

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD
Ústav porodní asistence



Kateřina Procházková

Vliv interrupce na psychiku ženy

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Šárka Ježorská, Ph.D.

Olomouc 2012

ANOTACE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Název práce: Vliv interrupce na psychiku ženy

Název práce v AJ: The influence of abortion on woman's mental health

Datum zadání: 2012-01-27

Datum odevzdání: 2012-05-02

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav porodní asistence

Autor práce: Procházková Kateřina

Vedoucí práce: Mgr. Šárka Ježorská, Ph.D.

Abstrakt v ČJ: Přehledová bakalářská práce se zabývá vlivem interrupce na psychiku ženy. Jsou zde shrnuty poznatky o psychických faktorech, které souvisí s interrupcí, popsány názory, kdy lidský život vůbec začíná, jaký vliv má interrupce na psychiku ženy a poznatky z historie této problematiky. Dále pak poznatky o výskytu a příznacích postabortivního syndromu, jeho charakteristika, následky a fáze. V závěrečné kapitole jsou popsány možnosti terapeutického ovlivnění a péče o klientku s postabortivním syndromem.

Abstrakt v AJ: This overview thesis deals with the impact of abortion on woman's psyche. It summarizes psychological factors connected with interruption, describes various opinions on the actual beginning of life, the impact of abortion on woman's psyche and findings from history of this field. Furthermore, there are included findings in occurrence and symptoms of postabortive syndrome, its characteristics, consequences and stages. The last chapter describes the possibilities of therapeutical intervention and treating of clients with postabortive syndrome.

Klíčová slova v ČJ: deprese, úzkost, postabortivní syndrom, interrupce, psychika, posttraumatická stresová porucha, příznaky, terapie

Klíčová slova v AJ: depression, anxiety, postabortion syndrome, abortion, psyche, post-traumatic stress disorder, symptome, therapy

Rozsah: 40 stran

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jsem uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 30. dubna 2012

podpis

Děkuji Mgr. Šárce Ježorské, Ph.D., za odborné vedení bakalářské práce a poskytování cenných rad při zpracování bakalářské práce. V neposlední řadě velice děkuji celé své rodině za podporu a pomoc během celého studia.

OBSAH

ÚVOD	7
1 POZNATKY O PSYCHICKÝCH FAKTORECH V SOUVISLOSTI S INTERRUPCÍ	10
1.1 Kdy začíná lidský život?.....	10
1.2 Vliv interrupce na psychiku ženy	12
1.3 Historické poznatky z této problematiky	16
2 POZNATKY O VÝSKYTU A PŘÍZNACÍCH POSTABORTIVNÍHO SYNDROMU	18
2.1 Charakteristika postabortivního syndromu	18
2.2 Příznaky postabortivního syndromu	21
2.3 Následky potratu.....	24
2.4 Fáze postabortivního syndromu	25
2.5 Studie popírající postabortivní syndrom	25
3 POZNATKY O PÉČI O KLIENTKY S POSTABORTIVNÍM SYNDROMEM	30
3.1 Léčba při PTSD, do které se postabortivní syndrom řadí	31
ZÁVĚR.....	34
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	36

ÚVOD

Tématem této bakalářské práce je shrnutí dohledaných existujících informací o psychických faktorech souvisejících s interrupcí, možném postabortivním syndromu a terapii postabortivního syndromu (PAS).

Byl specifikován zkoumaný problém: Jaké existují informace o vlivu interrupce na psychiku ženy, postabortivním syndromu a jeho terapii?

Cíle této bakalářské práce:

1. Předložit poznatky o psychických faktorech souvisejících s interrupcí.
2. Předložit poznatky o výskytu a příznacích PAS.
3. Předložit poznatky o péči o klientky s PAS.

Pro vyhledávání byla zvolena klíčová slova:

deprese, úzkost, postabortivní syndrom, interrupce, psychika, posttraumatická stresová porucha, příznaky, terapie

Vstupní studijní literatura k problematice:

- BAHOUNEK, Jiří et al. *Čtyři pohledy na interrupci*. 1. vyd. Ostrava: Key Publishing, 2007. 105 s., ISBN 978-80-87071-09-0
- FREEDOVÁ, Luci, SALAZAROVÁ, Penny Yvonne. *Čas k uzdravení: naděje a pomoc při překonávání postabortivního syndromu*. 1. vyd. Praha: Paulínky, 2008. 199 s., ISBN 978-80-86949-44-4
- LAMPLMAIROVÁ, Karin a kol. *Dala jsem jí jméno Nadine : k problematice před potratem a po něm*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2005, 96 s.; Název originálu: Ich nannte sie Nadine. ISBN: 80-7192-903-4
- Kolektiv autorů. *Proč pláčeš, Miriam: utrpení žen po umělém potratu: "postabortivní syndrom": svědectví postižených žen a informace lékařů o psychických následcích umělého potratu*. 2. vyd. Jihlava: Hnutí Pro život ČR, 2007. 127 s., [8] s. barev. obr. příl.: il. ISBN: 978-80-239-7524-6

- ALCORN, Randy. *Proč chránit nenarozený život Péče o nenarozené děti a jejich matky*. 1. vyd. Praha: Návrat domů, 2011. 141 s. ISBN 978-80-7255-242-9
- GÓMEZ, L. C., ZAPATA, G. R. *Diagnostic categorization of post-abortion syndrome*. *Actas Esp Psiquiatr*, 2005. Jul-Aug;33(4), s. 267-72. ISSN 1139-9287
- DADLEZ, EM., ANDREWS, WL. *Post-abortion syndrome: creating an affliction*. *Bioethics*, 2010. Nov;24(9), s. 445-52. ISSN 0269-9702

Vyhledávací strategie:

Odborné články k této bakalářské práci byly vyhledávány za časové období 1990 – 2012 a to v časopisech ve vědecké knihovně a v internetových databázích. Byla provedena rešerše ve Vědecké knihovně Olomouc. Vyhledáváno bylo dle klíčových slov: depression, anxiety, postabortion syndrome, abortion, psyche, post-traumatic stress disorder, symptome, therapy.

Vyhledávací databáze:

- PubMed - při zadání kombinací klíčových slov (post-abortion syndrome, depression, anxiety, abortion, psyche, post-traumatic stress disorder, symptome, therapy) bylo vyhledáno 26 odkazů a z toho vhodných 16, které vyhovovaly výše uvedeným kritériím. Všechny dohledané odborné články byly v anglickém jazyce.
- BMČ - po zadání kombinací klíčových slov byl vyhledán jeden článek.
- EBSCO – po zadání kombinací klíčových slov bylo vyhledáno 189 výsledků v textu, 40 výsledků v abstraktech a 17 plných textů.
- Nursing & Allied Health Source - systému ProQuest při zadání klíčových slov se zobrazilo 13 článků vhodných k tématu a po dalším hledání v tomto systému a zadání dalších klíčových slov: ab(aborts) AND ab((trauma OR stress)), se zobrazilo 8 článků, ale kritériím práce odpovídal pouze jeden.
- Integrovaný portál UP – po zadání kombinací klíčových slov nebylo nic nalezeno.

- V další fázi vyhledávání bylo na základě klíčových slov hledáno v online recenzovaných periodikách PROFESE on-line a Kontakt. V těchto periodikách bylo dohledáno 0 odkazů.

Celkem bylo pomocí databází, internetových stránek a vyhledávání ve vědecké knihovně nalezeno v období od září 2011 do března 2012 59 článků dle klíčových slov. Z vyhledaných článků 18 bylo v českém jazyce a 41 článků v anglickém jazyce. Do své bakalářské práce jsem použila celkem 19 anglických recenzovaných výzkumných článků a 20 českých článků. Ostatní nebyly použity, protože neodpovídaly stanoveným cílům. V bakalářské práci jsou použity články v časovém rozmezí od roku 1989 do roku 2011.

Při hledání a zadání klíčového slova postabortivní syndrom byly vyhledány články o motorech, technické problematice a dalších zaměřeních nevztahujících se k této problematice.

Převážně bylo k vyhledávání použito pouze klíčové slovo postabortion syndrome bez bližší specifikace, protože je k této problematice velice málo článků a nebylo vhodné blíže specifikovat.

1 Poznatky o psychických faktorech v souvislosti s interrupcí

1.1 Kdy začíná lidský život?

Důležitý aspekt pro to, jaký vliv má interrupce na psychiku člověka, má jeho názor na to, kdy lidský život vlastně začíná. Podle zastánců svobodné volby Holmese (1990), Zabinové (1990), Dadleze (2010), Andrewse (2010) není jisté, kdy lidský život začíná. Tvrdí, že plod je součástí těla ženy, která má právo o něm rozhodovat.

Alcorn (2011, s. 25-30) zmiňuje názory dalších odborníků, kteří se shodují na tom, že lidský život začíná početím a končí smrtí. K tomuto názoru se hlásí i hnutí Pro-life. Obhájcí interrupce zase tvrdí, že lidský zárodek je kus látky bez života a práv. Nemá rozvinuté chápání, lidské vlastnosti, velikost, tvar, vlastní soběstačnost a myšlení (Grady, 2002, s. 23-25).

Alcorn (2011, s. 35-37) i Grady (2002, s. 26-28) uvádějí, že zárodek, rostoucí metabolický organismus, má všechno, co potřebuje k vývoji lidské bytosti, tedy že život začíná při početí. Má svůj vlastní genetický kód, naprosto odlišný od matčina, často jinou krevní skupinu a z padesáti procent může mít i opačné pohlaví. Jak je možné, že dítě může zemřít a matka žít a naopak? Je to opět důkaz toho, že se jedná o dva různé jedince. A stejně tak může být dítě operováno v matčině těle a je označováno jako pacient.

