

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Evangelická teologická fakulta

Bakalářská práce

**Postabortivní syndrom a jeho reflexe
v psychosociálním kontextu**

Eliška Krausová

Katedra: Katedra sociální pedagogiky
Vedoucí práce: PhDr. Vladimír Mašát
Studijní program: Sociální práce, B7508
Studijní obor: Pastorační a sociální práce

Praha 2012

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci s názvem Postabortivní syndrom a jeho reflexe v psychosociálním kontextu napsala samostatně a výhradně s použitím uvedených pramenů. Souhlasím s tím, aby práce byla zveřejněna pro účely výzkumu a soukromého studia.

V Praze dne 17. 4. 2012

Eliška Krausová

Bibliografická citace

Postabortivní syndrom a jeho reflexe v psychosociálním kontextu: bakalářská práce / Eliška Krausová; vedoucí práce: PhDr. Vladimír Mašát. -- Praha, 2012. – s. 74

Anotace

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou postabortivního syndromu (PAS) jako možného psychického následku potratu. Na začátku je definován pojem potrat, jeho rozdělení a legislativní úprava umělého přerušení ve světě a u nás v ČR. Dále je již práce věnována jen postabortivnímu syndromu a otázkám s ním spojených. V druhé kapitole se můžete dočíst, jakým způsobem vlastně tento druh syndromu vzniká a jaký je jeho průběh. Další část práce je věnována spojitosti postabortivního syndromu s posttraumatickou stresovou poruchou. Dále jsou představeny veškeré symptomy, které se u žen postižených PAS můžou objevit. Pátá kapitola si klade otázku: Proč se tolik liší reakce žen na zkušenost potratu. Velká část práce se zabývá zmapováním dostupných výzkumů, které byly na toto téma doposud provedeny. Cílem je pokusit se zodpovědět často kladenou otázku: zda je PAS skutečnou diagnózou nebo jen jakýmsi mýtem. A nakonec, v závěru teoretické části, je popsán možný průběh terapie, která může ženám postiženým PAS být nápomocná na cestě za uzdravením. Praktická část obsahuje několik kazuistik, které demonstrují tuto problematiku na konkrétních případech z praxe a usnadňují její pochopení.

Klíčová slova:

Postabortivní syndrom (PAS), Potrat: Spontánní potrat, Umělé přerušení těhotenství (UPT, interrupce), Posttraumatická stresová porucha (PTSP, PTSD)

Summary

This bachelor thesis deals with the effects of post abortion syndrome (PAS) as a potential psychological aftermath of abortion. The beginning section defines abortion as a concept, reviews the differential categories of abortion and discusses the legislative position on this issue in the Czech Republic and throughout the world. The next section has been devoted primarily to PAS and its associated issues. The second chapter provides information about the onset, development and course of the syndrome. Further, this paper examines the ways PAS is associated with posttraumatic stress disorder. Also presented, is an overview of the multitude of symptoms that may occur in women affected by PAS. The fifth section asks the question: why do women experience so many different reactions to abortion? Also provided is an overview of available research conducted thus far on this subject. The aim is to try to answer the frequently asked question: is PAS an actual diagnosis or a type of myth. Finally, the theoretical part describes a possible course of therapy that may be helpful to women affected by PAS on their way to recovery. The practical part contains several case studies demonstrating this issue of PAS. These case studies utilize concrete case examples, which facilitate understanding.

Keywords:

Post-abortion syndrome, Abortion: Spontaneous abortion, artificial termination of pregnancy, Post-traumatic stress disorder (PTSD)

Poděkování

Děkuji svému vedoucímu práce PhDr. Vladimírovi Mašátovi za odborné vedení, pomoc a vytrvalost při zodpovídání veškerých dotazů. Všem kontaktovaným odborníkům za ochotu mi předat své osobní zkušenosti. Svě mamince za poskytování zpětné vazby, babičce za hlídání mého syna a svému muži za podporu a trpělivost.

Obsah

ÚVOD.....	8
1. POTRAT.....	9
1.1. DEFINICE A ROZDĚLENÍ POTRATŮ	9
1.2. DRUHY POTRATU	9
1.3. LEGISLATIVNÍ ÚPRAVA UPT VE SVĚTĚ	10
1.4. HISTORIE A SOUČASNÁ LEGISLATIVA V ČR.....	11
1.4.1. Potratovost v ČR	12
2. POSTABORTIVNÍ SYNDROM (PAS)	13
2.1. VZNIK PAS	14
2.2. OBRANNÉ MECHANISMY:	15
2.2.1. Represe (potlačení)	15
2.2.2. Racionalizace	15
2.2.3. Vytváření reakce	16
2.2.4. Kompenzace.....	16
2.3. ČLOVĚK JAKO BIOLOGICKÁ, PSYCHOLOGICKÁ, SOCIÁLNÍ A SPIRITUÁLNÍ JEDNOTA	16
3. SOUVISLOST S POSTTRAUMATICKOU STRESOVOU PORUCHOU	17
3.1. JINÝ POHLED NA TRAUMA	18
4. SYMPTOMY PAS	20
5. ROZDÍLNÉ PROŽÍVÁNÍ ZKUŠENOSTI POTRATU.....	27
5.1. APA	27
5.2. LUCI FREEDOVÁ A PENNY Y. SALAZAROVÁ.....	28
5.3. PTSD.....	29
6. DOSTUPNÉ VÝZKUMY NA TÉMA PAS	31
6.1. KOOP, 1989.....	31
6.2. AMERICKÁ PSYCHOLOGICKÁ ASOCIACE (APA)	32
6.2.1. Otázka č. 2- Relativní riziko psychických problémů v porovnání s alternativami	33
6.2.2. Otázka č. 3- Četnost psychických zdravotních problémů mezi ženy, které potratily	35
6.2.3. Otázka č. 4- Rozdílné reakce a prožívání žen zkušenosti potratu	37
6.2.4. Shrnutí.....	37
7. PROCES UZDRAVENÍ	39
7.1. FARMAKOTERAPIE.....	39

