).

Copiii care au supraviețuit unei întreruperi de sarcină sau frații unui copil avortat sunt și ei profund afectați. Acești copii pot dezvolta un sindrom de supraviețuitor al avortului, manifestat prin anxietate, vinovăție și complexe de inferioritate (Stössel, 1998: 107). Potrivit psihologilor, nivelul la care supraviețuitorii avortului sunt afectați psihic este determinat în parte de gradul în care sunt conștienți de această experiență, știu de existența unor frați care nu au supraviețuit sau înțeleg atitudinea societății față de copii (faptul că sunt prețuiți numai dacă sunt copii doriți). Mulți copii sunt conștienți de faptul că există numai pentru că au fost aleși. Expresia „copil dorit” este foarte răspândită și slujește ca argument pentru păstrarea sau înlăturarea sarcinii. Prin urmare, copiii sunt în siguranță numai când părinții sunt mulțumiți. Dacă apare o criză familială sau o neînțelegere, este foarte probabil că acești copii să se învinovățească pe ei înșiși. Ca urmare, un mare număr de copii devin extrem de doritori să le facă pe plac părinților, până când nu mai pot face față. Atunci încep să se autoacuze, devin depresivi, ostili sau răzvrățiți. Chiar dacă părinții nu vor să recunoască depresia

copilului din cauza propriilor preocupări în ceea ce privește vinovăția, există o sporită incidență a depresiei și a cazurilor de sinucidere printre copii, care poate fi explicată în parte de acest mecanism (Michels, 1997: 109). Acești copii resimt vinovăția de a fi supraviețuit, ceea ce le provoacă depresia.

Depresia se poate manifesta ca iritabilitate sau ca letargie, simptome pe care deseori părinții le interpretează greșit. Deasemeni, copii sunt furioși pe părinții lor, dar se manifestă asupra fraților mai mici, lucru care provoacă mânia părinților. Uneori, copilul provoacă în mod intenționat mânia acestora, deoarece simte că trebuie să fie pedepsit pentru că a supraviețuit.

Potrivit medicului psihiatric Ney (1983), copii pot fi clasificați în trei tipuri de supraviețuitori ai avortului (*Ibidem*: 110):

a. *Copilul neliniștit* - trăiește în neîncredere față de viitorul său, știe că părinții lui au trecut printr-un avort, dar el nu cunoaște detaliile. Este neliniștit din cauza misterului evenimentelor și se teme să ceară detalii despre cele întâmplate, din frica de a descoperi lucruri mai înspăimântătoare decât cele pe care și le-a imaginat deja.

b. *Copilul dependent* este acela ai cărui părinți încearcă să controleze elementele care au condus la avort. Aceste elemente pot să includă presiunea socială, necesitățile economice sau conveniențele de tot felul. Ei încearcă să fie siguri că acest lucru nu se va mai întâmpla, astfel că își protejează în mod excesiv copilul supraviețuitor de orice ostilități posibile. Rezultatul este o reprimare a inteligenței copilului, a adaptabilității și curiozității acestuia.

c. *Copilul surrogat* - este un copil foarte dorit care a fost conceput pentru a-l înlocui pe cel avortat. Acesta devine purtătorul marilor dorințe ale părinților, pe care poate că nu este în stare să le îndeplinească. Dacă eșuează, părinții vor reacționa în mod exagerat și se vor simți abandonați de către copilul lor în care își pusese toate speranțele și visele.

Există și o dificultate a părinților în stabilirea legăturilor cu un copil apărut ulterior datorată raționalizării proceselor pe care părinții le-au folosit pentru a-și avorta primul copil. Pentru a-și atinge scopul, ei au trebuit să renunțe la calitățile umane ale copilului și să îi nege orice dependență față de ei, orice nevoie de protecție și grijă. Acest lucru le diminuează capacitatea de a-și înțelege noul născut și de a răspunde nevoilor lui (Michels, 1997, 111). Această dificultate în atașarea față de ceilalți copii duce la sporirea frecvenței cazurilor de violență asupra copiilor.