Častým argumentem je, že pokud nebudou interrupce schváleny, budou prováděny nekvalifikovaným personálem a ve špatném prostředí. Avšak žádná interrupce po prvních týdnech těhotenství není bezpečná a bez možných komplikací i v nemocničním prostředí. A říct, že se má něco uzákonit, protože by se to stejně provádělo? Tak co potom uzákonit krádeže, vraždy atd.? Je zde spousta dalších otázek, jako například etika lékařů, Hippokratova přísaha a finanční stránka u této problematiky (John L. Grady, 2002, s. 22-23).

Weberová (2002, s. 33-34) uvádí, že většina interrupcí se provádí u zdravých žen se zdravým dítětem. V České republice bylo v roce 2002 vykonáno celkem 28 850 umělých potratů, z toho miniinterrupcí 23 322 a jiných legálních interrupcí 5 528.

Podle výzkumu jen u českých žen převažují sociální důvody (57%) nad zdravotními (43%).

Ve výskytu interrupcí z nemedicínských indikací patříme ke světovým velmocím. Tento hrozivý ukazatel dokládá žalostnou úroveň naší sexuální výchovy. Náš člověk obecně a mladé ženy zvláště mají znepokojivou úroveň sebeúcty a zodpovědnosti za svůj zdravotní stav, což přesvědčivě dokazuje vysoká incidence interrupcí. Nezdravý způsob života a bezohlednost obyvatelstva k sobě samotnému se neomezuje jen na kouření, abúzus alkoholu a přejídání se (Zvěřina, 1991, s. 175).

Lukáčová, Šimko a Dovala (1991, s. 456-457) se ve svém výzkumném článku zabývají psychickými aspekty u žen žádajících interrupci. Popisují zde závažnost interrupcí, její sociální a politický aspekt, ale hlavně to, že se interrupce dotýká vždy konkrétní ženy, a má tedy i svůj aspekt psychický. Interrupce má negativní důsledky na emoční prožívání. V této práci se autoři pokusili analyzovat faktory, které ovlivňují rozhodnutí pro interrupci a její prožívání. Věnují se otázkám, které ženy se pro interrupci rozhodují, co je k ní vede, do jaké sociální skupiny patří, jak prožívají situaci těsně před samotným zákrokem po psychické stránce. Výzkum probíhal u 53 hospitalizovaných žen na II. ženské klinice, které tam podstoupily interrupci v období od listopadu do prosince 1990. Nejmladší ženě bylo 21 a nejstarší 41 let. Průměrný věk patientek byl 29,5 let. Použit byl strukturovaný rozhovor zaměřený na měření úzkosti a úzkostlivosti sestavený autory 2-4 hodiny před zákrokem ve standardizovaných psychodiagnostických podmínkách. Indukovanou interrupci ze zdravotních důvodů mělo 15% patientek, 52,8% žen udávalo jako hlavní důvod počet vlastních dětí. Dalším důvodem byl partnerský konflikt, a to ve 13,2%, nezaměstnanost v 5,6 %. Věk nad 40 let udávalo 7,5% žen a 9,4% šlo k zákroku z jiných důvodů. Zajímavostí je, že 90,5% žen nepočítalo s tím, že by mohly otěhotnět, i když nepoužívaly antikoncepci. Výsledky této práce poukazují na nedostatečné zdravotní a sexuální povědomí, což se projevuje v lehkovážném přístupu v rozhodnutí pro interrupci a ve snížené motivaci k používání antikoncepce. Překvapivé jsou tyto výsledky již proto, že se nejedná o mladá svobodná děvčata, jak se traduje ve společnosti, ale o vdané ženy středního věku s dobrou vzdělanostní strukturou. Na základě těchto výsledků je důležité změnit

způsoby informovanosti, preventivního působení a osvěty (Lukáčová, Šimko, Dovala, 1991, s. 456-457).

1.2 Vliv interrupce na psychiku ženy

Haškovcová (2001, s. 201) ve článku „Etická problematika interrupcí“ zmiňuje stanovisko Mezinárodní federace plánovaného rodičovství, které bylo v roce 1999 zveřejněno na jejím sjezdu v Paříži. Mluví se zde o tom, že ukončení těhotenství je pro ženy traumatizující zkušenost. Další z problematik, které se věnuje, je možnost gynekologa odmítnout provést interrupci, pokud má proti ní námitky a výkon hodnotí jako nepřijatelný z morálních důvodů. Z těchto důvodů byl ve většině zemí zaveden institut o odmítnutí z důvodů svědomí.

Umělé přerušení interrupce má negativní následky, a to hlavně psychické. Může být spouštěčem duševní poruchy u predisponované osobnosti. Po přechodné euforii mohou někdy následovat pocity viny, deprese, frustrace, sekundární frigidita, sekundární anorgasmie, hostilní reakce a anxieta. Frekvence těchto projevů je značně variabilní, vyskytují se obvykle jen sporadicky a po určité době odezní. U některých žen však pocit viny přetrvává po celý život (Bahounek et. al., 2007, s. 55.).

Stará (2008, s. 9.) v závěru svého článku týkajícího se interrupce z pohledu práva tvrdí, že potrat nemusí být pro těhotnou ženu nejlepší volba a že každý takový zákrok ženu poznamená psychicky a někdy i fyzicky.

Studie Broena, Mouma, Bødtkera a Ekeberga (2005) z univerzity v Oslu pojednává o životních událostech, jako je spontánní potrat a interrupce, které mohou způsobit duševní trápení. Cílem této studie bylo zjistit, jestli existují rozdíly ve schématech normalizace výsledku hodnotící duševní zdraví po těchto dvou událostech ukončujících těhotenství. Výzkum se prováděl v hlavní nemocnici Buskerud Country v Norsku a dotázaných bylo 40 žen po spontánním potratu a 80 žen, které podstoupily interrupci. Ženy vyplňovaly dotazníky po 10 dnech, 6 měsících, po 2 a 5 letech od ukončení těhotenství. Výsledky byly statisticky vyhodnoceny a týkaly se míry dopadu události, míry úzkosti a deprese při hospitalizaci, kvality života a pocitů

pacientek týkajících se ukončení těhotenství. Výsledky studie ukázaly, že ženy, které zažily spontánní potrat, prožívají více duševního trápení po 10 dnech a 6 měsících od ukončení těhotenství na rozdíl od žen, které podstoupily interrupci. Ženy po spontánním potratu se po stránce ztráty, zármutku a hněvu během doby vyšetřování rychleji zlepšují v míře dopadu události. Naopak ženy, které podstoupily interrupci, měly horší následky v míře dopadu události a pocitu viny, hanby a úlevy ve 2 a 5 letech od ukončení těhotenství. Ženy, které podstoupily interrupci, měly ve srovnání s obecnou populací významně horší výsledky ve všech čtyřech pohovorech týkajících se úzkosti. Ženy po spontánním potratu měly tyto výsledky významně horší jen v 10 dnech po potratu. Rozdílný vývoj odpovědí může mít na svědomí odlišnost povah těchto dvou událostí ukončujících těhotenství (Broen, Moum, Bødtker a Ekeberg, 2005).

Šťastná (1991, s. 455-456) popisuje vliv interrupce na psychický stav ženy při následném těhotenství. Otázka psychického stavu těhotných žen po miniinterrupci se vynořila v její klinické praxi. Výzkum se prováděl u 27 žen v průměrném věku 28,4 let. Z toho 2 ženy měly základní vzdělání, 7 žen středoškolské a 18 žen vysokoškolské. 21 žen mělo jedno dítě ve věku 3-7 let, 6 žen mělo dvě děti ve věku 7-12 let. Všechny podstoupily miniinterrupci, většinou kvůli socioekonomickým problémům, a to do 22 měsíců od předcházejícího porodu. Před zákrokem se neprovedlo psychologické vyšetření a interrupce se provedla bez jakýchkoli komplikací. V období 3-7 let od tohoto zákroku se všechny tyto ženy snažily otěhotnět a pravidelně u nich probíhaly lékařské kontroly. Ženy popisovaly subjektivně svůj stav jako prožívání emocionálně nepříjemných zážitků a pocitů. V zaměstnání si stěžovaly na neschopnost se soustředit a vykonávat svoji práci. Po vyšetření, včetně ultrazvukového, byly po somatické stránce v pořádku a podle lékařů, kteří je měli na starost, měla na jejich stavu podíl psychická stránka osobnosti. Za použití psychologických metod, jako je individuální rozhovor zaměřený na osobní anamnézu a průvodní těžkosti těhotenství, se psychologické vyšetření zaměřilo na celkový psychický stav těchto žen. Výsledky testů ukázaly zvýšený stupeň neuroticizmu, úzkosti, deprese, pocitů viny a úzkostlivosti. U 20 žen se projevovalo sebeobviňování a značné obavy o průběh těhotenství a vývoj plodu.

V závěru této studie se uvádí, že psychické změny, které vznikají jako následek interrupce, se nemusí projevit hned po ní (Šťastná, 1991, s. 455-456).

