

Univerzitet u Sarajevu
Filozofski fakultet
Odsjek za psihologiju

*Trauma izazvana induciranim i spontanom prekidom trudnoće: pregled
istraživanja*
Završni magistarski rad

Student: Ilvana Đešević

Mentor: Prof.dr. Enedina Hasanbegović-Anić

Sarajevo, oktobar, 2021.godine

Trauma izazvana induciranim i spontanom prekidom trudnoće: pregled istraživanja

Ilvana Đešević

Sažetak:

Cilj ovog teorijskog rada jeste dati pregled o psihološkoj traumi izazvanoj spontanom i induciranim prekidom trudnoće. Traumatski događaji predstavljaju stresni događaj čiji intenzitet dovodi do patnje većine ljudi neovisno o njihovim sposobnostima suočavanja. Ipak, traumatska iskustva nisu nešto sa čim se svaki čovjek mora susresti tokom životnog vijeka, dok je gubitak neizostavan dio života svakog čovjeka. Ovakvo iskustvo može značajno utjecati na psihološku dobrobit pojedinca, a sama percepcija „težine“ gubitka je individualna, kao i reakcija na njega. Često neprepoznati oblici gubitka jesu spontani i inducirani prekid trudnoće. Kao i svi drugi gubici, oni sa sobom nose niz najčešće negativnih emocija poput tuge, ljutnje, straha, krivnje ili stida. Reakcije i efekti ovakvog događaja mogu biti dugotrajni te prema nekim istraživanjima 10% žena nakon induciranog abortusa razvije dugoročne psihološke poteškoće, dok 41% izvještava o klinički značajnim nivoima anksioznosti nakon spontanog prekida trudnoće. Osim kod žena, ovakva iskustva mogu imati negativne posljedice na psihičko zdravlje njihovih partnera. Muškarci često izvještavaju o visokim razinama psihičkog stresa i depresivnim simptomima te znatno manje dobijaju podršku okruženja ali i medicinskog osoblja. Kako bi se preveniralo kompliciranje tugovanja i/ili razvoj nekog od psiholoških poremećaja kako kod žena, tako i kod partnera, potrebno je omogućiti adekvatnu stručnu pomoć parovima u vidu savjetovanja i psihoterapije.

Ključne riječi: tugovanje, inducirani prekid trudnoće, spontani prekid trudnoće, gubitak, trauma

I. SADRŽAJ

1. UVOD.....	1
2. PSIHOLOŠKA TRAUMA	3
2.1. Reakcije na traumu.....	4
2.2. Intruzije kao reakcije na traumu	6
2.3. Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP).....	6
2.4. Traumatski gubitak i tugovanje	8
3. EFEKTI PREKIDA TRUDNOĆE NA MENTALNO ZDRAVLJE	11
3.1. Psihološke reakcije izazvane induciranim prekidom trudnoće	11
3.2. Psihološke reakcije izazvane spontanom prekidom trudnoće	15
4. REAKCIJE PARTNERA NA PREKID TRUDNOĆE	18
5. PSIHOLOŠKE INTERVENCIJE NAKON SPONTANOG I INDUCIRANOG PREKIDA TRUDNOĆE.....	21
5.1. Savjetovanje i psihoterapija	23
6. ZAKLJUČCI.....	25
7. LITERATURA.....	27

1. UVOD

Psihološke posljedice traume i gubitka u središtu su psiholoških istraživanja već decenijama, posebice zbog njihove učestale pojave nakon velikih traumatskih događaja poput svjetskih ratova. Jasno je da ovakvi događaji, širokih razmjera sa konstantnim strahom o opstanku, u velikoj mjeri negativno utječu na mentalno stanje kako pojedinaca, tako i cijele populacije. Ipak, potrebno je istaći da čak i „manje traumatični“ događaji mogu proizvesti jednako ozbiljne efekte.

Zbog početnih slabih simptoma ili njihovog odgođenog prisustva, psihološke posljedice izazvane traumatskim događajem često bivaju zanemarene. Iako sva traumatska iskustva ne moraju imati jednak efekat na pojedinca, sama mogućnost njihovog pojavljivanja, bilo u obliku psiholoških ili tjelesnih simptoma, zahtijeva suradnju sa stručnom osobom kako bi se otklonile sumnje ili ako je potrebno odredio adekvatan tretman. Ipak, traumatska iskustva nisu nešto sa čim se svaki čovjek mora susresti tokom svoj životnog vijeka, dok je gubitak neizostavan dio života svakog čovjeka. Ovakvo iskustvo može značajno utjecati na psihološku dobrobit pojedinca, a sama percepcija „težine“ gubitka je individualna stoga psiholozi zastupaju stajalište da je svaki gubitak težak onoliko koliko ga osoba percipira teškim. U skladu sa pomenutim, pojedincu je neophodno pružiti podršku te ukoliko je to potrebno i stručnu psihološku pomoć, neovisno od izvora njegovog tugovanja i o ličnoj percepciji težine gubitka.

Iako je tema gubitka sveprisutna, često zanemareni jesu gubici izazvani spontanim i induciranim prekidom trudnoće. Spontani prekid trudnoće je svaki neželjeni gubitak trudnoće prije 23. sedmice gestacije (Murphy, Lipp i Powels, 2012), a predstavlja težak događaj u životu žene te može izazvati anksioznost i depresiju, ali može biti doživljen i kao traumatski događaj (Broen, Moum, Bodtker, i Ekeberg, 2005). Studije pokazuju da čak 41% žena koje su doživjele spontani pobačaj, izvještava o doživljavanju klinički značajnih nivoa anksioznosti (Prettyman i sur., 1993, prema Farren, Mitetchell-Jones, Verbakel, Timmerman, Jalbrant, i Boutne, 2018), dok 36% izvještava o prisustvu depresije (Neugebauer i sur., 1992, prema Farren i sur., 2018).

Suprotno tome, inducirani abortus predstavlja namjerni prekid trudnoće otklanjanjem embrija. Upravo ova razlika u kontroli nad tokom trudnoće u velikoj mjeri je utjecala na tok i učestalost istraživanja te u konačnici na stvaranje otpora ka ideji da i inducirani prekid trudnoće, poput

spontanog, može imati nepovoljne efekte na psihičko zdravlje. Broen i sur. (2005) ističu kako donedavno ova tema nije mnogo istraživana zbog njene kontroverznosti, ali je novijim istraživanjima doista potvrđeno postojanje faktora rizika za razvoj anksioznih poremećaja kao posljedice abortusa.

U savremenom dobu, uz brzi stil života i različite negativne okolinske faktore, gotovo je nemoguće ignorirati učestalost gubitka trudnoće, kao i njegove negativne efekte na pojedinca ali i cijelu porodicu. S obzirom na njen značaj, smatra se neophodnim ponuditi detaljan pregled spoznaja o psihološkim poteškoćama izazvanim prekidom trudnoće, kako spontanim tako i induciranim, sa posebnim osvrtom na reakcije karakteristične za traumatska iskustva.

Objedinjujući teorijska razmatranja i rezultate empirijskih istraživanja, u ovom radu nastojat će se odgovoriti na sljedeća pitanja:

1. Kako se psihološka trauma definira i koje su uobičajene, ali i patološke reakcije na doživljena traumatska iskustva?
2. Kakav je utjecaj induciranog i spontanog prekida trudnoće na mentalno zdravlje žena i njihovih partnera?
3. Koja su obilježja najprikladnijih psiholoških intervencija indiciranih nakon induciranog i nakon spontanog prekida trudnoće?

2. PSIHOLOŠKA TRAUMA

Iako izvještaji o međuljudskim traumama (*grč. trauma - rana*) datiraju još iz Antičke Grčke, tek krajem devetnaestog stoljeća Pierre Janet i Sigmund Freud objavili su prve izvještaje koji opisuju traumatične događaje i njihove kliničke implikacije na mentalno i fizičko zdravlje pojedinca (Herman, 1992). Interesovanje za traumu i njene efekte na pojedinca poraslo je nakon Prvog svjetskog rata, kao i nakon Vijetnamskog rata. Istraživanja u tom periodu fokusirala su se na traumatski stres izazvan ratom, kao i na reakcije vojnika na ratne stresove i simptome nakon povratka sa ratišta. Pokret za ženska prava usmjerio je 1970-ih godina pažnju istraživača na posljedice seksualnog i porodičnog nasilja kao traumatskih događaja što je dovelo do uključivanja posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP) u treću reviziju DSM priručnika. Stručnjaci procjenjuju da će približno polovina svih pojedinaca biti izložena barem jednom traumatičnom događaju tokom svog života, od kojih će većina moći samostalno da se izbori sa traumom, bez potrebe za stručnom pomoći (Rue, 2014).

Prema definiciji, traumatski događaj predstavlja događaj koji je izrazito neugodan za svakoga, a koji ujedno izlazi izvan granica uobičajenog ljudskog iskustva (Arambašić, 1996). Traumatskim događajem može biti nazvan čitav niz događaja poput prijetnje životu, prijetnje bliskim osobama (djeci, supružniku, prijateljima itd.), svjedočenje nasilnom događaju koji se dogodio drugoj osobi poput saobraćajnih nesreća ili ubistava i slično. Iz do sada pomenutog, može se zaključiti da ovakvi događaji osim jakog utjecaja na psihološku dobrobit, mogu imati nepovoljan utjecaj i na tjelesno zdravlje, ličnost i druge lične karakteristike (Wilson i Moran, 1998). Ponuđena definicija traume obuhvata dva značajna elementa: *intenzitet traume te neizbježnost i univerzalnost traume* (Arambašić, 1996). Jaki intenzitet traumatskog događaja je karakteristika koja ga čini teškim za sve ljude bez obzira na njihove individualne kapacitete osjetljivosti i sposobnosti nošenja sa stresom. Dakle, ovakvi će događaji, za razliku od stresnog događaja, zbog svog intenziteta dovesti do patnje većine ljudi neovisno o njihovim sposobnostima suočavanja. Sa druge strane, iako reakcije na traumu mogu varirati ovisno o prirodi traume, njenog individualnog značenja za pojedinca i osobinama ljudi, postoji opći obrazac posttraumatskih reakcija koji je jednak za sve.