Medicii care au făcut întreruperi de sarcină, consilierii pro-avort și toți cei care au participat într-un fel sau altul la avort, sunt și ei afectați de consecințele acestui fenomen (Stössel, 1998: 92). Într-un ziar american, sunt relatate traumele sufletești trăite de aceste persoane în urma avortului (*Ibidem*: 92): directorul celei mai moderne clinici de avorturi din New York, St. Luke Hospital, unde într-un an și jumătate s-au făcut 60000 de avorturi, a demisionat. Colegii săi și asistentele medicale au fost nevoiți să urmeze tratamente psihiatrice. Munca în clinică era foarte bine organizată, nu existau ore suplimentare și exista suficient personal medical. Cu toate acestea, medicii și asistentele medicale au ajuns să fie foarte nervoși în sala de

operație, copleșiți de sentimente de vinovăție și mulți dintre ei au ajuns alcoolici. Directorul însuși relatează experiențele îngrijorătoare prin care a trecut: „Unul dintre colegii mei, vedea la fiecare avort o imagine obsesivă: i se părea că fătul vrea să împiedice cu orice preț avortul. El își încleștă mânuțele de pereții uterului și lupta din răsputeri ca să rămână în acel loc protejat. Mergând la un avort, am avut și eu aceeași imagine în fața ochilor. Unii colegi sufereau în timpul intervenției de accese de transpirație și le tremurau mâinile, iar între avorturi consumau alcool. Alții aveau coșmaruri cumplite sau perioade îndelungate visau numai sânge” (Ibidem: 111).

Un alt aspect al fenomenului abortiv îl constituie consecințele nefaste asupra societății. Creșterea ratei avortului influențează în mod negativ dinamica demografică ducând, alături de practica anticoncepțională, la depopularea și îmbătrânirea multor regiuni (Luca, 1987: 11). Copiii cu dizabilități rezultați din tentativele nereușite de avort complică și mai mult problema demografică, ceea ce arată încă o dată că acest fenomen este o crimă împotriva societății.

Pe lângă afectarea pe plan demografic, mai există și alte consecințe ale avortului asupra societății, la fel de grave și anume: dezvoltarea unei atitudini pasive față de tragediile umane, dispariția unui principiu moștenit de la străbuni, și anume a ocrotii copilul și pe cei slabi, împietrirea emoțională în fața crimei și violenței, neconcordanță între convingerile personale și fapte, promovarea eutanasiilor și eugeniei, tendința de a planifica tot mai strict numărul nașterilor, creșterea neliniștii și neîncrederii sociale (Stössel, 1998: 125).

III. Consilierea în situațiile pre- și post-abortiv

Consilierea este o metodă fundamentală utilizată atât în scop preventiv cât și în intervenția împotriva generalizării fenomenului abortiv și a consecințelor lui. Este tehnica cea mai utilizată și unul din principalele mijloace care creează o legătură între asistentul social și femeile asistate, având rezultatele cele mai avantajoase în diminuarea fenomenului abortiv. Scopul consilierii este adaptarea clienței la condițiile survenite în urma apariției sarcinii, rezolvarea conflictelor interpersonale, reducerea stresului prin oferirea suportului emoțional, realizarea unui bun management al resurselor acestor femei, sprijinirea lor în luarea deciziei și pregătirea pentru acceptarea schimbării în propria viață (***) Care Net, 1995: 5). Un alt aspect al consilierii este cel de informare a femeilor asupra riscurilor pe care și le asumă luând o astfel de decizie, consecințele fizice și psihice la care se expun. Așa cum spune Karin Strucks, autoarea a numeroase lucrări pe tema avortului, „foarte puține femei au fost avertizate și informate corect înainte de avort. Cine dorește să ajute într-adevăr o femeie cu sarcină nedorită, trebuie să-i spună întreg adevărul, să-i explice complicațiile ce pot apărea după avort, inclusiv să-i descrie sindromul post-avort” (apud Stössel, 1998: 69).

Relația dintre consilier și femeia consiliată trebuie să se bazeze pe încredere și să fie bazată pe o comunicare reală. De aceea, în primul stadiu al consilierii,

asistentul social trebuie să clădească o punte de legătură între el și femeia consiliată și să înceapă explorarea problemelor acesteia. Pentru aceasta, consilierul va trebui să respecte următoarele reguli (***) Care Net, 1995: 5):

1. Să încerce să stabilească o atmosferă relaxantă, confortabilă în care cea consiliată să se simtă în siguranță și să fie dispusă să comunice în întregime problemele sale.