Majerčáková a Filický (1992, s. 292-294) se věnovali osobnostním změnám u žen po umělém přerušení těhotenství (UPT). V roce 1992 zjistili, že na Slovensku připadá na každou dospělou ženu průměrně jedna a půl interrupce, a to znamená, že žena, která alespoň jednou na UPT nebyla, je výjimkou. Ve své práci popisují, že jde o závažný zásah do ženského organismu a že interrupce je psychotraumatickým zážitkem, který porušuje psychickou rovnováhu. U některých může dokonce vést až k porušenému neuropsychickému stavu. Popisují, že je některými studiemi zjištěno snížení orgastických pocitů a snížení sexuální apetence. A jiné studie dokazují, že pokud je interrupce volně dostupná a zrealizovaná v raném stádiu těhotenství, nevznikají psychosomatické poruchy. V tomto tvrzení odkazují na knihu z roku 1982 s názvem *Interruptio graviditatis* (Havránek, 1982, s. 87).

Majerčáková a Filický (1992, s. 292-294) si dali za cíl sledovat změny některých významných vlastností osobnosti 2 roky po interrupci. Vyšetřili 41 žen na základě náhodného výběru a jejich průměrný věk byl 33,2 let. Šest žen mělo vysokoškolské vzdělání, 33 středoškolské a dvě ženy měly základní vzdělání. Všechny byly vdané, kromě dvou, které se během těchto dvou let rozvedly a v průměru dvakrát před interrupcí rodily. Vědomosti o formách antikoncepce měly velmi slabé. Z vyšetřených žen 30 uvedlo, že antikoncepci nepoužívaly, čtyři užívaly krátkodobě hormonální antikoncepci a šest mělo zavedené nitroděložní tělísko, z toho tři kvůli komplikacím jen na velmi krátkou dobu. V úvodu samotného psychologického vyšetření byl rozhovor zaměřený na objasnění účelu vyšetření pomocí psychologických testů a sledování. Ptali se na možnosti při rozhodování se pro interrupci. Diagnostice osobnosti předcházela podrobná anamnéza pomocí mnohorozměrného testu osobnosti – Freiburského osobnostního dotazníku. Test umožňuje diagnostikovat 12 osobnostních dimenzí u lidí z klinické i neklinické praxe, těmito dimenzemi jsou: 1. Nervozita, 2. Spontánní agresivita, 3. Depresivita, 4. Vzrušivost, 5. Družnost, 6. Mírnost a klid, 7. Reaktivní agresivita a snaha po dominantnosti, 8. Zdrženlivost, 9. Otevřenost, F – extrovertnost - introvertnost, N – emoční stabilita - labilita, M – maskulinita - feminita. Otázky se týkají pocitů

ženy, jejího konání, postojů, zvyků apod. Ženy byly upozorněny, aby se při odpovědích zaměřily na období po interrupci. Vyšetření jedné ženy trvalo přibližně hodinu. Na závěr tohoto vyšetření byl aplikován test N5, který poskytuje informace o výskytu a intenzitě neurotických příznaků. Vyhodnocením N5 dotazníku bylo zjištěno, že hrubé skóre svědčí u 55 % pro výrazně vyšší výskyt neurotických příznaků. Hodnoty „váženého“ skóre u téměř 49 % vyšetřených žen vykazují silnou až velmi silnou intenzitu neurotických příznaků. Normální hodnoty v hrubém skóre mělo jen 28 % vyšetřovaných žen a ve „váženém“ skóre 23 % žen. Výsledky ve Freiburském osobnostním dotazníku vykazovaly významně zvýšené průměrné hodnoty vyšetřovaných žen v těchto dimenzích: 1. Nervozita (psychosomatická narušenost) – ženy vykazovaly psychosomatické všeobecné poruchy (neklid, přecitlivělost, poruchy spánku, lehkou unavitelnost) a tělesné obtíže z různých funkčních oblastí. 2. Vzrušivost, lehká frustrace – ženy uváděly dráždivost, napětí, častější aktivní konání a nízkou frustrační toleranci už při běžných problémech. 7. Reaktivní agresivita a snaha po dominantnosti – ženy prokázaly nedůvěru k jiným, podezřívavost, sklony být autoritativní a předsazování vlastních zájmů. Z doplňkových škál se projevila emoční labilita lehkou zranitelností, častou rozladěností, náladovou labilitou, depresivním rozladěním, smutkem, hloubavostí, poruchami při kontaktu a sníženou koncentrací pozornosti. Z tohoto výzkumu vyplývá, už vzhledem ke zjištění změn v dimenzích osobnosti s dvouletým časovým odstupem, že by se měla věnovat pozornost psychickému stavu žen před i po interrupci. V běžné literatuře se uvádí problémy, jako jsou výčitky svědomí a pocity hříchu, avšak podle tohoto výzkumu nese interrupce závažnější psychické těžkosti, které mají vážnější a dlouhodobější charakter. Nejčastějšími uváděnými příčinami velkého počtu interrupcí u nás jsou nezodpovědnost, lehká dostupnost interrupcí, nedostatečná vzdělanost a osvěta. K prevenci formou osvěty by určitě přispěla znalost příčin zvýšené emoční lability, poruch spánku, depresí, unavitelnosti a přecitlivělosti, které mohou být zapříčiněny interrupcí (Majerčáková, Filický 1992, s. 292-294).

1.3 Historické poznatky z této problematiky

Psychosexuálními problémy v souvislosti s interrupcí se autoři zabývali již v roce 1969. Kohoutek (1974, s. 206-207) v tomto roce provedl studii v sexuologické poradně při gynekologické klinice v Hradci Králové. Vyšetřeno bylo 60 žen po interrupci a u 5 % byly zjištěny vážnější sexuální poruchy. Projevil se anesteticko-frigidní syndrom u žen s původně kladným přístupem k sexu a s orgasmem. U těchto žen se 3-6 měsíců po přerušení těhotenství zhoršil neuropsychický stav, zvláště při hodnocení neurotických obtíží s psychickou symptomatickou, a nedosahovaly orgasmu. Po tomto zjištění bylo zapotřebí se této problematice dále věnovat a zjistit, zda se tyto poruchy vyskytují i nadále, jestli zmíněné poruchy mají trvalý charakter, a je tedy nutné považovat je za možný trvalý následek interrupce. Po vyšetření dalších žen po dobu dalšího roku se neprokázaly trvalé změny v sexuálním životě, které by souvisely pouze s interrupcí. S jinými možnými následky v souvislosti s umělým přerušením těhotenství se však i nadále počítat musí.

Fukalová (1974, s. 204-206) popisuje, že hodnocení psychických následků interrupce je nejednotné. Podle některých autorů (Niswander in Fukalová, 1974, s. 204) nastane pocit úlevy až euforie a podle jiných (Beck in Fukalová, 1974, s. 204) pocity viny a depresivní reakce po 3-6 měsících od zákroku. Někdy dokonce i po 20-30 letech v klimakteriu. Variabilní je také frekvence psychopatologických symptomů, kdy např. Beck je našel u 50 % a Ekblad (In Fukalová, 1974, s. 204) jen u 1 % sledovaných žen.

Dovala et. al. (1983, s. 604-605) zkoumali, jestli je nějaká souvislost mezi sexuální aktivitou žen a akceptací potratu. Vyšetřili 108 žen v průměrném věku 25 let. Ženy byly v I. trimestru těhotenství a čekaly na rozhodnutí zdravotní komise, zda jim povolí interrupci. Pacientky byly vyšetřeny souborem psychologických testů na určení intelektu, základních dimenzí osobnosti, faktorů emocí a sexuální aktivity. Soubor těchto žen byl rozdělen na dvě skupiny, a to na skupinu aktivnější a méně aktivní. Do skupiny sexuálně aktivnějších byly zařazeny mladší pacientky. Rozdíly u těchto dvou skupin v průměrném věku se staly statisticky významnými. Ženy v obou skupinách měly stejné zkušenosti s těhotenstvím, všechny byly průměrně

dvakrát těhotné. Zjištěno bylo, že skupina s méně aktivními ženami měla zvýšené hodnoty neuroticizmu a sexuálních zkušeností. A skupina mladších žen se vyznačovala symptomy radosti a rozkoše, výraznými sociálními city a celkovým úsilím projevovat se v sociálně dobrém světle. Z negativních symptomů se projevovала úzkost. Rozdíly ve faktorech neuroticizmu, v sexuální aktivitě a rozdílná emocionální přizpůsobivost dovedly zkoumající k hypotéze, že jsou dva rozdílné mechanismy akceptace interrupce. Jelikož skupina mladších žen má lépe nasyceny sociální potřeby a erotické vztahy, přijímá potrat ve snaze zachovat dosavadní sexuální aktivitu, zatímco skupina žen starších usiluje o akceptaci potratu ve snaze udržet citový vztah k partnerovi (Dovala et. al., 1983, s. 604-605).

2 Poznatky o výskytu a příznacích postabortivního syndromu

2.1 Charakteristika postabortivního syndromu

Freedová a Salazarová (2008, s. 15-17) definují „postabortivní syndrom“ jako specifickou formu širší diagnózy známé jako „posttraumatická stresová porucha“ (PTSP). Touto poruchou trpí lidé, kteří prožili nějakou traumatizující událost ve svém životě (váleční veteráni; lidé, kteří přežili letecké neštěstí, zemětřesení atp.). Postabortivní syndrom se může projevit u některých žen, které podstoupily interrupci, stresovou reakcí. Nastoupit a projevit se tato reakce může kdykoli od okamžiku zákroku až po uplynutí několika let. Žena není schopná se vyrovnat se svojí ztrátou a dosáhnout vnitřního pokoje. Navíc tyto ženy nejsou schopny podobně jako u PTSP vyjadřovat své pocity, které mají souvislost s jejich těhotenstvím a potratem. Pokud žena nevyjádří své pocity a nevyrovná se se svojí ztrátou, tak se PAS prohlubuje.