Nadalje, psihološka trauma predstavlja svojevrsni gubitak kontrole, stvarajući osjećaj bespomoćnosti izazvan silom prirode (prirodne nesreće) ili ljudskom silom (zločjela). Neovisno od njihovog izvora, ovakva iskustva nadilaze uobičajeni sistem adaptacije koji pruža pojedincu osjećaj kontrole, povezanosti i smislenosti. Uobičajeni ljudski odgovor na opasnost predstavlja kompleksni, integrisani sistem reakcija čija aktivacija mobilizira pojedinca na akciju borbe ili bijega. Usljed neuspjeha ove dvije akcije javlja se traumatska reakcija, a čovjekov sistem samoodbrane postaje preopterećen i dezorganiziran. Posljedice neuspjeha pružanja reakcije mogu trajati dugo nakon što se događaj završio, čak i ako osoba uopće nema jasno sjećanje o traumatskom događaju. Ovakva hiperpobuđenost organizma nastavlja se nakon traumatskog događaja, čini se, zbog straha od mogućnosti njegovog ponavljanja (Herman, 1992).

Traumatska reakcija može se javiti čak i ako pojedinac nije direktno doživio traumatski događaj, već je izložen tuđim traumatskim iskustvima, bilo kao pomagač profesionalac ili u „običnom“ svakodnevnom životu (Arambašić, 1996), tada je riječ o posrednoj traumi. Reakcija na posrednu traumu po svojim općim obilježjima ne razlikuje se od reakcije na izravnu traumu, te govoreći o reakcijama možemo govoriti o reakcijama na traumu općenito.

2.1. Reakcije na traumu

Iako svi traumatski događaji mogu imati značajne negativne posljedice po pojedinca, istraživanjima je utvrđeno da najintenzivnije posljedice izazivaju traumatski događaji uzrokovani namjernim ljudskim djelovanjem. Arambašić (1996) ističe da neovisno o vrsti traumatskog događaja, reakcije se mogu podijeliti na dva načina: s obzirom na vrijeme javljanja i s obzirom na područje javljanja.

1. S obzirom na vrijeme javljanja reakcije možemo govoriti o: a) traumatskim stresnim reakcijama koje se javljaju neposredno nakon traumatskog događaja te su usmjerene na uklanjanje i ublažavanje utjecaja traume i b) posttraumatskim stresnim reakcijama koje predstavljaju ponašanja i emocije vezane za sjećanje na traumu i njene neposredne posljedice.

2. S obzirom na područje javljanja razlikujemo reakcije na emocionalnom, misaonom, ponašajnom i tjelesnom planu. Ovakve reakcije su međusobno povezane te se jako često i javljaju zajedno. U emocionalne reakcije ubrajamo strah, tugu, očaj, tjeskobu i ljutnju, dok se od misaonih najčešće javljaju poteškoće sa pamćenjem, koncentracijom, iskrivljivanjem doživljaja, kao i poricanje. Nadalje, među tjelesnim reakcija javljaju se stomačni bolovi, bol u grudima, glavi i znojenje, ali i ponašajne reakcije poput povlačenja iz socijalnog života, povećana upotreba duhana, alkohola i psihoaktivnih supstanci i sl. Osim uobičajenih emocionalnih reakcija, usljed traumatskog iskustva može se javiti stanje „zaleđenosti“ odnosno nesvjesnosti o stvarnosti događaja što dovodi do postepenog osvještavanja osjećaja u vezi s njime. U skladu sa time, često govorimo o širokoj trokomponentnoj podjeli reakcija na traumu: borba, bijeg i zaleđenost (*engl. fight, flight and freeze*).

Traumatski događaji, pored gore navedenih reakcija, često izazivaju i promjene u sistemu vrijednosti, očekivanjima od sebe i drugih, vjerovanjima i stavovima. Iako ovakve reakcije nisu ugodne i zanemarive, važno je napomenuti da sve pomenute reakcije na traumatski događaj predstavljaju „normalne“, očekivane i univerzalne reakcije (Arambašić, 1996).

Kada ovakve reakcije pređu određenu granicu, one prelaze iz „normalnog“ u patološki oblik te tada govorimo o poremećajima koji iziskuju stručnu pomoć. Sami oblik i jačina reakcija na traumu ovise od osobina pojedinca, osobina socijalnog okruženja i dimenzija traume (Arambašić, 1996). Ova tri faktora, svaki na svoj način utječu na reakciju, ali su i međusobno ovisni. Kada su u pitanju osobine pojedinca, osobine ličnosti poput ekstraverzije, neuroticizma, lokusa kontrole te kognitivni stil u najvećoj mjeri određuju reagiranje na traumu. S druge strane, važnost socijalnog okruženja ogleda se u razini podrške drugih, stavovima društva prema određenom traumatskom događaju kao i prihvaćenim načinima reagiranja. Dimenzije traume kao što je priroda traume, nivo životne prijetnje i mogućnost ponavljanja u velikoj mjeri određuju i samu reakciju (Kimberg i Wheeler, 2019).

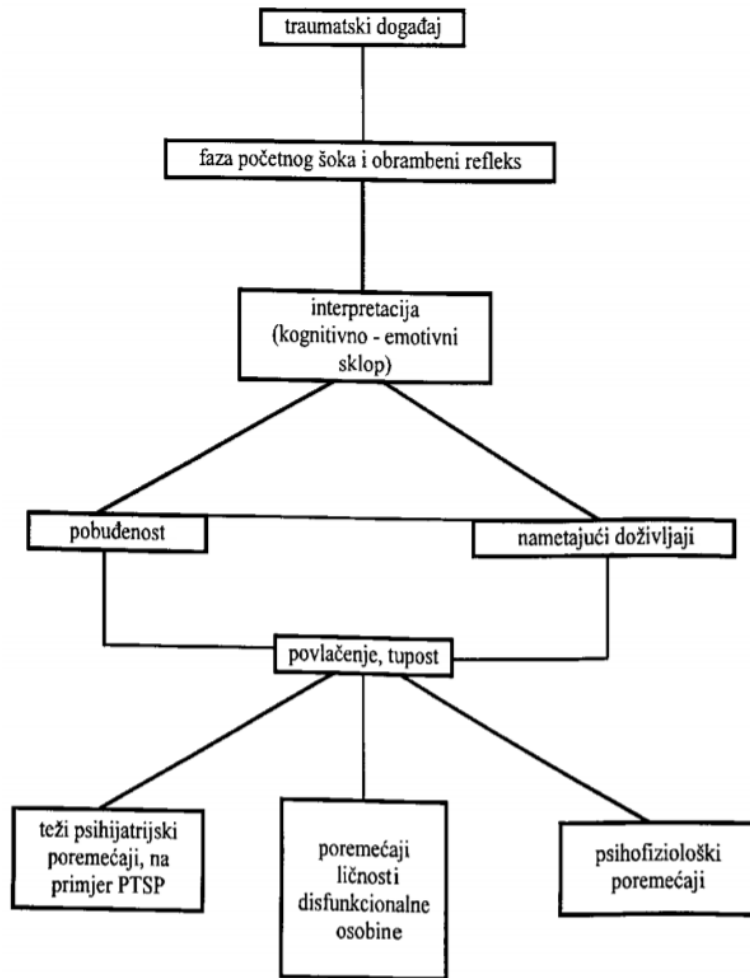
2.2. Intruzije kao reakcije na trauma

Nakon doživljene traume, osobe mogu traumatični događaj proživljavati u vidu slika kao da ga ponovo doživljavaju u sadašnjosti. Na ovaj način se opet proživljavaju osjećaji, misli i trauma vezana uz događaj, što ometa svakodnevno normalno funkcionisanje osobe. Pojavu ovakvih nametljivih nekontroliranih i najčešće neugodnih misli nazivamo intruzijama. Ovakve intruzivne misli, pored spontanog javljanja tokom stanja budnosti, mogu se javiti i u obliku noćnih mora tokom spavanja. Također, ponovno preživljavanje ogleđa se i u postupcima osoba što je naročito uočljivo u ponavljajućoj igri kod djece (Herman, 1992). Kao i djeca, i odrasli često osjećaju nagon da ponovo, doslovno ili prilagođeno, repriziraju traumatični trenutak zamišljajući drugačiji ishod. Iako rekonstrukcija traume može pružiti priliku za upravljanje situacijom i traumatičnim događajem, većina osoba to ne čini svjesno i u potpunosti izbjegava priliku za to (Herman, 1992).

2.3. Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP)

Posttraumatski stresni poremećaj javlja se usljed nemogućnosti prilagodbe, odnosno nemogućnosti osobe da se nosi sa traumatskim događajem i reakcijama na njega. Disocijacija tokom traumatičnog događaja važan je prediktor za razvoj PTSP-a, a što duže traumatično iskustvo traje to je vjerovatnije da će osoba reagirati disocijacijom (van der Kolk, 2000). Prema Davidsonu (2000) ovaj poremećaj karakteriziraju četiri klastera simptoma: ponavljajuće intruzije, izbjegavanje, zaleđenost i hiperpobuđenost. Iako se većina ljudi izloženih traumatskom događaju spontano, bez stručne pomoći oporavi, za 20% ljudi koji su preživjeli traumu neophodna je stručna pomoć. U ovoj grupi, čak 5% populacije ima vrlo težak oblik posttraumatskog stresnog poremećaja, koji se ubraja u skupinu poremećaja koje je najteže tretirati (Everly, 1996, prema Subotić, 1996).