2. La primul contact cu femeia, consilierul nu trebuie să însuflească aroganță, ci să se prezinte ca o persoană cu înțelegere, ce posedă cunoștințe, capabilă să ajute și dornică să facă aceasta.

3. Să fie calm, să nu se manifeste șocant (prea exuberant sau depresiv). Izbucnirile emoționale ale consilierului, chiar subtile, o vor face pe femeia consiliată să considere că acesta nu este capabil să-i înțeleagă suferința.

4. Să nu fie judecător sau moralist, să aibă respect pentru valorile femeii și să nu încerce să-și impună valorile sale. Spre exemplu, dacă o clientă este însărcinată fără a fi căsătorită, consilierul va trebui să nu-și impună propriile păreri asupra avortului sau adopției, ci să o lase pe ea să decidă după o explorare prealabilă a soluțiilor.

5. Consilierul trebuie să aprecieze persoana consiliată ca pe egalul său. Unii consilieri consideră că sunt foarte importanți dacă cineva le împărtășește secrete intime și ajung să realizeze o relație ca de la superior la subaltern cu cel consiliat. Dacă acesta simte că este tratat ca un subaltern, nu-și va mai împărtăși în totalitate dificultățile.

6. Folosirea unui vocabular corespunzător. Consilierul trebuie să folosească cuvinte pe care consiliatul să le înțeleagă pentru a realiza o bună comunicare cu acesta.

7. Tonul și vocea consilierului trebuie să transmită faptul că el înțelege profund sentimentele persoanei consiliate.

8. Este necesară păstrarea confidențialității.

Atât în consilierea pre-avort, cât și în cea post-avort, consilierul va *explora în profunzime problemele femeii asistate (Ibidem: 6)*. Pentru aceasta, consilierul trebuie să stabilească *împreună cu femeia consiliată* gravitatea problemei, de când există această problemă și care sunt cauzele ei. Consilierul trebuie să se străduiască mereu să se plaseze în situația clientei. El trebuie să încerce să simtă și să perceapă situația din perspectiva femeii, să perceapă scopurile, dificultățile și valorile acesteia.

După această etapă, consilierul trebuie să *găsească împreună cu femeia consiliată soluții alternative*. El poate sugera și analiza celor trei alternative pe care le are femeia într-o sarcină nedorită: să păstreze sarcina și copilul, să încredințeze copilul spre adopție sau plasament familial sau să avorteze (*Ibidem: 7*).

Aceste sugestii trebuie date de consilier în cazul în care clienta nu le-a luat în considerare, dar în același timp, consilierul trebuie să evite a da sfaturi sau să aleagă alternativa în locul clientei, deoarece fiecare persoană consiliată are dreptul la autodeterminare. Rolul consilierului este de a ajuta femeia să înțeleagă și să clarifice

consecințele probabile ale fiecărei alternative și ale fiecărei acțiuni. În cazul în care consilierul alege alternativa în locul femeii există două consecințe posibile: dacă alternativa este nedorită de clientă, consilierul va fi blamat, iar relația client-consilier se poate deteriora; dacă alternativa este dezirabilă pentru clientă, iar rezolvarea avantajoasă pentru aceasta, există pericolul ca această persoană să devină dependentă de consilier, așteptându-i sfatul pentru orice decizie în viitor. Atunci când clienta alege alternativa, ea este pregătită și pentru asumarea unor responsabilități viitoare.

În ce privește *consilierea post-avort*, aceasta este foarte diferită de consilierea pre-avort și, datorită complexității consecințelor survenite în urma unui avort, acest tip de consiliere necesită parcurgerea unor etape specifice.

Mai întâi de toate este necesară recunoașterea Sindromului Post-Avort, apoi confruntarea cu sentimentele vinovăției (*Ibidem*: 109).

Procesul de vindecare al Sindromului Post-Avort nu poate începe decât în aceste condiții. Dacă femeia încearcă să-și reprime sentimentele de vinovăție își va accentua starea de negare, ceea ce va determina o înrăutățire a stării ei generale fizice și psihice. De aceea, recunoașterea sindromului și confruntarea cu sentimentele de vinovăție constituie primul pas spre vindecare.