Hnutí pro život (2007, s. 9) popisuje PAS jako soubor psychických příznaků nastupujících u žen jako důsledek prožité interrupce. Postiženy tímto syndromem nemusejí být jen ženy, které interrupci podstoupily, ale i muži, zúčastnění lékaři, lékařky a ošetrovatelský personál. Potlačení pocitu z prožitého stresu je důvodem příznaků tohoto onemocnění. Tyto příznaky se u některých žen projevují po delší době od provedení interrupce a jsou považovány za jeho následky. PAS se týká žen všech zaměření, které nemohou najít východisko z vnitřního utrpení a hledají pomoc. Dle zkušeností odborníků není schopna řešit problém viny u žen čistá psychoterapie, ale je nutné ji spojit s duchovní péčí. Potrat je zásah do přirozených procesů ženského organismu a psychické nebo psychosomatické následky mohou nastat podle osobní zkušenosti té které ženy. Mnozí lékaři a poradkyně však nemohou uvěřit, že může být potrat pro ženu významný a PAS neuznávají.

Nejběžnějším operativním zákrokem ve spojených státech je potrat na žádost pacientky a stává se čím dál více předmětem morální, právní, lékařské a psychologické polemiky. Tento článek vyhodnocuje literaturu, která souvisí s potratem, definuje a popisuje postabortivní syndrom (PAS) jako typ

posttraumatické stresové poruchy (PTSP). Předpokladem jsou čtyři komponenty: a) vystavení nebo zúčastnění se na interrupci, která je vnímána jako traumatické a záměrné ukončení života nenarozeného dítěte; b) neovladatelné negativní znovuprožívání potratu; c) neúspěšné pokusy o vyhnutí se nebo popření bolestných vzpomínek na potrat, které vedou ke snížené vnímavosti; d) zažívání přidružených symptomů, které nebyly přítomny před potratem, a syndrom viny přeživšího. Představeny jsou klinické důkazy, základní rysy PASu a projednány jsou námitky k platnosti této diagnostické kategorie (Speckhard, Rue, 1992).

Andrusko (1989, s. 9-21) se ve svém článku zabývá etikou interrupce. Z předpovědi Pro-life vyplývá, že by interrupce mohla být předzvěstí daleko širšího spektra násilností vůči bezmocným lidem. Od roku 1973 nebyly nenarozené děti zahrnuty do našich obvyklých představ o mravních zásadách a od počátku byly obětí volby. Nejdůležitější z hlediska interrupcí bylo výslovné odmítnutí principu Všeobecné deklarace lidských práv, kde se prohlašuje nezcizitelnost našeho práva na život. Interrupce nás učí, že život některých je možné odejmout a nabízí se otázka: Proč ne i životy těch ostatních? Hnutí Pro-life je klasickým reformním hnutím s hluboce zakořeněnou fanatickou vírou ve vlastní hodnotu a rovnost lidstva. Nejzákladnější hodnotou západních zemí je, že všichni lidé mají podle zákona právo na právní ochranu. Dva odlišné přístupy k problematice osobnosti ztělesňují hnutí pro a proti interrupcím. Zatímco odpůrci interrupcí mají komplexní přístup a nahlíží na všechny členy lidského druhu jako na osoby, obhájcí interrupcí mají přístup podle principu výlučnosti, který se zakládá na tom, že osobnost musí být zasloužena. Logickým rozšířením posledně jmenovaného přístupu je odeprít právo na život těm, jejichž potenciál ještě není rozvinut (plod), novorozencům, kteří mají v důsledku genetických vad omezené vyhlídky na vývoj, a těm, kteří už nemají aktivní funkce (např. jsou v komatu). Popisuje úzkou souvislost mezi interrupcí, zabíjením novorozeňat a eutanazií za předpokladu, že jde o skupiny lidí, jejichž život není hoden, aby se žil. Důraz na úsporná opatření v lékařské péči v USA také přispěl k znehodnocení lidského života. Pokud nejvyšší soud neodvolá své rozhodnutí z roku 1976 o interrupcích, může hnutí proti životu očekávat rozšíření praktik, jako je získávání tkání plodu pro transplantace, farmakologické interrupce a selektivní interrupce u vícečetných těhotenství. Velkým problémem pro zastánce interrupcí je

nedávné potvrzení tzv. postabortivního syndromu, při kterém má interrupce dlouhodobé následky na emoce i 10 let po zákroku (Andrusko, 1989, s. 9-21).

Zastánkyně protipotratového přístupu Dana Codyová (In Jokinen, 2006) se této problematice začala věnovat poté, co její přítelkyně potrat podstoupily a nikdy se z něj emocionálně nezotavily. Ženy pak možná fungují ze dne na den, ale je zde postabortivní syndrom, který, pokud se neléčí, pronásleduje ženy celý život.

Lemkau (1991, s. 92-102) popisuje, jak se s postabortivní zkušeností vyrovnávají ženy zdravotnických profesí v rámci vzdělávacího programu. Dotázáno bylo 63 studentek zdravotnických profesí a předmětem zájmu byly jejich zkušenosti, pocity a názory při interrupci a po ní. Zkoumány byly nezávislé proměnné u krátkodobých i dlouhodobých změn, víra v rozumné rozhodnutí a právo volby, dále pak vliv času a naléhavost interrupce na emocionální reakce a subjektivní postoj. Uváděny byly většinou krátkodobé a mírné přechodné negativní dopady s neškodným déle trvajícím vlivem. Důsledky těchto zjištění jsou diskutovány. Ve středozápadní části USA byl 554 ženám poslán dotazník v rámci vzdělávacích programů pro profese psychologů, sester nebo lékařů pro posouzení existence postabortivního syndromu. Z 338 došlých odpovědí, což činí 61 %, uvedlo 63 žen, že v minulosti podstoupily interrupci a poskytly podrobné informace o svém vnitřním prožívání po zákroku. Průměrný věk v době interrupce byl 21,3 let, zatímco průměrný věk respondentek v době průzkumu byl 30 let. 72 % žen uvedlo, že před těhotenstvím, které bylo ukončeno, neužívaly žádnou antikoncepci nebo ji užívaly nepravidelně. Hlavním důvodem k volbě interrupce bylo ve 22 % přílišné mládí nebo nepřipravenost k výchově dětí, v 19 % křížení se vzdělávacími a karierními cíly a ve 14 % finanční problémy při výchově dítěte. 75 % žen nepodstoupilo před interrupcí žádné poradenství a 16 % podstoupilo následně po interrupci terapii, kde se řešily problémy související s interrupcí. 86 % žen stále věřilo, že rozhodnutí pro interrupci bylo správné. Emocionální následky interrupce, o kterých vypovídají tyto ženy ze zdravotnických profesí, odpovídají i výsledkům jiných studií, kde se také dozvídáme o mírném rozrušení, vině, depresi a úzkosti. Po třech měsících od interrupce pak podle této studie přichází úleva a stav pacientky se stabilizuje. Neočekávaným zjištěním bylo, že proces dlouhodobého vyrovnání se se stavem po interrupci byl

mnohem příznivější u žen, které podstoupily interrupci bez uvědomění svého sexuálního partnera, nebo u těch, jejichž partneři byli proti zákroku. Závěr této studie je, že ženy, které se odvolávaly na tlak okolí ve smyslu přerušení těhotenství, zažívaly více krátkodobých příznaků a v době průzkumu cítily méně opory z hlediska práva na interrupci než ženy, které pod tlakem nebyly (Lemkau, 1991, s. 92-102).

2.2 Příznaky postabortivního syndromu

Zde je uveden seznam možných příznaků PAS, který pochází z výzkumu prováděného na ženách, které podstoupily interrupci. Každá žena nemusí prožívat všechny příznaky. Některé trpěly mnoha z těchto příznaků a některé jen několika. Někdy příznaky nastoupí ihned a někdy po mnoha letech (Freedová, Salazarová, 2008, s. 19-20; kol. autorů, 2007, s. 38-39).

- Nadměrné užívání léků, alkoholu a drog (obvykle aby žena utlumila bolestné emoce nebo unikla z reality)
- Zlost (konkrétně zaměřená na lidi nějak spojenými s touto událostí nebo zevšeobecněná)
- Úzkost (nespecifická nebo formou záchvatů paniky); deprese
- Krátké psychotické příhody (ztráta kontaktu s realitou trvající několik dnů)
- Potlačení, popření (odsunutí negativních emocí)
- Negativní vnímání sebe sama (vlastních hodnot a obrazu, který si o sobě člověk vytváří)
- Narušení vztahů (vzrůstající neschopnost být ve společenských nebo osobních vztazích s rodinou a přáteli)
- Vyhybavé chování (vyhýbání se osobám nebo situacím – těhotným, známým, vaginálnímu vyšetření)
- Pocit bezmoci a bezradnosti, dlouhotrvající pocity ztráty a prázdnoty

- Konkrétní nebo neurčitý zármutek
- Pocity viny, nemravnosti a ztracení
- Izolace (pobývání o samotě více než obvykle)
- Poruchy spánku, děsivé sny, záblesky minulosti
- Poruchy příjmu potravy; psychická otupělost, otupělost citů
- Lítost; výčitky svědomí
- Sebevražedné myšlenky nebo činy
- Upřené pozorování malých dětí a těhotných žen
- Neschopnost vytvořit pouta k vlastním dětem
- Ženy se snaží znovu rychle otěhotnět, a tak „napravit“ zážitek z potratu
- Neschopnost se soustředit; náhlý nekontrolovatelný pláč
- Emocionální nepřiměřené reakce na zvuk vysavače, při pohledu na kojence
- Znovuprožívání potratu – dotěrné vzpomínky, agresivita vůči otci dítěte, potratářům, všem mužům a vůči sobě samé
- Sebeospravedlňování stavěním se buď pro, nebo proti potratům, snaha přimět jiné ženy k potratu, nebo je před ním varovat
- Psychosexuální poruchy, frigidita, poruchy v mezilidských vztazích a časté střídání partnerů, neschopnost být v sexu aktivní, předstírání v sexu
- Strach, že trest přijde v podobě zranění ostatních dětí; strach z neplodnosti
- Výroční syndrom – nárůst symptomů kolem data výročí potratu nebo očekávaného data porodu (Freedová, Salazarová, 2008, s. 19-20; kol. autorů, 2007, s. 38-39).