U nastavku je prikazan Everlyev model nastanka traumatskih reakcija poput PTSP-a.



Slika 1. Model PTSP-a (prilagođeno prema Everlyju, 1996)

Kako što se na Slici 1 vidi, model započinje prikazom prisustva traumatskog događaja koji izaziva reakciju početnog šoka i aktivaciju jednog od odbrambenih refleksa, koji uključuju borbu, bijeg ili zaleđenost. Sljedeća faza jeste interpretacija događaja, odnosno racionalno tumačenje koje se pokazalo ključnim u određivanju intenziteta traumatske reakcije. Ovo određuje koliko će jako pomenuti događaj pobuditi organizam te koliko će se jako urezati u sjećanje što direktno određuje kasniju mogućnost pojavljivanja i živost intruzivnih misli. Stoga, uočavamo da je djelovanje traume dvosmjerno: ona izaziva hiperpobuđenost tijela i preosjetljivost te psihološku hiperpobuđenost uz ugrožavanje svjetonazora osobe. Nadalje, uslijedit će osjećaj tuposti koji može dovesti do različitih nepovoljnih ishoda rezultirajući jednom od tri skupine poremećaja: PTSP, poremećaji ličnosti ili psihofiziološki poremećaji.

Suprotno od prethodno prikazanog modela, u dobro funkcionirajućem organizmu, stres izaziva brze i izražene hormonalne reakcije koje dovode do aktiviranja centara za samoodbranu. Sa druge strane, hronični i ustrajni stres inhibira efikasnost reakcija na stres, a PTSP se razvija nakon izlaganja događajima koji prevladavaju sposobnost pojedinca da ponovo uspostavi homeostazu. Čak i manji podsjetnici na traumu mogu potaknuti potpuno razvijenu neuroendokrinu stresnu reakciju, trajno mijenjajući način na koji se organizam svakodnevno nosi sa svojom okolinom i ometa način na koji se nosi sa akutnim stresom (van der Kolk, 2000). Različito od traume koja ima početak, sredinu i kraj, simptomi PTSP-a su bezvremenog karaktera što u velikoj mjeri ometa put oporavka od prošlih događaja te odvraća pažnju od bavljenja sadašnjošću (Rue, 2014).

Posebno zanimljivo i značajno za temu ovog rada jeste da istraživanja sugeriraju da žene imaju dvostruko veću vjerovatnoću da razviju PTSP, dvostruko duže doživljavaju njegove simptome i pokazuju veću osjetljivost na podražaje koji ih podsjećaju na traumu (American Psychiatric Association, 2013).

Pored već pomenutih, jedan od uzročnika PTSP-a može biti i inducirani prekid trudnoće. Angelo (1992) navodi da su simptomi koji mogu uslijediti nakon induciranog abortusa u velikoj mjeri slični simptomima PTSP-a te su ih zbog njihove učestalosti kliničari okrunili zajedničkim nazivom „postabortusni sindrom“ (*engl. post abortion syndrome*).

2.4. Traumatski gubitak i tugovanje

S obzirom na specifičnost teme ovog rada, neophodno je spomenuti i traumatski gubitak i tugovanje koji, također, uz odsustvo zdravih mehanizama suočavanja sa situacijom, mogu dovesti do razvoja različitih komplikacija na planu mentalnog zdravlja pojedinca. Iako su gubici sastavni dio života svakog pojedinca, neki od njih mogu ozbiljno traumatizirati pojedinca jer su preuranjeni, nasilni i razvojno ometajući. Subotić (1996) ističe kako ometajući gubici poput ratnih gubitaka, gubitka djeteta, smrtonosnih bolesti i druga slična iskustva, duboko pogađaju i ugrožavaju pojedinca te mogu ugroziti i njegovo mentalno zdravlje, identitet i dovesti u pitanje njegov svjetonazor.

Šok izazvan gubitkom usljed stresnih i traumatskih događaja može otežati njegovo podnošenje i dalji oporavak, jer je prvenstveno potrebno određeno vrijeme da osoba prihvati činjenicu da se gubitak dogodio, što je jedan od preduslova za početak procesa tugovanja (Subotić, 1996). Stručnjaci u području mentalnog zdravlja ističu da period tugovanja traje makar jednu godinu nakon smrti, dok će u slučaju da se ovaj proces ne odvija na odgovarajući način, nedovršeni proces tugovanja rezultirati različitim psihološkim i psihosomatskim simptomima (Angelo, 1992). Stoga, zadaci zdravog procesa tugovanja jesu: „*prihvatiti stvarnost gubitka, proraditi gubitak, prilagoditi se novoj situaciji koja je osiromašena, emocionalno „relocirati“ izgubljenog i nastaviti živjeti, odnosno integrirati gubitak i nastaviti odnos s izgubljenim na duhovnom i simboličkom nivou*“ (Subotić, 1996; str. 173).

Horowitz (1990, prema Angelo, 1992) je podijelio „normalni“ proces tugovanja na četiri faze:

1. Faza šoka koja se javlja odmah nakon smrti.
2. Faza odbijanja tokom koje tugujuća osoba može izbjegavati podsjećanje na preminulog i usmjeriti se na druge stvari što može dovesti do emocionalnog otupljenja.
3. Faza intruzije tokom koje negativna sjećanja na umrlu osobu postaju česta, uključujući ružne snove tokom noći kao i ometajuće misli tokom dana koje remete koncentraciju na druge zadatke.
4. Prorađivanje događaja kroz koje tugujuća osoba počinje doživljavati pozitivna i negativna sjećanja na preminulog bez prisustva intruzivnog aspekta koji je prethodno bio prisutan. Ovaj proces se završava onda kada osoba opet stekne emocionalnu energiju za nove odnose, posao, stvaranje i nova pozitivna iskustva.

Proces opraštanja s bliskom osobom predstavlja zdravu reakciju na gubitak, ali je i dio vlastitog unutrašnjeg procesa odrastanja, samospoznaje i stjecanja cjelovitijeg identiteta (Subotić, 1996).

Sa druge strane, intenziviranje, produžavanje i/ili odlaganje normalnih faza tugovanja dovodi do pojavljivanja patološkog tugovanja. U prisustvu patološkog tugovanja u prvoj fazi tugovanja osoba može doživljavati panične epizode sa nestabilnim ponašanjem popraćenim nekontrolisanim strahom i tugom. Nadalje, uz odbijanje prihvatanja stvarnosti smrti, može se javiti prekomjerna upotreba alkohola ili droga u svrhu anesteziranja boli ili pak u želji da se izbjegne osjećaj obamrlosti osoba se može upustiti u pretjerane seksualne, sportske i adrenalinske aktivnosti (Angelo, 1992).

Subotić (1996) objašnjava da ishod tugovanja u velikoj mjeri ovisi o prisutnosti različitih faktora rizika poput tipa gubitka (iznenadna, neočekivana smrt, smrt djeteta), iskustvenih i socijalnih faktora (dob, spol, loši materijalni uvjeti), individualnih faktora (osobina ličnosti, zdravlja prije gubitka) te uvjeta koji prate gubitak (nedostatak socijalne podrške, više pratećih gubitaka). Studije su pokazale da je najintenzivniji doživljaj gubitka prisutan kod gubitak djeteta te da su prisutni različiti somatski simptomi, depresivne reakcije, ljutnja, osjećaj krivice i beznađa kao i osjećaj gubitka kontrole nad životom i svijetom oko sebe (Subotić, 1996). Također, usamljenost i nedostatak socijalne podrške javljaju se kao neki od osnovnih problema u adaptaciji na gubitak.

Neporadjeni gubitak može imati višestruke negativne utjecaje na pojedinca, njegovo mentalno i fizičko zdravlje. Ukoliko ne proradi sve posljedice gubitka, osoba stvara ideju da je izgubljeno mnogo više ili mnogo manje nego što zaista jeste. Također, neprihvatanje gubitka je neprihvatanje jednog dijela sebe samog, kao i svog individualnog iskustva. Ovakav put, navodi Subotić (1996) vodi ka traumatizaciji, nesreći i stvaranju identiteta žrtve.

3. EFEKTI PREKIDA TRUDNOĆE NA MENTALNO ZDRAVLJE

Kao što je već navedeno, prekid trudnoće može biti spontan ili induciran te je između njih moguće povući paralelu. U literaturi se mogu pronaći različite definicije abortusa, no ono što je zajedničko svakoj od njih jeste da uključuje prekid trudnoće. Iako su ove definicije, kao i debate na ovu temu jako obojene moralnim i političkim stavovima onih koji ih kreiraju, za osobe koje su doživjele abortus ovakve diskusije umanjuju važnost njihovog iskustva i stavljaju u drugi plan patnju i bol koji su proživjele gubitkom djeteta (Rue, 2014). U nastavku teksta prikazane su psihološke reakcije na spontani i inducirani prekid trudnoće te su ove spoznaje ključne za bolje razumijevanje ovih iskustava, s ciljem njihove destigmatizacije, kao i osvještavanja važnosti socijalne podrške.