Consilierul căruia îi va veni sarcina de a ajuta o femeie care suferă de acest sindrom, va avea în vedere parcurgerea următoarelor etape (*Ibidem*: 109):

1. *Confruntarea*, cu amintirea traumei inițiale generate de avort, cu toate detaliile ei, de data aceasta în scop curativ. Se vor aminti evenimentele și momentele dureroase, sentimentele de respingere, conștientizând întregul spectru de sentimente generate de avort.

2. *Abordarea unor noi atitudini și moduri de gândire*. Aceasta presupune definirea clară a poziției față de avort, recunoașterea și numirea sentimentelor trăite, confruntarea presiunilor externe și interne, cunoașterea așteptărilor celor din jur, schimbarea atitudinii personale, dobândirea de noi calități în rolul de părinte și dezvoltarea de noi metode de comunicare cu cei din jur.

3. *Dobândirea unei noi perspective*. Aceasta implică a învăța de ce și cum au luat naștere conflictele psihologice, ce mecanisme de apărare s-au folosit, cunoașterea și clarificarea conflictelor mentale și sentimentale.

4. *A jeli ceea ce ar fi putut fi*. Aici sunt cuprinse toate sentimentele legate de moarte, înmormântare și jelire în general: plângerea copilăriei pierdute, a copilului avortat și a ceea ce ar fi putut fi viața împreună cu el. Ambii părinți vor trebui, mai devreme sau mai târziu, să-și jelească împreună copilul. Dacă nu o fac, conflictele sufletești, expresie a S.P.A., nu vor întârzia să apară.

5. *Reînnoirea și înfiriparea unor relații realiste*. Aceasta presupune a se redefini pe sine și a defini așteptările altora, inclusiv procesul dureros al împăcării cu ceilalți.

6. *Adoptarea planului alternativ*. Acest plan alternativ este o nouă cale de urmat în viață, adică oferirea de ajutor și vindecarea altora (***) Care Net, 1995, 109).

Săvârșirea faptelor bune devine astfel un izvor de resurse psihologice pentru o persoană, contribuind la redobândirea demnității pierdute prin săvârșirea avortului.

Această metodă de consiliere este mult mai eficace atunci când vizează și pe tatăl copilului. Este foarte important ca și bărbații să participe la consiliere, atât în cazul tensiunilor psihice legate de o sarcină nedorită, cât și în cazul traumei post - avort. Ei trebuie atenționați asupra responsabilității ce o poartă pentru noua viață, dar și pentru sănătatea fizică și psihică a partenerii (*Ibidem*: 67).

Există și alte metode de intervenție pre- și post- avort cum ar fi *participarea la grupurile de sprijin* pentru femeile care au trecut prin aceleași suferințe generate de trauma post-avort. *Confruntarea* femeilor cu sarcină nedorită cu familii (voluntare) care au făcut un avort și sunt afectate de fapta lor este o altă metodă, introdusă de dr. Philippe Madre în Franța, familia voluntară purtând numele de „*familie primitoare*” (*Ibidem*: 76).

Bibliografie

- Bydlowski, Monique, 1998, *Psihanaliza maternității*, traducere din limba franceză de Georgeta Mitrea, Editura Trei, Iași.
- Luca, Vasile, 1987, *Avortul provocat*, Editura Medicală, București.
- Michels, Nancy, 1997, *Recuperarea emoțională a femeilor după avort*, Editura Vest R. A., Oradea.
- Stössel, Pius, 1998, *Myriam, de ce plângi? - Trauma avortului*, traducere din limba germană de dr. Cristina Valea, Editura Ariel în colaborare cu Fundația Pro Vita Medica, Timișoara.
- Stoica T., Deculescu Adriana și Păunescu C., 1968, *Carte pentru tineri*, Editura Medicală, București.
- *** Care Net, 1995, *Lucrarea centrului de îngrijire a femeilor însărcinate. Manual de pregătire a voluntarilor*, tradus de Fundația Confident, Cluj.
- *** 1998, *Care for life, Training video*, partea a II-a și partea a III-a.