Spouštěčem PAS mohou být lidé nebo situace, které připomenou událost potratu. Může tím být novinový článek na toto téma, výročí početí dítěte, datum potratu nebo datum, kdy by se dítě bylo narodilo. Dále to mohou být lidé nebo věci, které připomínají těhotenství, miminka, malé děti, nějaké jiné ztráty v životě. Může to být

náhlé spuštění myšlenek a pocitů, o kterých byla žena přesvědčena, že už jsou dávno za ní a vyřešeny. (Freedová, Salazarová, 2008, s. 19-20; kol. autorů, 2007, s. 38-39)

Gómez a Zapata (2005, s. 367-372) ve svém výzkumu Diagnostická kategorizace postabortivního syndromu píší, že některé psychopatologické charakteristiky jsou pozorovány u žen, které těhotenství přerušily dobrovolně. V dnešní době však přetrvává určitý odpor k uznání postabortivního syndromu jako diferencované nozologické kategorie. Proto se snažili vytvořit diagnostickou kategorii ženám s PAS tak, že stanovili rozsah, ve kterém byla splněna diagnostická kritéria podle mezinárodních klasifikací. U deseti zkoumaných případů PAS byla splněna kritéria pro posttraumatickou stresovou poruchu (PTSD). U pacientů se kromě těchto příznaků PTSD objevovaly také další nespecifické příznaky, a to intenzivní pocity viny a „potřeba nápravy“, opakované a neodbytné sny a noční můry týkající se potratu. PAS by proto měl být považován za další typ PTSD. Má také některé své specifické vlastnosti, na základě kterých by mohla být pochopena pacientova životní zkušenost a vytvořena psychoterapeutická intervence.

Herrero (2009, s. 393-403) se ve svém článku zabývá duševními poruchami, které se objevují po potratu. Stanovuje klinické formy, u kterých se poruchy objevují, a vyjadřuje se pro vytvoření „postabortivního syndromu“, který zahrnuje základní příznaky psychopatologických reakcí po potratu.

Jak již bylo zmíněno, PAS se řadí mezi PTSD, která se vyznačuje přetrváváním určitých symptomů nebo jejich kombinací v různém stupni závažnosti. Mezi tyto symptomy zahrnuje Khouzam a Donnely (2002, s. 60-61) vyhýbavé chování a emoční oploštělost projevující se oslabením afektů, odtahováním se od druhých, poklesem motivace, ztrátou zájmů a stálou snahou vyhnout se jakékoli aktivitě, osobám, místu a okolnostem, které připomínají traumatickou událost. Dále pak se projevuje znovuprožíváním traumatické události formou vnucujících se myšlenek, nočních můr a představ, které ve vzpomínkách opakují traumatickou událost, a zvýšenou úrovní celkového nabuzení projevující se většinou prudkými či přehnanými reakcemi, podrážděností, nervozitou, špatnou koncentrací a nespavostí.

Práce Cain (1995) se zabývá zkoumáním charakteristiky žen, které navštěvují postabortivní poradenství, a chce tak podpořit teorii o postabortivním syndromu jako formě posttraumatické stresové poruchy. Věnovala se posuzování psychologických a sociálních znaků a strategiím, které ženy používaly pro vyrovnání se s prodělaným potratem. Dvacet pacientek, které navštěvovaly postabortivní poradenství, vyplnilo připravený dotazník týkající se dopadu potratu, životních stresorů, schopností řešit problémy, podpory ve společnosti a vyhýbání se některým záležitostem. Výsledky ukázaly nedostačující poradenství před potratem. K neovladatelnému negativnímu znovuprožívání potratu může docházet až po více než dvaceti letech od zákroku. Mezi časté projevy patří vyhýbání se a ochromené reakce. Životní stresory mohou přispět k emocionální úzkosti vztahující se k potratu. Doporučeno bylo posílit poradenské služby před potratem i po něm a poučit společnost ohledně možných dlouhodobých emocionálních následků (Cain, 1995).

2.3 Následky potratu

Simonová (In kol. autorů, 2007, s. 97-100) píše, že psychické následky po potratu jsou mnohem závažnější než somatické, což jí potvrdilo asi 80% dotázaných žen. Prognóza úspěšné terapie u psychických následků je podstatně horší. Po potratu se často vyskytují psychické následky jako pocity lítosti a viny, výčitky svědomí, kolísání nálad a deprese, nemotivovaný pláč, stavy strachu a úzkostné sny. Mezi funkční poruchy, které se mohou vyskytnout, patří poruchy srdečního rytmu, kolísání krevního tlaku, migrény, křeče v podbřišku, žaludeční a střevní potíže, předčasně nastupující porodní bolesti při dalším těhotenství, poruchy spánku atd.

Koop (1989, s. 42-44) byl požádán o vypracování komplexní zprávy o zdravotních důsledcích interrupce. Autor se při přípravě na tento úkol setkal s 27 skupinami filozofických, sociálních, zdravotních a jiných profesních zájmů v otázce interrupce. Dále se dotazoval žen, které interrupci podstoupily, a zhodnotil více než 250 studií z literatury, které se týkaly psychologických následků interrupce. Vynaložil velké úsilí, aby odstranil zkreslení, která toto kontroverzní téma obklopují. Nedospěl však k jakýmkoli závěrům o zdravotních následcích interrupce. Studie,

kteře sledují psychické následky interrupce, vykazují nízký výskyt nežádoucích účinků na duševní zdraví. Důkazy jsou obvykle složeny z případových studií a několika zpráv, které se nedají s ničím porovnat a ve kterých jsou obsaženy závažné metodické nedostatky (Koop, 1989, s. 42-44).

2.4 Fáze postabortivního syndromu

Lorente (2009, s. 393-403) zkoumá možný vztah mezi psychopatologií a potratem. Nejprve se zabývá aktualizací epidemiologických dat výskytu potratů, a to především v současné španělské společnosti. Věnuje se třem oblastem, které se vzájemně propojují a nabízejí ke studiu možných vztahů mezi potratem a psychopatologií. Tuto svoji práci zakončuje studií o postabortivním syndromu a zabývá se v ní psychopatologickými charakteristikami, kterými se odlišují jednotlivé fáze tohoto syndromu.

Rankin (1989, s. 45-47) je autorka článku, která sama na sobě prožila postabortivní syndrom. V tomto článku je výňatek z projevu, který pronesla před zasedáním National Organization of Episcopalians for Life (NOEL) na Floridě. Popisuje zde projevy a různé fáze postabortivního syndromu, kterými jsou: fáze popření, fáze potlačení, pocit viny, pocit úzkosti a deprese. Dále zde popisuje proces léčení a vyléčení a představuje model pro Sdružení podporující ženy po interrupci.

2.5 Studie popírající postabortivní syndrom

Ve Spojených státech uvádějí proti-interrupční skupiny existenci postabortivního syndromu, který se projevuje pocitem ztráty, prázdnoty a smutku, stejně jak je uváděno u lidí po traumatu. Článek Turella, Armswortha a Gaa (1990, s. 49-68) pojednává o tom, že výzkum dlouhodobých dopadů interrupce je poznamenán metodologickými chybami, že většina studií nenalezla negativní psychické následky a naopak se objevily pocity úlevy a příležitosti k osobnímu růstu. Ale přes to všechno se objevuje malá skupina žen, které pociťují emocionální tíseň

po interrupci. Je důležité zabývat se demografickými, sociálními a psychologickými faktory, které vystavují ženu riziku takové reakce. Z hlediska demografických faktorů, které hrály roli u žen trpících po interrupci depresí, jsou důležité tyto vlastnosti - nízký věk (adolescence), malý počet předchozích těhotenství nebo nuliparita, zákrok ve druhém trimestru a katolicismus. Ze sociálních faktorů zde hraje roli nedostatek podpory od důležitých osob v okolí (rodiče, partner). Tyto faktory bývají ve studiích spojovány s emočním stresem po interrupci. Ženy, které mají ambivalentní postoj ke svému rozhodnutí ohledně zákroku, a ty, co se cítí nuceny podstoupit interrupci, budou prožívat s největší pravděpodobností lítost, depresi a hněv. U žen, jejichž způsob zvládání situace zahrnuje vyhýbání se zodpovědnosti, je pravděpodobné prožívání postabortivní úzkosti. Dále se v tomto článku dočteme, že se v literatuře nenachází potvrzení faktu, že interrupce způsobuje dlouhodobé trauma. Avšak vzhledem k počtu 1,5 milionu provedených interrupcí v USA ročně je i malé procento žen, které prožívá postabortivní úzkost, důvodem pro zavedení předinterrupčního a postabortivního poradenství, které by ženám pomohlo ujasnit si význam této zkušenosti a upevnilo jejich rozhodnutí (Turell, Armsworth a Ga, 1990, s. 49-68).