3.1. Psihološke reakcije izazvane induciranim prekidom trudnoće

Efekti psiholoških posljedica induciranog abortusa na kvalitet života su značajni, na što upućuje i činjenica da je njihova učestalost dovela do kreiranja pojma postabortusnog stresa. Dakle, jasno je da inducirani abortus predstavlja značajni životni događaj koji tokom tog perioda uzrokuje psihološki stres (Hemmerling, Siedentopf i Kentenich, 2005, prema Astbury-Ward, 2008). Kada govore o svom iskustvu, žene sa sindromom postabortusnog stresa nerijetko govore o „gubitku svog djeteta“, osjećaju fetalnog kretanja ili osjećaju umiranja fetusa prilikom samog induciranog abortusa (AcademiaVita, 2014, prema Selby, 1990).

No prije detaljne analize ove specifičnu teme, bitno je naglasiti da kada govorimo o reakcijama na ovakav događaj, u obzir treba uzeti različite faktore, poput razloga za inducirani abortus. Nadalje, dob, kultura, religijski i socioekonomski status mogu utjecati na samu percepciju i doživljaj induciranog abortusa. Mnoge studije koje su se bavile ovom temom otkrile su različite faktore koji predviđaju kakva će biti individualne reakcije na inducirani abortus (Cameron, 2010).

Ove studije su pokazale da su osobe koje imaju historiju mentalnih bolesti, a koje inducirani abortus izvrše u ranijoj dobi te nemaju podršku okruženja, pod većim rizikom da dožive negativne emocije i reakcije nakon abortusa. Osim navedenog, studije su pokazale da su percipirana stigma

o induciranom abortusu i potreba da se događaj krije od porodice i prijatelja u pozitivnoj korelaciji sa anksioznošću i depresijom (Cameron, 2010). Upravo ovakva kompleksnost i gotovo potpuna nemogućnost kontroliranja vanjskih faktora, izuzetno su otežali provođenje istraživanja iz ovog područja, odnosno izvođenje ispravnih i nepristrasnih zaključaka. Reakcije na abortus su vrlo individualizirane te se poput reakcija na traumatske događaje i traumatski gubitak značajno razlikuju od osobe do osobe. Imajući to na umu, u nastavku teksta fokus će biti na izrazito negativne reakcije na ovaj životni događaj te na psihičke poremećaje koji se mogu pojaviti i postati hronični.

U literaturi je uočljiv konzensus da 10% žena koje dožive inducirani prekid trudnoće razviju dugoročne psihološke posljedice (Avalos, 1999, prema Astbury-Ward, 2008). Za žene koje su doživjele više induciranih prekida trudnoće te one koje su pokazale nesigurnost pri donošenju ovakve odluke, pokazalo se vjerovatnijim da će dugoročno patiti od psiholoških poremećaja. Ipak, negativne reakcije na inducirani abortus, kao i razvoj psihosomatskih teškoća ne bi trebalo smatrati opravdanjem za stigmatizaciju namjernog prekida trudnoće. Suprotno tome, ovakve reakcije naglašavaju važnost podrške kako članova porodice, tako i društva kao cjeline, ali prvenstveno zdravstvenog sistema. Američko psihološko udruženje predložilo je više konceptualnih okvira u ispitivanju povezanosti induciraniog abortusa i mentalnog zdravlja, uključujući perspektivu stresa i suočavanja te perspektivu psihološke traume (Rue, 2014).

Iako je inducirani abortus tema o kojoj se posljednjih godina u medijima i generalno u javnom životu često govori, važno je naglasiti činjenicu da se vrlo rijetko iznose lična iskustva pojedinaca koji su ovaj proces prošli direktno ili kao podrška partnerici. Jasno je da ovakva zatvorenost o ovoj temi dolazi iz njene kontroverznosti te straha od osude, no neka klinička istraživanja pokazuju da inducirani abortus može biti u ulozi ublaživača stresa, ali i u ulozi uzročnika stresa (Rue, 2014). Ovakva razlika u percepciji ovisi o mnogim faktorima od kojih su najvažniji sama povezanost sa plodom, podrška ili osuda okoline.

Longitudinalna studija, koja je 2006. godine provedena na Novom Zelandu, dokazala je postojanje negativnih efekata induciraniog abortusa na mentalno zdravlje mladih žena, pokazujući više stope depresije, suicidalnih ideja i ovisnosti o ilegalnim drogama (Cameron, 2010). Ipak, obzirom da su prilikom prikupljanja podataka korišteni isključivo samoiskazi ispitanica, što predstavlja važno metodološko ograničenje studije, same rezultate i zaključke potrebno je razmatrati kritički i sa

oprezom. Sa druge strane, istraživanje koje je proveo Trybulsky (2005, prema Astbury-Ward, 2008) o dugoročnim postabortusnim iskustvima žena pokazalo je da od 17 intervjuiranih, većina ispitanica prikrilo informacije o induciranom abortusu zbog srama ili straha od reakcije porodice i prijatelja. Prema ovoj studiji, ovakvo prikrivanje dovodi do potiskivanja misli i razvoja intruzivnih misli. Istraživači također ističu kako je smanjena emociionalna otvorenost značajan faktor u postabortusnom razrješavanju i prihvatanju. Slično ovim rezultatima, studija koju su proveli Broen, Torbjorn, Bodtker i Oivind (2004) pokazala je da je kod žena koje su doživjele inducirani abortus značajno više bilo prisutno izbjegavanje misli i emocija vezanih za ovaj događaj nego kod žena koje su imale spontani prekid trudnoće. Nadalje, ispitanice sa induciranim prekidom trudnoće u većoj mjeri su izvještavale o prisustvu osjećaja olakšanja i sramote te osjećaja krivnje 6 i 24 mjeseca nakon samog događaja. Ovakvo prisustvo izbjegavanja misli i emocija može korespondirati represivnim tendencijama povezanim sa PTSP-em, ali može također biti i pokazatelj prisustva socijalne stigme i reakcija na stid i prikrivanje, kako zbog neželjene trudnoće, tako i zbog njenog induciranog prekida (Broen i sur., 2004).

Iako inducirani prekid trudnoće, kao važan životni događaj, može imati utjecaj na mentalno zdravlje, odbijanje zdravstvenih ustanova da obave abortus također može uzrokovati ovakve negativne posljedice. Biggs, Rowland, McCulloch i Foster (2016) su u svojoj studiji dobili rezultate koji pokazuju da dvije od pet žena doživljavaju jedan ili više simptoma PTSP-a nedugo nakon induciranog abortusa. Također, 16% žena imalo je dovoljno visoke rezultate na skali PTSP-a da bi se smatrale rizičnom skupinom za razvoj ovog poremećaja.

Kada je u pitanju nastanak PTSP-a nakon induciranog prekida trudnoće, posebna pažnja je posvećena istraživanju reakcija poput disocijacija, akutne anksioznosti i panike kao prediktora razvoja ovog poremećaja (Rousset, Brulfert, Sejourne, Goutaudier i Chabrol, 2011). Nakon induciranog abortusa žene mogu razviti defanzivne oblike prilagodbe na abortus, izbjegavajući emocije i kognicije vezane za majčinstvo, a stvaranje ovakve prepreke psihičkog procesiranja događaja povezano je sa patološkim reakcijama na gubitak.

Nažalost, PTSP nije jedini poremećaj koji se može javiti nakon induciranog abortusa. U literaturi se navodi kako depresija u postabortusnom periodu može biti uzrokovana različitim faktorima poput hormonalnih promjena, svjesnost o gubitku nerođenog djeteta te već spomenutih osjećaja krivnje i stida zbog počinjenog induciranog abortusa. Kao najčešći i jedan od najtežih

psihijatrijskih poremećaja, depresija pojedincu oduzima motivaciju i nadu gaseći interes za svakodnevne aktivnosti i užitke (Rue, 2014). Posebno značajna jeste i činjenica da je prevalencija depresije kod žena čak dva puta veća nego kod muškaraca. Netretirana postabortusna depresija kod žena i muškaraca može se manifestirati kao nemogućnost balansiranja pozitivnih i negativnih misli i emocija. Pored toga, ovakvo stanje može utjecati i na prehrambene navike, kvalitet i količinu sna što utiče na cjelokupno fizičko zdravlje pojedinca. Nadalje, depresija ometa mentalne procese uključujući kognitivne procese, donošenje odluka te dovodi i do smanjenja samopoštovanja (Rue, 2014).

Iako postoji mnogo istraživanja na ovu temu, dostupne spoznaje ne pružaju dovoljno uvida u kompleksnost i raspon emocionalnih reakcija koje žene doživljavaju nakon inducirano abortusa. Ovakva ograničenja prvenstveno su uvjetovana metodološkim greškama ali i pristrasnošću različitih istraživača. Važno je napomenuti da emocije nisu statične te da metode koje se koriste pri njihovom istraživanju trebaju biti dovoljno fleksibilne kako bi mapirale emocije prema dubini i dometu, što se može postići provođenjem longitudinalnih kvalitativnih studija (Astbury-Ward, 2008). Pored već pomenutih ograničenja istraživanja iz ovog područja, rezultati studija u velikoj mjeri variraju u zavisnosti od države u kojoj su provedena. Prema istraživanju provedenom u Bjelorusiji, 50% žena koje su imale inducirani abortus zadovoljilo je prag kriterija za dijagnozu PTSP-a. U studiji u kojoj su poređene žene sa historijom inducirano abortusa iz Amerike i Rusije, PTSP je bio učestaliji kod američkih žena, dok je prema studiji iz Francuske, 5% žena ispoljavalo simptome posttraumatskog stresnog poremećaja nakon inducirano abortusa (Rue, 2014).

Ovakve varijacije u rezultatima samo potvrđuju kompleksnost ovog područja i njegovog istraživanja te ukazuju na značaj vanjskih faktora na razvoj psihopatoloških stanja. Kulturološke, religijske i moralne razlike u percepciji inducirano abortusa ne smiju biti zanemarene prilikom kreiranja istraživanja, ali ni interpretacije dobivenih rezultata. Obzirom na značaj podrške, kako bliskih osoba, tako i stručnog medicinskog osoblja, psihologa, psihoterapeuta, važno je skrenuti pažnju na ovaj ključni faktor u prevenciji razvoja psiholoških poteškoća, ali i u tretmanu ukoliko dođe do razvoja psihičkih poremećaja. Osvještavanje potencijalnih poteškoća i značaja njihove prevencije važan je zadatak profesionalaca u oblasti mentalnog zdravlja, ali u konačnici i cjelokupnog društva (Nikčević, Kuczmierczyk i Nicolaidis, 2007).

3.2. Psihološke reakcije izazvane spontanom prekidom trudnoće

Spontani prekid trudnoće jedna je od najčešćih komplikacija vezanih za trudnoću, što potvrđuju i statistike. Prema dostupnim izvorima, 14 do 20% trudnoća rezultira spontanom pobačajem (Lok, Yip, Lee, Sahota, Chung, 2010). Iako je ovaj vid komplikacija čest te sa sobom ne nosi veće tjelesne posljedice, žene često nisu pripremljene za ovakav ishod te doživljavaju niz psiholoških reakcija. Široki raspon psiholoških reakcija, dugoročnih i kratkoročnih posljedica, iako nerijetko prisutne, kroz historiju su bile ignorirane. Prvi članci i istraživanja o potencijalnim posljedicama spontanog prekida trudnoće počeli su se objavljivati tek 1990ih godina (Farren i sur., 2018). Početna istraživanja fokusirala su se na tugovanje kao reakciju na spontani prekid trudnoće, dok su naprednije i novije studije obuhvatile širi spektar psihijatrijskih dijagnoza poput anksioznosti, depresije i PTSP-a. Geller, Kerns i Klier (2004) predstavili su novi, prošireni fokus na istraživanje javljanja anksioznosti nakon spontanog pobačaja. Ovakav pristup istraživanju anksioznosti razvio se prvenstveno zbog njenog učestalog javljanja u postpartalnom periodu, što može ukazivati na njeno povećano prisustvo u periodu nakon gubitka trudnoće te zbog generalno veće prevalencije razvoja nekog od anksioznih poremećaja i depresije kod žena.

Pored već navedenih razloga, dodatni stres i anksioznost mogu biti prouzrokovani brigom o uzroku pobačaja, brigom o mogućim zdravstvenim problemima ili genetskim faktorima koji su doveli do takvog ishoda trudnoće. Još jedan od faktora koji mogu biti značajni, ali i dugoročni za razvoj ovakvih reakcija jeste i strah od ponovnog gubitka trudnoće. Iako su iskustva i reakcije žena na spontani pobačaj individualne, postoje značajni dokazi koji pokazuju da žene obično doživljavaju značajne psihosocijalne teškoće nakon spontanog pobačaja te da je proces tugovanja intenzitetom sličan kao i prilikom drugih vrsta gubitaka (Brier, 2008, prema Miller, Temple-Smith, Bilardi i Zweigenthal, 2019). S tim u vezi, kao najdominantniji simptomi javljaju se tuga, čežnja za izgubljenim djetetom, želja za razgovorom o gubitku i traganje za smislenim objašnjenjem doživljenog gubitka (Herz, 1984, prema Lok i Neugebauer, 2007).

Neke od studija pokazale su da su žene pod veoma visokim rizikom od razvoja psiholoških poremećaja nakon spontanog prekida trudnoće, pri čemu 41% njih ispoljava klinički značajne nivoe anksioznosti, a 36% pokazuje simptome depresije u roku od mjesec dana nakon samog abortusa (Neugebauer i sur., 1992, prema Farren i sur., 2018). U studiji koju su proveli Farren,

Jalnbrant, Ameye, Joash, Mitchell-Jones, Tapp, Timmerman i Bourne (2016), 39% žena je nakon spontanog abortusa ispunjavalo kriterije za razvoj PTSP-a.

Obzirom da se PTSP može razviti kao odgovor na doživljavanje stvarne ili pretpostavljene prijetnje smrću ili povrede sebe ili drugih, njegova povezanost sa spontanom prekidom trudnoće je vrlo smisljena. U ovome kontekstu, prijetnja ozbiljnim povredama, vidljivo krvarenje ili fetalno tkivo, kao i subjektivna percepcija doživljaja smrti djeteta može biti dovoljno traumatična da rezultira razvojem PTSP-a (Farren i sur., 2016). U jednoj od ranijih studija koje su istraživale prekid trudnoće kao potencijalnu traumu, uočeno je da su žene koje su doživjele spontani pobačaj obično prijavljivale brojne simptome PTSP-a, slične onima koje su prijavljivale i druge traumatizirane populacije (Engelhard, van den Hout, Arntz, 2001, prema Schwerdtfeger i Shreffler, 2009). Ipak, prilikom interpretiranja ovakvih rezultata bitno je imati na umu individualna obilježja svakog pojedinca, koja u velikoj mjeri uvjetuju percepciju i doživljaj te u konačnici reakciju na različite događaje.

Nadalje, strah od ponovnog gubitka trudnoće značajan je faktor u razvoju anksioznosti te je kao takav bio u fokusu mnogih istraživanja. Većina istraživanja na ovu temu, koja su uključivala kontrolnu grupu, pokazala su da su trudnoće nakon perinatalnog gubitka praćene značajno većom anksioznošću u odnosu na onu prisutnu tokom trudnoće prije iskustva gubitka (Geller i sur., 2004). Iako prisustvo anksioznosti u ovakvim situacijama može biti opravdano, istraživanja ne sugeriraju da će buduće trudnoće nužno rezultirati razvojem psihopatologije. Zapravo, žene koje nakon spontanog abortusa prolaze kroz tugovanje i simptome depresije, u narednoj trudnoći mogu pronaći iscjeljenje te pospješiti vlastiti oporavak (Geller i sur., 2004). Sa druge strane, prema teoriji emocionalnog ublažavanja (*engl. emotional cushioning*), prilikom sljedeće trudnoće nakon spontanog pobačaja žene češće dozivljavaju nekvalitetnije prenatalne veze pokušavajući da se putem izbjegavanja perinatalnog povezivanja zaštite i izbjegnu razočarenja (Côté-Arsenault i Donato, 2011, prema Markin, 2016). Ipak, ovakvo emocionalno ublažavanje bitno je razlikovati od apatičnog odnosa majka-dijete, obzirom da ono može biti u službi strategije suočavanja.

Nadalje, istraživači poput Butel i sur. (prema Lok i Neugebauer, 2007) potvrdili su rezultate da su razine depresije kod žena nakon spontanog prekida trudnoće značajno više od onih u ostatku populacije, uključujući i trudnice. Svakako da treba voditi računa o tome da povišeno prisustvo depresivnih simptoma nije isto što i prisustvo depresivnih poremećaja. Iako su u nešto manjem

broju istraživanja korišteni dijagnostički kriteriji za utvrđivanje psihijatrijske dijagnoze depresije, sumirajući njihove rezultate moguće je zaključiti da se veliki depresivni poremećaj dijagnosticira kod 10-50% pacijentica nakon spontanog pobačaja (Lok i Neugebauer, 2007). U usporedbi sa kontrolnom grupom, simptomi depresije su ostali povišeni šest mjeseci nakon spontanog pobačaja, vraćajući se na normalnu razinu tek godinu dana kasnije. Identifikacija karakteristika žena koje ih stavlja pod rizik za razvoj nekih od psiholoških poremećaja nakon spontanog pobačaja značajna je kako iz kliničke, tako i iz perspektive javnog zdravstva (Lok i Neugebauer, 2007). Istraživanja fokusirana na otkrivanje rizičnih i zaštitnih faktora vezanih za razvoj depresivnih poremećaja nakon spontanog prekida trudnoće pronašla su da je starija dob značajan zaštitni faktor (Sham i sur., 2010, prema Farren i sur., 2018). Sa druge strane, kao faktori rizika dokazani su prethodni pobačaji i manji broj djece ili neostvareno majčinstvo, historija neplodnosti ili prethodna iskustva gubitka trudnoće (Sham i sur., 2010, prema Farren i sur.),

Posebno zanimljivo jeste i zapažanje iz istraživanja Farren i sur. (2016), da je pojava PTSP-a kod žena nakon spontanog gubitka trudnoće učestalija od pojave anksioznosti i depresije. Usko povezan sa ovim jeste i efekat pobačaja na drugu djecu te je vrlo vjerovatno da pobačaj negativno utiče na cijelu porodicu koja ga, također, doživljava kao stres, posebice ukoliko sama majka doživljava psihološki distress (Geller i sur., 2004). Nadalje, dosadašnje spoznaje o negativnom utjecaju neliječenog PTSP-a na kvalitet života, interpersonalne odnose, radnu sposobnost, rizik od samoubistva i generalno fizičko zdravlje dodatno ističu značaj osvještavanja važnosti pružanja stručne i individualne podrške nakon traumatskog iskustva.

4. REAKCIJE PARTNERA NA PREKID TRUDNOĆE

Prekid trudnoće godinama je smatran primarno „ženskim problemom“. S tim u vezi, gotovo potpuno zanemareni aspekt prekida trudnoće jesu reakcije i doživljaji partnera. S obzirom na kompleksnost ovog područja, Geller i sur. (2004) navode kako je u literaturi moguće pronaći jako mali broj rigoroznih i kontroliranih istraživanja o reakcijama i utjecaju prekida trudnoće na muške partnere te da gotovo i ne postoje istraživanja kada su u pitanju istospolni partneri. Ovakav nedostatak istraživanja posebno je problematičan s obzirom da su upravo partneri ti koji su centralna podrška ženama nakon prekida trudnoće, ali također i sekundarne žrtve traumatskog događaja. Također, prethodno je pomenut značaj socijalne podrške prilikom tugovanja i ublažavanja potencijalnih posljedica gubitka na mentalno i fizičko zdravlje. Ipak, istraživanja pokazuju kako muškarci i žene imaju različite obrasce reakcija na prekid trudnoće. Iako i muškarci doživljavaju gubitak i prolaze kroz proces tugovanja te doživljavaju anksioznost i stres, intenzitet ovih reakcija je manji i one traju kraći vremenski period u odnosu na reakcije kod žena (Miller i sur., 2019).