Státem financovaná studie Holmese (1990) pojednává o svobodných náctiletých a sexuálně aktivních dívkách, které podstoupily potrat a vedlo se jim lépe jak po stránce ekonomické, tak po stránce vzdělání a měly i méně dalších těhotenství než dívky, které se rozhodly si dítě nechat. Studie, která byla provedena v Institutu hygieny a zdraví společnosti Johna Hopkinse a trvala po dobu čtyř let, poprvé poukazuje na fakt, že pro některé nezletilé dívky může mít výběr potratu i příznivé výsledky. Studie se zúčastnilo 334 dívek z Baltimoru mladších 17 let. Porovnávány v ohledu, jak se jim dařilo v pozdějších letech, byly dívky, které podstoupily potrat, a nezletilé dívky, které nebyly nikdy těhotné. Studie vypovídá o tom, že dívky, které podstoupily potrat, dopadly lépe než ty, které na začátku studie ještě těhotné nebyly. Zabinová (In Holmes, 1990), hlavní iniciátorka studie, prohlásila, že ze studie nevyplývá, že by mladým ženám potrat prospěl. Interpretaci dat komplikovalo několik faktorů. Například dívky rozhodnuté předčasně ukončit těhotenství měly nejen více vzdělané rodiče, ale také vyšší studijní ambice než dívky ve dvou dalších skupinách. Proto nemusí být jejich úspěch přičítán zrovna potratu. Další část studie

byla zaměřena na nezletilé dívky tmavé pleti, které přišly na těhotenské testy do dvou klinik plánovaného těhotenství v Baltimoru v letech 1985 a 1986. Aby vědci získali základní data o školních úspěších a očekáváních, psychologických rysech, ekonomických poměrech a dalších proměnných, byly tyto mladé ženy ještě před prozrazením výsledků testů dotazovány. Mladé ženy tvořily tři skupiny: 141 dívek si vybralo potrat, 93 dívek si dítě chtělo nechat a 100 dívek nebylo těhotných. Po dobu dalších dvou let byly tyto skupiny nadále sledovány. Ve studii se uvádí, že 4,5% dívek, které podstoupily potrat, prošlo negativní psychickou změnou dva roky po zákroku. U dívek, které si dítě nechaly, prošlo touto změnou 5,5% a u dívek, jejichž testy byly negativní, to bylo 10%. Po tomto zjištění uvádí, že i když rozhodnutí nepřineslo mnoho výhod po psychické stránce, nezpůsobilo ani žádnou emocionální újmu. Studii odsoudili představitelé organizace proti potratům s prohlášením, že její metodologie byla chybná. Gansová (In Holmes, 1990), prezidentka American Victims of Abortion, studii vytkla, že ženy byly sledovány pouze po dva roky. Prohlásila, že postabortivní stresový syndrom se často projeví až po pěti letech od potratu.

Ross (2010) píše o zkušenosti s pracovnící římskokatolického vyznání, která prohlásila, že s ní jednali jako se zločincem, když bojovala proti interrupcím. Tato pracovnice Margaret Forester, zaměstnankyně ústavu duševní hygieny, předala brožuru s názvem *Forsaken* svým dvěma kolegům z oddělení plánovaného rodičovství na poliklinice, kde všichni pracovali. V této brožuře byly příběhy pěti žen, které prožily postabortivní syndrom zahrnující řadu symptomů, například dlouhodobou depresi, problémy ve vztazích, sebevražedné sklony a fyzické komplikace (infekce a problémy s plodností). National Health Service (NHS) tvrdí, že „opakované potraty“ mohou poškodit dělohu a následně přivodit problémy s plodností. Margaret Forester se domnívala, že NHS nenabízí pacientům dostatek informací o rizicích spojených s interrupcí. Slečna Foresterová byla propuštěna z pozice lékaře z důvodů odlišnosti svého přesvědčení a přesvědčení vedení polikliniky. Čelila obvinění „distribuce materiálů, které mohou některé lidi pohoršit“ před interní disciplinární komisí. Foresterová tvrdila, že pouze neformálně konverzovala s kolegy v ordinaci a nepokoušela se nijak ovlivňovat pacienty. I v budoucnu by neváhala tuto brožuru svému kolegovi doporučit. Není si vědoma,

že by jak po osobní, tak po profesní stránce provedla něco špatného. Andrea Williamsová, ředitelka organizace Christian Legal Centre, která slíbila, že se za slečnu Foresterovou postaví, prohlásila, že by poradci pro plánované rodičovství měli mít všechny informace o možnostech a komplikacích po potratu. Vládní orgány by neměly omezovat plný přístup ke všem informacím a obzvláště těm, které sdělují informace o dlouhodobém dopadu potratu a nabízejí jeho reálné alternativy (Ross, 2010).

Dadlez a Andrews (2010, s. 445-452) kritizují strategii hnutí Pro-life, která tvrdí, že interrupce ženám škodí a podepírá práva plodu. Významným propagátorem strategie hnutí Pro-life je David C. Reardon. Mluví o postabortivním syndromu a o tom, že potrat ženám škodí psychicky, a dokonce může ublížit i osobám nějak spojeným se ženou, která potrat podstupuje. Autoři tvrdí, že žádná taková věc, jako je postabortivní syndrom, neexistuje a že psychologická poškození, o kterých Reardon a ostatní prohlašují, že jsou způsobena u žen potratem, mohou být připisována různým příčinám. Zpochybňují důkazy i analýzy, které Reardon shromáždil. A na závěr zpochybnili i to, že Reardon zformuloval své závěry na základě důkazů, které citoval.

V dalším článku se dočteme, že těhotenství a interrupce jsou běžné životní události a terapeuti se proto s klientkami, které potrat podstoupily, s největší pravděpodobností setkají. Autoři (Rubin, Russo, 2004) píší o dnešním malém fyzickém nebo duševním zdravotním riziku při podstoupení legální interrupce a o tom, že se většina žen s těmito zkušenostmi efektivně vypořádá bez potřeby klinického zásahu. Dále píší, že se současná interrupční politika snaží udělat z potratu hrozivější, stresující a společensky stigmatizovaný zážitek a tím vytvořit jakýsi „postabortivní syndrom.“ Také se zabývají užitečnými technikami poradenství a konkrétními otázkami v oblasti potratů, strategií propagování sexuálního zdraví a kulturní vnímavostí (Rubin, Russo, 2004).

Arthur (1997) ve svém článku postabortivní syndrom také popírá a prohlašuje ho za mýtus spáchaný aktivisty a autory zaměřenými proti potratům. Eseje ve sbírce *The Psychological Aspects of Abortion* z roku 1977, která je proti potratům, považuje Arthur za amatérskou psychologii založenou na zastaralých důkazech. Uvádí zde

vyhodnocení vědeckých deníků, ze kterých vyplývá, že při moderních postupech jsou postabortivní psychologické poruchy vzácné, dále že nejčastějšími pocity po zákroku jsou pocity úlevy a spokojenosti a u velkého procenta žen v USA nejsou po potratu zřejmé žádné dysfunkční tendence (Artur, 1997).

3 Poznatky o péči o klientky s postabortivním syndromem

Uzdravování je proces, který nenastává okamžitě a neprobíhá tak přímočaře, jak by si člověk přál. Freedová a Salazarová (2008, s. 64-67) popisují osm kroků k uzdravení po potratu: 1. *Výstup z temnot*. Žena se musí začít potýkat s realitou, se zkušeností z potratu a dokázat žít s pravdou, ať je jakkoli těžká. Musí umět přijmout, že potrat ovlivnil její život. 2. *Poznání svých skutečných ztrát a skutečných pocitů*. Je potřeba poznat pocity spojené s potratem, truchlit a vyjmenovat ztráty způsobené v důsledku potratu. Takto je možné vyrovnat se s minulostí a otevřít se plně přítomnosti. 3. *Skončit s neúčelným jednáním*. Ženy si často vybírají a používají smlouvání a jiné mechanismy přežití jako způsob k pohřbení svých pocitů. Dále mezi neúčelné chování patří všechny činnosti, které ženy dělají, aby potlačily bolest. Důležité je toto chování rozpoznat a dále nepoužívat. 4. *Odemknout dveře viny a studu*, který ženu zavřel do vězení a znemožnil jí, aby se uzdravovala. Stud je nezdravá emoce přesvědčující ženu o tom, že jako člověk nemá hodnotu a že je špatná. Vina je naopak emoce zdravá, která upozorní člověka, když překročí své vlastní hranice. To znamená nenechat svůj život ve stínu studu, ale naučit se žít ve zdravých mezích. 5. *Sundat pokličku*. Je důležité zabývat se hněvem, který žena v sobě po potratu dusí. Ten jí dodává iluzi síly a skrývá hlubší bolest. Je potřeba naučit se vyjadřovat svoje hněvivé pocity konstruktivně, aby žena „nevybuchla“, a odkrýt hlubší bolest, která je hněvem zamaskovaná. 6. *Naučit se zacházet s depresí a nepodlehnout jí*. Dlouhodobá postabortivní deprese okrádá o schopnost žít zdravým, produktivním životem a spotřebovává veškerou energii. 7. *Najít svobodu v odpuštění* a naučit se, jak odpustit sobě i ostatním. Nabídka a přijetí odpuštění osvobozuje od minulosti. 8. *Smířit se*. Oplakat ztráty, které se vážou k potratu, a znovu získat kontrolu nad svým životem.