Ovakvi nalazi nisu iznenađujući obzirom da muškarci sebe nerijetko vide u ulozi „podrške“ te se sa svojim gubitkom nose manje otvoreno i primjenjuju drugačije strategije suočavanja u odnosu na svoje partnerice. Ovakve reakcije su evolucijski ali i kulturološki uvjetovane očekivanjima da muškarci manje ili gotovo nikako ne izražavaju emocije te da budu snažni u svakoj situaciji, ali i zbog nedovoljnog prepoznavanja gubitka i tugovanja kod muškarca od strane društva. Ovakve dominantne rodne paradigme dovode do toga da muškarci smatraju da imaju manje ili nikakvo pravo da doživljavaju ili ispoljavaju emocije uzorkovane prekidom trudnoće i da je to dozvoljeno samo ženama obzirom da one nose trudnoću (Williams, Topping, Coomarasamy i Jones, 2019). Kao posljedica i reakcija na ovakva očekivanja i norme društva, u ovim situacija među muškim partnerima nerijetko se javlja pojačano korištenje štetnih supstanci poput alkohola ili droga (Geller i sur., 2004) te veća razina izbjegavajućih ponašanja (Obst, Due, Oxlad i Middleton, 2020).

Činjenica da muškarci sebe vide kao sekundarne aktere u doživljavanju i reagiranju na prekid trudnoće posebno je uvjetovana biološkim faktorima, odnosno činjenicom da se trudnoća kao i njen prekid odvijaju u ženskom tijelu. Williams i sur. (2019) navode kako upravo zbog nemogućnosti da se identificiraju ili podijele osjećaj gubitka trudnoće, muškarci se osjećaju

dezorijentirano zbog događaja izvan dosega njihovog tijela i kontrole. Ovakva ograničenost u ublažavanju posljedica i mogućnosti pružanja fizičke pomoći partnerici često uzrokuje i jak osjećaj frustracije. Strahove i frustracije pojačava nepostojanje jasnih smjernica kako pružiti podršku partnerici, kao i osjećaj isključenosti ili nepoželjnosti u kliničkom okruženju. Zbog nemogućnosti da „suosjećaju“, muški partneri su ostavljeni da sami čekaju ishod zahvata koji se događaju iza zatvorenih vrata uz nerijetko zanemarivanje njihovog straha i brige za partnericu, ali i za sam plod (Williams i sur., 2019). Kako muškarci, tako i žene nerijetko izražavaju nezadovoljstvo zbog manjka senzibiliteta, empatije i prepoznavanja gubitka, manjka informacija, kao i korištenja bezlične, medicinske terminologije od strane medicinskog osoblja. Također, kao nedostatak ističu izostanak kontinuirane njege i upućivanja na savjetovanje i psihoterapiju (Miller i sur., 2019). S tim u vezi, u istraživanju Millera i sur. (2019) jedan od ispitanika je svoje iskustvo objasnio kroz izjavu: *“ Jednostavno nije bilo nikoga da prizna da se to dogodilo i meni. . .jednog dana sam vidio sebe kao oca, a već drugi dan to više nisam bio. “*

Jednako kao i kod žena, reakcija muških partnera na prekid trudnoće u korelaciji je sa faktorima koji mogu negativno ili pozitivno doprinijeti tugovanju. Jedan od najutjecajnijih faktora jeste povezanost sa bebom koja je u pozitivnoj korelaciji sa intenzitetom tugovanja (Obst i sur., 2020). Isti autori u svome članku navode da drugi značajni faktori koji utiču na tugovanje uključuju: odnos sa partnerom, podršku i prepoznavanje patnje od strane porodice i prijatelja te medicinskog osoblja.

U studiji koju su proveli Miller i sur. (2019), većina muških partnera je navela kako su osjećali jaku tugu nakon pobačaja uz opisivanje neposrednih emocionalnih reakcija kao „slomljenost“ ili šokiranost. Muškarci su cijelo iskustvo opisali kao emotivni „rollercoaster“ na kojem se osjećaju nemoćno i bez kontrole nad situacijom i vlastitim emocijama. Podaci iz istraživanja Williams i sur. (2019) indiciraju da su na tugovanje i druge emocionalne reakcije na spontani pobačaj utjecali percepcija prekinute trudnoće i budućeg roditeljstva. S tim u vezi, neki muškarci su vidjeli gubitak trudnoće kao gubitak potencijalnog očinstva, dok su neki to vidjeli kao privremenu prepreku budućem roditeljstvu. Ovakvi odgovori pokazuju i kako je percepcija ploda, odnosno trudnoće i emocionalna povezanost sa plodom, značajan faktor u doživljaju gubitka, ovisno od toga da li se plod percipira kao dijete/individua ili kao dio ljudskog tkiva. Strah od nemogućnosti ostvarivanja ponovne trudnoće ili njenog opetovanog gubitka, osim anksioznosti praćen je i strahom da roditelji neće uživati u sljedećoj trudnoći do porođaja (Miller i sur., 2019). Lok i Neugebauer (2007) u

svom pregledu istraživanja ističu studiju u kojoj su korištenjem Upitnika o općem zdravlju na uzorku od 83 muška partnera, dobijeni sljedeći rezultati: 43% ispitanika izvještavalo je o općem psihičkom stresu, dok je 17% izvještavalo o simptomima depresije neposredno nakon pobačaja. Ipak, nivo stresa je i dalje bio niži nego kod njihovih partnerica, nestajući potpuno u prva tri mjeseca nakon gubitka.

Istraživanje koje su proveli Story Chavez, Handley, Jones, Eddy i Poll (2019) u fokus je stavilo i percipiranu traumu doživljenu kroz spontani prekid trudnoće. Rezultati su predstavljani u formi izjava partnera o osjećaju obamrlosti i krivnje tokom samog događaja, pri čemu je od 31 ispitanika, njih 13 ovaj događaj opisalo kao traumatičan. Neke od izjava ispitanika bile su:

"Ljut sam na univerzum, uznemiren, depresivan, zbunjen, poražen - i niz drugih osjećaja - sve u isto vrijeme."

„To je skoro kao bojno polje na kojem se borim i nemam vremena da zastanem i doživim emocije jer se moram nastaviti boriti. "

Jedna od situacija koja se u najmanjoj mjeri istražuje i uzima u obzir u kontekstu suočavanja muškaraca sa prekidom trudnoće jeste kada partnerica samostalno odluči da prekine trudnoću protiv njegove volje. Nalazi o kojima izvještavaju Coyle i sur. (2010, prema Nagy i Rigo, 2019) sugeriraju da u slučaju kada se partneri ne slažu sa odlukom o induciranom pobačaju, na njihov odnos djeluju simptomi PTSP-a kod muškarca, koji se manifestiraju kroz hiperpobuđenost i intruzivne misli.

Posebno interesantno jeste i to da su emocionalne reakcije na prekid trudnoće gotovo jednake neovisno od toga da li je u pitanju inducirani ili spontani prekid trudnoće. Ljuttja, osjećaj krivice, bespomoćnosti, javljaju se u oba slučaja. Ipak, osnovna razlika jeste što se pored navedenih emocija u slučaju induciranog abortusa javljaju i osjećaj olakšanja, odgovornosti i zrelosti (Nagy i Rigo, 2019). Upravo zbog toga, neophodan je rad na otklanjanju stigme kada su u pitanju uloga i emocije muškaraca u periodu trudnoće ili njenom prekidu. Zdravstveni radnici, ali i društvo generalno trebalo bi ohrabriti muškarce da preuzmu aktivniju ulogu u periodu trudnoće i/ili ukoliko se dogodi pobačaj, kako bi se i njima osigurala podrška i sve informacije učinile dostupnim. Uključivanje muških partnera te unapređenje usluga podrške zasigurno da će biti od koristi kako za žene, tako i za njihove partnere.

5. PSIHOLOŠKE INTERVENCIJE NAKON SPONTANOG I INDUCIRANOG PREKIDA TRUDNOĆE

Iskustva koja su percipirana kao traumatična, kao i sva ona koja sa sobom nose ometajuće količine stresa i negativne emocije koje negativno utiču na mentalno i fizičko zdravlje pojedinca, zahtjevaju posebnu pažnju medicinskih radnika i profesionalaca u oblasti mentalnog zdravlja. U ovisnosti od karakteristika iskustva poput ozbiljnosti, dubine i kompleksnosti izazvane traume neophodna skrb može uključivati rad sa psihologom, psihoterapeutom ili psihijatrom, a nerijetko i kombinovani pristup tretmanu. No prije samog početka terapijskog rada, neophodno je prepoznati implikacije za tretman odnosno osposobiti uključene stručnjake da prepoznaju znakove i ponašanja kod pojedinaca koji ukazuju na neophodnost intervencije. Kreiranjem jednostavnog i učinkovitog alata za procjenu psiholoških teškoća nakon pobačaja otklonilo bi ova ograničenja i omogućilo pravovremene i efektivne intervencije. Faktori rizika koji predisponiraju ovakve teškoće uključuju: historiju psihijatrijskih bolesti, nedostatak socijalne podrške ili lošu bračnu prilagodbu, prethodni gubitak trudnoće i ambivalenciju prema fetusu (Lok i Neugebauer, 2007).