Ve výzkumu prováděném v Košicích, zaměřeném na psychický stav ženy při následném těhotenství po interrupci, se odborníkům povedlo pomocí aplikace spousty testů proniknout hlouběji a objektivněji do této problematiky a na základě zjištěných skutečností realizovali adekvátní formu psychoterapie s osobním zřetelem na autogenní trénink. Ženy trpící sebeobviňováním, depresemi, úzkostmi a pocity viny podstoupily individuální psychoterapii, při které byly tyto problémy rozebrány,

a postupně se pomocí autogenního tréninku dosáhlo vyrovnaní nepříznivého psychického stavu. Autogenní trénink přispívá k rychlému obnovení sil a odstranění příznaků napětí a nepokoje, proto si tuto metodu zvolili. Při poctivém nacvičování metody dochází k sugestivnímu uvolňování některých tělesných funkcí a může pomoci při dosahování žádoucího psychického stavu pomocí psychologických mechanismů, dále při odstraňování nevhodných návyků a může zharmonizovat i činnost vnitřních orgánů (Šťastná, 1991, s. 455-456).

3.1 Léčba při PTSD, do které se postabortivní syndrom řadí

Mnoho studií ohlížejících se do minulosti, jak píše Meinerová (2010, s. B6-B7), poukazuje na možnou souvislost prožitého traumatu a následným vznikem psychotického onemocnění. Pro nalezení individuálních léčebných plánů je zapotřebí porozumět jednotlivým pacientům a zmírnit jejich možné obavy a pocity studu nebo viny.

Praško et. al. (2010, s. B7) rozdělují léčbu jedinců postižených traumatickou událostí do dvou částí, a to na léčbu před rozvinutím psychické poruchy a na léčbu s rozvinutou psychickou poruchou. To první, co klinik udělá při setkání s člověkem nedávno vystaveným traumatické události, je zklidnění a emoční podpora. Důležité je vyjít z potřeb postiženého, nenutit ho, pokud o události mluvit moc nechce a pokud mluvit chce, tak jej empaticky doprovázet a ptát se na prožívané emoce při události i nyní. Dalším krokem je edukace postižené o tom, jak se sebou zacházet, a o dalších možnostech. Důležité je vycházet z potřeb postižené. Většině postižených častokrát dostatečně pomůže jednoduchý přístup s podporou a pochopením. Záleží tedy na schopnosti empatie, lidsky vřelém projevu a schopnosti vyjádřit porozumění. Na začátku je důležité navázat kontakt a terapeutický vztah a cílem je dosáhnout vnitřní stabilizace postižené pomocí uvolnění emočního napětí a zklidnění. Dalšími potřebnými atributy jsou klid a vyrovnanost terapeuta, zdůraznění, že postižená udělala dobře, že vyhledala pomoc, empatické naslouchání, osobní zájem o její problémy, umožnění odreagovat negativní emoce a nabídka společného hledání řešení. Terapeut zdůrazňuje potřebu postupné emoční rekonstrukce traumatické

události a pak povzbuzuje v popisu této události. Terapeut pomáhá hledat ústřední problém, možnosti a zdroje pomoci (Praško et. al., 2010, s. B7).

Praško (2005, s. 77-78) i v dalším článku pojednává o důležitosti vytvoření terapeutického vztahu, vysvětlení, edukaci a o tom, že by do terapeutického vztahu měli být zařazeni i rodinní příslušníci, pokud k tomu pacient svolí. V léčbě se zvolí realistické cíle a zdůrazní pravděpodobné kolísání příznaků v průběhu léčby. Pacient mívá nebo může mít potíže o svých problémech mluvit, postup má být proto diskrétní a taktní. Mezi léčebné metody patří: *podpůrná psychoterapie*, která dosahuje účinku především prostřednictvím terapeutova chování, jeho schopností empatie, lidsky vřelého projevu, pravdivosti a schopnosti vyjádřit porozumění; *psychodynamická psychoterapie* – zde je důležité bezpečné prostředí empatického terapeutického vztahu, kdy se terapeut snaží obejít pacientovo popření a potlačení; *skupinová psychoterapie* – je přídatná možná terapie k individuální, bývá sestavena z lidí se stejnou diagnózou a je zde umožněno sdílení traumatické události s celou skupinou, tato metoda chrání účastníky před pocity výjimečnosti, izolace a vydědění; *kognitivně-behaviorální terapie* – terapeut s pacientem pracuje strukturovaně krok za krokem, nejprve se pacient učí zvládat své příznaky a postupně se vystavuje situacím, kterým se vyhýbal (Praško, 2005, s. 77-78).

Nemocní odbornou pomoc hledají (pokud ji vůbec hledají) po několika dnech i týdnech. Nebývají příliš sdílní a stěžují si na mnohostranné neurčité obtíže tělesné a psychické (bolest končetin, těla, hlavy, únava, nevykonnost, strach, smutek, obavy, ztráta zájmů, selhávání v běžných činnostech). Tyto příznaky připomínají mírnější depresi, ale nemocný to jako depresi nepocítuje. Je důležité, aby nemocný cítil naše pochopení a porozumění jeho utrpení, naši účast, podporu a touhu pomoci. Na druhou stranu – přes toto všechno porozumění a chápání by mu měl být dán signál, že není jediný a první na světě, kdo tímto trpí, a za třetí by měl mít pocit, že mu dovedeme a chceme pomoci (Pidrman, 2007, s. 616).

Mezi typické maladaptivní reakce pomáhající přežít patří útok, útěk, konfliktnost, beznaděj a bezmocnost. Psychoterapeutické intervence mají v první řadě zmírnit napětí a úzkost. A dále se pak má terapeut snažit umožnit člověku navázat s krizovou situací vztah, vnitřní kontakt, a tak si vytvořit odstup mezi zraňující stresovou

událostí a člověkem. Pak teprve se začne hledat řešení problému. Důležitým krokem je projevit adekvátní zármutek a lítost nad minulostí a tím redukovat intenzitu emočních vzpomínek. Navrácení „fungování“ jedince je cílem psychoterapeutických intervencí. Terapeut by měl akceptovat pocity klienta, ubezpečit ho, že jsou pochopitelné, a nekomentovat je. Dále vysvětlit, proč se cítí, jak se cítí, a popsat stádia uzdravování. Upozornit klienta, že uzdravování je proces, který může trvat velmi dlouho a uzdravování znamená návrat energie potřebné pro každodenní život, znovuoobjevení vztahu k druhým a zvládání úzkostných stavů (Malá, 2002, s. 294).

ZÁVĚR

Bakalářská práce je zaměřena na shrnutí výsledků a informací z výzkumných českých a hlavně zahraničních článků na téma „**Vliv interrupce na psychiku ženy**“. Použité výzkumy byly prováděny v různých státech světa. Pro tuto práci byly stanoveny tři cíle.

Prvním cílem bylo **předložit poznatky o psychických faktorech souvisejících s interrupcí**. Z dohledaných výzkumů (Lukáčová, Šimko, Dovala, 1991; Haškovcová, 2001; Bahounek et. al., 2007; Stará 2008; Broena, Mouma, Bødtker, Ekeberga, 2005; Majerčáková, Filický, 1992) vyplynulo, že interrupce má negativní důsledky na emoční prožívání a je pro ženy traumatizující zkušeností. Může být spouštěčem duševní poruchy u predisponované osobnosti a po přechodné euforii mohou následovat pocity viny, deprese, frustrace, sekundární frigidita, sekundární anorgasmie, hostilní reakce a anxieta. Frekvence těchto projevů je značně variabilní, vyskytují se obvykle jen sporadicky a po určité době mohou odeznít. U některých žen však pocit viny přetrvává po celý život. Tímto se dostáváme ke shrnutí dalšího cíle této práce.

Druhým cílem bylo **předložit poznatky o výskytu a příznacích postabortivního syndromu**. Na tuto problematiku pohlíží řada vědců (Turell, Armsworth, Ga, 1990; Holmes, 1990; Ross, 2010; Dadlez, Andrews, 2010; Rubin, Russo, 2004; Artur, 1997) velmi skepticky. Odborníci postabortivní syndrom definují jako specifickou formu širší diagnózy, kterou je posttraumatická stresová porucha (Freedová a Salazarová, 2008; Speckhard, Rue, 1992; Gómez, Zapata, 2005; Khouzam, Donnelly, 2002; Cain, 1995). Ženy nejsou schopny podobně jako u PTSP vyjadřovat své pocity, které mají souvislost se svým těhotenstvím a potratem. Je důležité o této problematice mluvit, ženám po této zkušenosti pomoci a ukázat možné východisko. Typickým znakem pro tento syndrom je nejdříve pocit úlevy. Možné příznaky a následky se mohou objevit až po několika letech. Zajímavostí z jedné studie je, že žena, která si musela před ostatními obhájit své stanovisko k potratu, si i sama v sobě obhájila, proč toto podstupuje a rychleji se s následky vyrovnala. Kdežto žena

okolím podporovaná podstoupit potrat se mohla cítit k němu dotlačená a málo přemýšlela o následcích a jiných možnostech (Lemkau, 1991).

Třetím cílem bylo **předložit poznatky o péči o klientky s postabortivním syndromem**. Tato práce se v závěrečné kapitole věnuje ženám, které interrupci podstoupily, a popisuje možnosti terapeutického ovlivnění a péče o klientky s postabortivním syndromem. Proces uzdravování má několik fází (Freedová, Salazarová, 2008) a léčebných metod (Praško, 2005). Důležité je pro terapeuta získat důvěru klientky, porozumět jí, být empatickým, zmírnit její pocity obav a studu a společnými silami pak hledat cestu řešení a pomoci (Meinerová, 2010; Praško et. al., 2010; Praško, 2005; Pidrman, 2007).