Sama skrb i podrška nakon traume predstavljaju pristup pružanja podrške temeljen na razumijevanju reakcija na trauma, naglašavajući fizičku, psihološku i emocionalnu sigurnost pojedinca u cilju obnove osjećaja kontrole i osnaživanja (Kimberg i Wheeler, 2019). Kako bi osobe obradile traumatična sjećanja nakon ovakvog iskustva, ključno je da postignu dovoljnu distancu od svojih osjetilnih sjećanja i emocija vezanih za sam događaj, tako da mogu promatrati i analizirati te osjete i emocije bez hiperpobuđenosti i obrazaca izbjegavanja (van der Kolk, 2000).

U periodu rane trudnoće, žene su posebno reaktivne na stres stoga je važno senzibilizirati medicinske radnike te uputiti ih da slijede pristup fokusiran na očuvanje i zaštitu mentalnog zdravlja pacijentica u ovome periodu. Yali i Lobel (1999, prema Campillo, Meaney, McNamara i O'Donoghue, 2017) ističu kako 25% žena izvještava o prisustvu emocionalnog stresa tokom perinatalnog perioda što je posebno vrijedan uvid obzirom na značajan utjecaj psihološke dobrobiti majke na ishod trudnoće. Kako su anksioznost, depresija i generalno stresne reakcije samo neki od ishoda gubitka trudnoće, sami tretman treba biti prilagođen ovakvim reakcijama te biti jednako kompleksan i smislen kao i prilikom liječenja ovih poremećaja izazvanih na bilo koji drugi način. U cilju kreiranja što sveobuhvatnije i efikasnije intervencije, neophodno je razumjeti i imati na

umu faktore koji doprinose emocionalnoj patnji usljed ovakvih iskustava. S tim u vezi, stigma i strah od osude društva jedni su od najvećih stresora koji prate inducirani prekid trudnoće te je jasno da bi psihološko savjetovanje i emocionalna podrška značajno pomogli u prevazilaženju ovakvih posljedica. Ono što je posebno potrebno naglasiti u ovoj specifičnoj situaciji jeste da je za pacijentice od iznimne važnosti da sama podrška bude apolitična i bez osude (Kimport, Perruci i Weitz, 2012, prema Reider, 2014). Kimport i sur. (2014, prema Reider, 2014) također navode i kako telefonske linije podrške pružaju adekvatnu podršku, posebice jer je nekim ženama ona povremeno i privremeno potrebna, u različitim vremenskim razdobljima nakon abortusa. Vodeći se svojim nalazima, Kimport i sur. (2012, prema Reider, 2014) pozvali su na potpunije integriranje emocionalne podrške nakon pobačaja u rad stručnjaka koji pružaju psihološke usluge ovim pacijentima. Osim toga, kao je do sada i spomenuto, socijalna podrška jedan je od primarnih faktora koji smanjuju internaliziranu stigmu i negativne emocionalne efekte pobačaja te ona može značajno olakšati proces oporavka.

Kada je u pitanju spontani prekid trudnoće, Lok i Neugebauer (2007) navode kako u jednom od izvještaja iz njihovog pregleda istraživanja, od 92% žena koje su željele dodatnu skrb nakon pobačaja, samo 30% njih ju je uspjelo dobiti. Kao jedan od razloga za odsustvo neophodne skrbi može se navesti i nedovoljno razumijevanje psiholoških posljedica pobačaja od strane medicinskih radnika. Naime, kako većina medicinskih radnika koji se brinu o ženama nakon pobačaja, poput ginekologa, babica i doktora opće prakse nije upoznato s psihološkom procjenom, može im biti teško prepoznati pacijente koji ispoljavaju psihološke probleme ili su pod rizikom od njihovog javljanja. Kada je u pitanju spontani prekid trudnoće, Nikčević i sur. (2007) u svome istraživanju uočili su da je većina žena željela razgovarati nakon pobačaja sa svojim doktorom opće prakse ili nekim drugim članom medicinskog osoblja te da je samo trećina žena, onih sa višim nivoima emocionalne patnje, željela dodatnu psihološku podršku. Nadalje, ovi autori navode kako bi intervencije nakon spontanog pobačaja trebale uključivati pružanje informacija, savjeta i osjećaja sigurnosti te da je medicinsko objašnjenje za prekid trudnoće neophodno kako bi se osoba mogla usmjeriti na oporavak. Iako nekim ženama nije neophodna stručna pomoć, već se same mogu izboriti sa gubitkom i pratećim emocijama, mnogima je neophodno dalje savjetovanje kako bi se podstakao zdravi proces tugovanja te smanjio stres i briga vezana za ishod budućih trudnoća.

Reider (2014) izvještava da od mnogobrojnih različitih intervencija, sudionice u njegovom istraživanju su kao najefektivnije u ublažavanju emocionalnih tegoba nakon pobačaja navele

individualno savjetovanje i povezivanje sa drugim ženama koje su prošle kroz isto iskustvo, bilo da se radi o grupama za podršku, neformalnom razgovoru, telefonskim linijama pomoći ili na neki drugi način. U slučaju da osoba nema dovoljno resursa da se samostalno izbori sa posljedicama prekida trudnoće, moguć je razvoj depresije kao reakcije na nerazriješeni proces tugovanja. Neki od najučestalijih tretmana koji se koriste prilikom liječenja depresije uključuju već navedene grupe podrške, savjetovanje i psihoterapiju sa naglaskom na kognitivno bihevioralnu terapiju te u konačnici i medikamentoznu terapiju primjenom antidepresiva (Séjourné, Challahan i Chabrol, 2010).

Jedan od ciljeva tretmana traume jeste distancirati pojedinca od emocija vezanih za traumu kako bi ih mogao analizirati i dati im neko racionalno značenje. Ipak, davanje smisla traumatičnom iskustvu nije dovoljno za prevazilaženje traume te je potrebno ponovo uspostaviti osjećaj kontrole nad vlastitim životom. Osjećaj sigurnosti, upravljanje anksioznošću i emocionalno procesiranje osnovni su koraci u liječenju i prevazilaženju posttraumatskog stresnog poremećaja (van der Kolk, 2000).

5.1. Savjetovanje i psihoterapija

Savjetovanje sa ekspertima iz oblasti mentalnog zdravlja trebalo bi biti preporučeno pacijentici u bilo kojem trenutku ukoliko se jave suicidalne misli ili ako dva mjeseca nakon prekida trudnoće i dalje osjeća značajnu patnju koja utiče na njeno svakodnevno funkcionisanje (Carter, Misri i Tomfohr, 2007). Iako je teško odrediti koji su oblici tretmana najprikladniji za tretiranje reakcija i posljedica gubitka trudnoće, u nastavku će biti predstavljeni neki od psihoterapijskih pristupa koji su se pokazali efikasnim u liječenju anksioznih i depresivnih poremećaja.

Kao posebno efektivna u radu sa ženama nakon iskustva prekida trudnoće pokazala se kognitivno bihevioralna terapija (KBT). KBT je jasno definirana, precizna i svebuhvatna te za cilj ima utjecaj na disfunkcionalne emocije, ponašanja i kognicije. Fokus terapijskog rada jeste na identificiranju i promjeni netačnih percepcija sebe i svijeta, što se u slučaju prekida trudnoće može odnositi na prisustvo osjećaja krivice, bezvrijednosti, straha te depresivnih misli (Carter i sur., 2007). Drugi, bihevioralni aspekt ove terapije, uključuje osvještavanje veze između uznemirujućih situacija i reakcije pojedinca na te situacije. Jedna od najvećih prednosti kognitivno-bihevioralne terapije,

pored njene konkretnosti i vremenske ekonomičnosti, jeste i to da se njene tehnike mogu uspješno koristiti u različitim situacijama poput intervencija vezanih za posttraumatski stres ili situacije koje zahtijevaju emocionalnu adaptaciju poput tugovanja i gubitaka (Matthews i Marwit, 2004 prema, Séjourné i sur. 2010).

Obzirom na kompleksnost i osjetljivost, Bowles, James, Solursh, Yancey, Epperly i Folen (2000) ponudili su nekoliko smjernica za rad sa ženama i njihovim partnerima nakon prekida trudnoće:

- Ukoliko je fetus dobio ime, koristiti ga u razgovoru sa roditeljima, kako bi personalizirali proces tugovanja.
- Razgovarati sa oba roditelja o činjenicama vezanim za situaciju. Saznati više o mislima i emocijama majke u vezi sa gubitkom i upoznati roditelje sa svim fizičkim i emocionalnim reakcijama koje mogu doživjeti te uputiti ih psihologu ukoliko žele dodatnu podršku.
- Muškarci često manje pokazuju svoje emocije od žena te mogu biti rastrzani između pružanja podrške partnerici i borbe sa vlastitim emocijama i tugom. Stoga je preporuka da se i muškarca pita za njegove emocije, pruži mu se prilika da postavlja pitanja i potraži dodatnu pomoć.
- Ukoliko u porodici ima druge djece, savjetovati roditeljima da sa njima razgovaraju otvoreno i iskreno o cijelom događaju.
- Obzirom da neke pacijentice ne dožive reakciju na pobačaj prije izlaska iz bolnice, preporuka je da se zakaže termin pregleda ili obavi dodatni telefonski poziv u roku od sedam dana kako bi se provjerilo njihovo stanje.

6. ZAKLJUČCI

1. Događaje koji su izrazito neugodni za svakog pojedinca te koji nadilaze uobičajeno ljudsko iskustvo, klasificiramo kao traumatske. U traumatske događaje može se ubrojati veliki broj iskustava i ona obuhvataju prijetnje životu, prijetnje bliskim osobama (djeci, supružniku, prijateljima itd.), svjedočenje nasilnom događaju koji se dogodio drugoj osobi poput saobraćajnih nesreća ili ubistava i slično. Neovisno o vrsti i uzroku traumatskog događaja, on će izazvati patnju većini ljudi te probuditi niz specifičnih reakcija. Kao najčešće reakcije u literaturi se navode reakcija borbe i reakcija bijega. Ukoliko ove reakcije nisu uspješne u zaštiti fizičkog ili mentalnog zdravlja pojedinca, dolazi do pojave traumatske reakcije te čovjekov sistem samoodbrane postaje preopterećen i dezorganiziran. Jedan od rezultata traumatske reakcije jeste i pojava posttraumatskog stresnog poremećaja. PTSP je jedan od čestih psiholoških poremećaja, a prateći doživljeni gubici mogu otežati oporavak kao i sam proces tugovanja.
2. Spontani prekid trudnoće je svaki neželjeni gubitak trudnoće prije 23. sedmice gestacije, dok inducirani prekid trudnoće predstavlja namjerni prekid trudnoće otklanjanjem embrija. Rezultati istraživanja pokazali su da su reakcije na prekid trudnoće gotovo jednake neovisno o njenom uzroku. U oba slučaja prisutni su ljutnja, osjećaj krivice i bespomoćnosti, a ukoliko simptomi nisu tretirani, oni se mogu razviti u poremećaje poput depresije, posttraumatskog stresnog poremećaja i drugih anksioznih poremećaja. Osim reakcija majke, neophodno je obratiti pažnju i na reakcije i emocije koje doživljavaju partneri nakon prekida trudnoće. Dominantni stereotipi o slabijim emocijama muškaraca dovode do toga da oni smatraju da imaju manje ili nikakvo pravo da doživljavaju ili ispoljavaju emocije uzorkovane prekidom trudnoće. Upravo je to jedan od razloga zašto se u ovim situacijama među muškim partnerima nerijetko javlja pojačano korištenje štetnih supstanci poput alkohola ili droga u cilju suočavanja sa doživljenim emocijama, a usljed odsustva adekvatne stručne pomoći i socijalne podrške.

3. Prekid trudnoće percipiran je kao značajan događaj u životu pojedinaca, ali nerijetko i traumatičan te kao takav sa sobom može nositi ometajuće količine stresa i negativne emocije koje negativno utiču na mentalno i fizičko zdravlje pojedinca. Skrb i podrška nakon traume temelje se na razumijevanju, naglašavajući fizičku, psihološku i emocionalnu sigurnost pojedinca u cilju obnove osjećaja kontrole i osnaživanja. Kao najefektivnije intervencije u ublažavanju emocionalne patnje nakon pobačaja pokazali su se individualno savjetovanje i povezivanje sa drugim ženama koje su prošle kroz isto iskustvo, bilo da se radi o grupama za podršku, neformalnom razgovoru ili telefonskim linijama za pružanje pomoći. Pored toga, preporučene intervencije uključuju i primjenu savjetovanja i psihoterapije, a kada je to potrebno i primjenu psihofarmakoterapije.

7. LITERATURA

- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorder (5th ed.). Arlington, VA: Author.
- Ana V. Nikčević; Andrzej R. Kuczmierczyk; Kypros H. Nicolaides (2007). The influence of medical and psychological interventions on women's distress after miscarriage. *Journal of Psychosomatic Research*, 63(3), 283–290.
- Angelo, E.J. (1992). Psychiatric Sequelae of Abortion: The Many Faces of Post-Abortion Grief. *The Linacre Quarterly*, 59(2), 69-80.
- Arambašić, L. (1996). Trauma. U: J. Pregrad (Ur.) *Stres, Trauma, Oporavak* (str. 147-151). Zagreb: Društvo za psihološku pomoć.
- Astbury-Ward, E. (2008). Emotional and psychological impact of abortion: a critique of the literature. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 34(3), 181-184.
- Biggs, M.A., Rowland, B., McCulloch, C.E. & Foster, D.G. (2016). Does abortion increase women's risk for post-traumatic stress? Findings from a prospective longitudinal cohort study. *BMJ Open*, 6(2).
- Bowles, S.V., James, L.C., Solursh, D.S., Yancey, M.K., Epperly, T.D., Folen, R.A. & Masone, M. (2000). Acute and post-traumatic stress disorder after spontaneous abortion. *American Family Physician*, 61(6), 1689-96.
- Broen, A.N., Moum, T., Bødtker, A.S. & Ekeberg, O. (2005). The course of mental health after miscarriage and induced abortion: a longitudinal, five-year follow-up study. *BMC Medicine*, 18 (3).
- Cameron, S. (2010). Induced abortion and psychological sequelae. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 24(5), 657-665.
- Campillo, I., Meaney, S., McNamara, K. & O'Donoghue, K. (2017). Psychological and support interventions to reduce levels of anxiety and depression on women's subsequent pregnancy with a history of miscarriage: an empty systematic review. *BMJ Open*, 7(9).
- Carter, D., Misri, S. & Tomfohr, L. (20017). Psychologic Aspects of Early Pregnancy Loss. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 50(1), 154-165.

- Davidson, J. R. T. (2000). Trauma: The Impact of Post-Traumatic Stress Disorder. *Journal of Psychopharmacology*, 14(2), 5–12.
- Farren, J., Jalmbrant, M., Ameye, L., Joash, K., Mitchell-Jones, N., Tapp, S., Timmerman, D., Bourne, T. (2016). Post-traumatic stress, anxiety and depression following miscarriage and ectopic pregnancy: a prospective cohort study. *BMJ Open*, 6(11).
- Farren, J., Mitchell-Jones, N., Verbakel, J., Timmerman, D., Jalmbrant, M. & Boutne, T. (2018). The psychological impact of early pregnancy loss. *Human Reproduction Update*, 24(6), 731-749.
- Geller, P.A., Kerns, D., Klier, C.M. (2004). Anxiety following miscarriage and the subsequent pregnancy: A review of the literature and future directions. *Journal of Psychosomatic Research*, 56(1), 34-45.
- Herman, J. (1992). *Trauma and Recovery*. New York: Basic Books.
- Lok, I.H., Neugebauer, R. (2007). Psychological morbidity following miscarriage. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 21(2), 229-247.
- Lok, I.H., Yip, A.S., Lee, D.T., Sahota, D., Chung, T.K. (2010). A 1-year longitudinal study of psychological morbidity after miscarriage. *Psychological Factors*, 93(6), 1966-1975.
- Markin, R.D. (2016). What clinicians miss about miscarriages: Clinical errors in the treatment of early term perinatal loss.. *Psychotherapy*, 53(3), 347-353.
- Miller, E.J., Temple-Smith, M.J., Bilardi, J.E., Zweigenthal, V. (2019). There was just no-one there to acknowledge that it happened to me as well: A qualitative study of male partner's experience of miscarriage. *PLOS ONE*, 14(5).
- Murphy FA, Lipp A, Powles DL (2012). Follow-up for Improving Psychological well being for Women after a Miscarriage. *Cochrane Database Syst Rev*. 14;3 (3).
- Nagy, B., Rigo, A. (2019). The Psychosocial Aspects of Induced Abortion: Men in the Focus. *Men an Masculinities*, 1(19).
- Obst, K.L., Due, C., Oxland, M., Middleton, P. (2020). Men't grief following pregnancy loss and neonatal loss: a systematic review and emerging theoretical model. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(11).
- Reider, A.L. (2014). Implications for best practices in post-abortion emotional care: perspectives of clinicians who have provided post-abor vided post-abortion emotional care and

- experienced abortion personally. Neobjavljeni magistarski rad. Northampton: Odsjek za socijalni rad.
- Rue, V.M. (2014). Clinical Dimension of Post-abortion Trauma. *Post-abortion Trauma*. (19-98). Rome: Pontifical Academy for Life.
- Schwerdtfeger, K.L., Shreffler, K.M. (2009). Trauma of Pregnancy Loss and Infertility for Mothers and Involuntarily Childless Women in the Contemporary United States. *Journal of Loss Trauma*, 14(3), 211-227.
- Séjourné, N., Callahan, S., Chabrol, H. (2010). The utility of a psychological intervention for coping with spontaneous abortion. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28(3), 287–296.
- Story Chavez, M., Handley, V., Jones, R.L., Eddy, B., Poll, V. (2019). Men's Experiences of Miscarriage: A Passive Phenomenological Analysis of Online Data. *Journal of Loss and Trauma*, 1(14).
- Subotić, Z. (1996). Tretman traume. U: J. Pregrad (Ur.) *Stres, Trauma, Oporavak* (str. 159-167). Zagreb: Društvo za psihološku pomoć.
- Subotić, Z. (1996). Gubitak i tugovanje. U: J. Pregrad (Ur.) *Stres, Trauma, Oporavak* (str. 169-176). Zagreb: Društvo za psihološku pomoć.
- van der Kolk, B. (2000). Posttraumatic Stress Disorder and the Nature of Trauma. *Dialogues in clinical neuroscience*, 2(1), 7-22.
- Williams, H.M., Topping, A., Coomarasamy, A., Jones, L.L. (2019). Men and Miscarriage: A Systematic Review and Thematic Synthesis. *Qualitative Health Research*, 30(1), 133-145.
- Wilson, J.P. & Moran, T.A. (1998). Psychological Trauma: Posttraumatic Stress Disorder and Spirituality. *Journal of Psychology and Theology*, 26(2), 168-178.