Důležitá je v této problematice dobrá informovanost a upozornění na možné následky po podstoupení interrupce a o možnostech jiného řešení, než je interrupce, mezi které patří např. adopce, azylové domy, sociální dávky. Informovanost je důležitá ihned po zjištění těhotenství už z toho důvodu, aby se žena dokázala správně rozhodnout právě v časové tísní, která v těchto obdobích hraje velkou roli, a svého rozhodnutí později nelitovala. Dalšími faktory může být tlak rodiny, blízkých, kariéra a finanční zajištění. Čas bývá významným aspektem. Zůstane-li žena na rozhodování sama, ale ví, kam se uchýlit a kde získat potřebnou pomoc, je velká naděje, že se rozhodne správně. Problémem je, že se interrupce v dnešní společnosti bere jako samozřejmá možnost řešení nechtěného těhotenství, a to i ze strany lékařů, kteří by především měli ukazovat jiná východiska a možnosti.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

ALCORN, Randy. *Proč chránit nenarozený život*. 1. vyd., Praha: Návrat domů, 2011. 141 s. ISBN 978-80-7255-242-9

ANDRUSKO, D. The abortion ethos: pervasive but not persuasive. In: *National Institutes of Health* [online]. Health Matrix, Summer 1989 [cit. 2012-01-23]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10294688>

ARTHUR, Joyce. Psychological Aftereffects of Abortion: The Rest of the Story. In: *ProQuest* [online]. March [cit. 2012-04-21]. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/61527562/1349917DD4972EA8E22/8?accountid=16730>

BAHOUNEK, Jiří et al. *Čtyři pohledy na interrupci*. 1. vyd., Ostrava: Key Publishing, 2007. 105 s. ISBN 978-80-87071-09-0.

BROEN, Anne Nordal, Torbjørn MOUM, Anne Sejersted BØDTKER a Øivind EKEBERG. The course of mental health after miscarriage and induced abortion: a longitudinal, five-year follow-up study. In: *National Institutes of Health* [online]. BioMed Central Ltd, 12. December 2005 [cit. 2012-03-22]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1343574/?tool=pubmed>

CAIN, Carolyn. Factors associated with postabortion syndrome. In: *ProQuest* [online]. 1995 [cit. 2012-04-21]. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/42446132/1349917DD4972EA8E22/9?accountid=16730>

DADLEZ, E. M. a W. L. ANDREWS. Post-abortion syndrome: creating an affliction. In: *National Institutes of Health* [online]. Bioethics, November 2010 [cit. 2012-03-23]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19594725>

FREEDOVÁ, Luci, SALAZAROVÁ, Penny Yvonne. *Čas k uzdravení: naděje a pomoc při překonávání postabortivního syndromu*. 1. vyd. Praha: Paulínky, 2008. 199 s. Klíč. ISBN 978-80-86949-44-4.

FUKALOVÁ, S. Psychologické aspekty interrupce IN: *Československá gynekologie*, 1974. Roč. 39, č. 3, s. 204-206. ISSN: 0374-6852.

GÓMEZ, Lavin C a R Zapata GARCÍA. Diagnostic categorization of post-abortion syndrome. In: *National Institutes of Health* [online]. BioMed Central Ltd, July, August 2005 [cit. 2012-03-23]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15999304>

GRADY, John L. *Interrupce: ano nebo ne? : (důvody proti interrupcím)*. 2. vyd., Praha : Řád, 2002. 31 s. ISBN 80-901973-8-8 (brož.)

HAVRÁNEK, František. *Interruptio graviditatis*. 1. vyd., Praha: Avicenum, 1982. 172 s. ISBN 08-076-82

HAŠKOVCOVÁ, Helena. Etická problematika interrupcí. In: *Moderní gynekologie a porodnictví*, Praha: Levret s.r.o., 2001, Roč. 10, č. 2, s. 200-203. ISSN: 1214-2093

HOLMES, Steven A. STUDY: SOME TEENS BENEFIT FROM ABORTION. In: *ProQuest* [online]. Fort Lauderdale, Fla: South Florida Sun - Sentinel, 30 Jan 1990 [cit. 2012-04-12]. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/389196305/1349917DD4972EA8E22/14?accountid=16730>

JOKINEN, Beth. Anti-abortion advocate brings message to ONU. In: *ProQuest* [online]. 25 October 2006 [cit. 2012-04-21]. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/463212556/1349917DD4972EA8E22/5?accountid=16730>

KHOUZAM, Hani Raoul, DONNELLY, Nancy J. Posttraumatická stresová porucha: Bezpečná a účinná léčba v primární péči. In: *Medicina po promoci*, 2002, Roč. 3, č. 2, s. 60-66. ISSN 1212-9445

KOHOUTEK, F. Psychosexuální problémy v souvislosti s umělým přerušáním těhotenství. In: *Československá gynekologie*, 1974, Roč. 39, č. 3, s. 206-207. ISSN: 0374-6852.

Kolektiv autorů. *Proč pláčeš, Miriam : utrpení žen po umělém potratu : "postabortivní syndrom" : svědectví postižených žen a informace lékařů o psychických následcích umělého potratu*. Vyd. 2.. Jihlava : Hnutí Pro život ČR, 2007. 127 s., ISBN: 978-80-239-7524-6.

KOOP, CE. Post abortion syndrome: myth or reality?. In: *National Institutes of Health* [online]. Summer 1989 [cit. 2012-04-12]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10294679>

LEAL, Herreno F. Psychopathology of miscarriages and psychic disorders following fertility treatments. In: *National Institutes of Health* [online]. BioMed Central Ltd, September-December 2009 [cit. 2012-04-12]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19799480>

LEMKAU, J. P. Post-abortion adjustment of health care professionals in training. In: *National Institutes of Health* [online]. Ohio: Am J Orthopsychiatry, Januar 1991 [cit. 2012-04-13]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2006683>

LUKAČOVÁ, G., ŠIMKO, J., DOVALA, F. Psychologické aspekty u žien žiadajúcich interrupciu: Přednes na celostátní věd. konferenci Československé gynekologicko-porodnické společnosti. Košice, 31.1.-1.2.1991. In: *Československá gynekologie*, 1991, Roč. 56, č. 7/8, s. 456-457. ISSN 03746852

MAJERČÁKOVÁ, Katarína, FILICKÝ, Juraj. *Osobnostné zmeny u žien po UPT*. In: *Československá gynekologie*, 1992, Roč. 57, č. 6, s. 292-294, ISSN 0374-6852

MALÁ, Eva. Posttraumatická stresová porucha. In: *Remedia*, 2002, roč. 12, č. 6, s. 381-396. ISSN 0862-8947

MEINEROVÁ, Barbora. Trauma a psychóza. In: *Psychiatrie pro praxi*, 2010, roč. 11, Suppl. B, s. B6-B7. ISSN 1803-5914

PIDRMAN, Vladimír. Posttraumatická stresová porucha (PTSD). In: *Praktický lékař*, 2007, Roč. 87, č. 10, s. 615-617. ISSN 0032-6739

POLAINO, Lorente. Psychopathology and abortion. In: *National Institutes of Health* [online]. Madrid, September-December 2009 [cit. 2012-04-13]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19799478>

PRAŠKO, Ján. Posttraumatická stresová porucha: Psychiatrie. In: *Postgraduální medicína*, 2005, Roč. 7, č. 1, s. 73-79. ISSN 1212-4184

PRAŠKO, Ján, LÁ TALOVÁ, Klára, GRAMBAL, Aleš, et al. Trauma a posttraumatická stresová porucha. In: *Psychiatrie pro praxi*, 2010, roč. 11, Suppl. B, s. B7. ISSN 1803-5914

RAKIN, A. Post abortion syndrome. In: *National Institutes of Health* [online]. Health Matrix, Summer 1989 [cit. 2012-04-13]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10294680>

ROSS, Tim. Christian NHS worker faces sack over leaflet on abortion. In: *ProQuest* [online]. London: The Daily Telegraph, 22 December 2010 [cit. 2012-04-12]. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/819990498/fulltext/1349917DD4972EA8E22/1?accountid=16730>

RUBIN, Lisa a Nancy Felipe RUSSO. Abortion and mental health: What therapists need to know. In: *ProQuest* [online]. 2004 [cit. 2012-04-21]. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/215878152/1349917DD4972EA8E22/7?accountid=16730>

SPECKHARD, Anne C a Vincent M RUE. Postabortion syndrome: an emerging public health concern. In: *ProQuest* [online]. October 1992 [cit. 2012-04-21]. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/754072565/1349917DD4972EA8E22/11?accountid=16730>

STARÁ, Ivana . Interrupce z pohledu práva. In: *Zdravotnictví a právo*, Praha: Lexis nerix s.r.o., 2008, Roč. 12, č. 9, s. 8-9. ISSN: 1211-6432.

ŠŤASTNÁ, L. Vliv interrupcie gravidity na psychický stav ženy počas následujúcej tehotnosti: Prednes na celostátní vied. konferenci Československé gynekologicko-porodnické spoločnosti. Košice, 31.1.-1.2.1991. In: *Československá gynekologie*, 1991, Roč. 56, č. 7/8, s. 455-456. ISSN 03746852

TURELL, S. C., M. W ARMSWORTH a J. P. GAA. Emotional response to abortion: a critical review of the literature. In: *National Institutes of Health* [online]. Women Ther, 1990 [cit. 2012-04-13]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12316615>

ZVĚŘINA, Jaroslav. Sexuální výchova v epoše AIDS. In: *Praktický lékař*, 1991, Roč. 71, č. 5, S. 175-179. ISSN 0032-6739