7.2. INDIVIDUÁLNÍ PSYCHOTERAPIE	40
7.2.1. Vytvoření pocitu bezpečí.....	40
7.2.2. Uvědomění si svých pocitů a proces truchlení	41
7.2.3. Převyprávění příběhu.....	43
7.2.4. Zpět k rozhodnutí.....	43
7.2.5. Přijetí viny	44
7.2.6. Opuštění a smíření.....	44
7.2.7. Práce s tělem.....	46
7.3. SKUPINOVÁ PSYCHOTERAPIE	47
8. DOSTUPNÁ POMOC PRO ŽENY TRPÍCÍ PAS V ČR.....	49
8.1. PORADNA PRO ŽENY A DÍVKY.....	49
8.2. AQUA VITAE	49
8.3. OBČANSKÉ SDRUŽENÍ DLOUHÁ CESTA.....	50
SHRNUTÍ TEORETICKÉ ČÁSTI	51
10. KAZUISTIKY.....	53
10.1. ÚVOD	53
10.2. ČÁST PRVNÍ- PŘÍBĚHY ŽEN PO UMĚLÉM PŘERUŠENÍ TĚHOTENSTVÍ	53
10.2.1. Kazuistika č. 1	53
10.2.2. Kazuistika č. 2	56
10.2.3. Kazuistika č. 3	59
10.2.4. Shrnutí.....	61
10.3. ČÁST DRUHÁ- PŘÍBĚHY ŽEN PO SPONTÁNNÍM POTRATU	62
10.3.1. Kazuistika č. 1	62
10.3.2. Kazuistika 2.....	63
10.3.3. Kazuistika č. 3	64
10.3.4. Shrnutí.....	66
10.4. SHRNUTÍ PRAKTICKÉ ČÁSTI.....	67
ZÁVĚR.....	68
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY:	70
PŘÍLOHA Č. 1.....	74
PŘÍLOHA Č. 2.....	75

Úvod

V současnosti si je stále více odborníků i laiků vědoma toho, že spontánní potrat může u ženy vyvolat řadu psychických obtíží. Naopak o ženách, které se pro potrat rozhodly samy, převládá názor, že po potratu cítí úlevu a pocity štěstí, ačkoliv některé z nich tvrdí opak. Navzdory velkému množství studií a výzkumů, vyvstává kolem otázky, co žena ve skutečnosti po potratu prožívá a zda potrat může mít psychické následky, velké množství otazníků a rozporuplných názorů. Proto bych se v této práci zaměřila především na problematiku tzv. postabortivního syndromu, a to u žen, které podstoupily umělé přerušeni těhotenství. A pokusila se danou problematiku objasnit.

Jak jsem již zmínila, téma postabortivního syndromu je doprovázeno řadou otázek. V první řadě, není stále jasné, zda se jedná o skutečný problém. Řada odborníků, a to především z řad gynekologů se domnívá, že tento druh syndromu není nic jiného než mýtus. Na druhé straně stojí ženy, které popisují depresivní a úzkostné stavy, noční můry a jiné psychické problémy, které se u nich po umělém přerušeni objevily. Podobný názor zastává i několik psychologů a psychoterapeutů, kteří existenci postabortivního syndromu potvrzují a tvrdí, že je více než na místě se tímto problémem zabývat. Kde je ale pravda? Jedná se skutečnou diagnózu nebo jen o jakýsi mýtus? Na základě nejrozsáhlejších výzkumů, které byly na toto téma doposud provedeny, bych se ve své práci pokusila zodpovědět tyto a další otázky.

Pokud budu vycházet z předpokladu, že některé ženy opravdu trpí podobnými příznaky, které jsou zastřešeny pod názvem Postabortivní syndrom, vyvstává mi na povrch další otázka. Jak je možné, že některé ženy po potratu cítí pocity štěstí a úlevu, zatímco jiné ženy prožívají pocity naprosto opačné. Co stojí za tak rozmanitým prožíváním zkušenosti potratu? A čím přesně procházejí ty ženy u kterých se tzv. Postabortivní syndrom vyskytl? Jak vzniká, jaké jsou jeho symptomy, a dá se vůbec takto postiženým ženám pomoci? A pokud je postoj k tomuto druhu onemocnění spíše odmítavý, mají se vůbec tyto ženy kam obrátit? A naposledy dá se nějakým způsobem vzniku postabortivního syndromu předejít?

1. Potrat

Cílem této práce není, se věnovat problematice potratů nebo etickým otázkám, které toto téma nabízí, ale postabortivním syndromu, tedy jeho možného následku. Nicméně vzhledem k tomu, že spolu tato témata úzce souvisí, na začátku práce bych ráda představila několik pojmů, které by pro tuto práci mohly být stěžejní.

1.1. Definice a rozdělení potratů

Slovem potrat, rozumíme ukončení těhotenství ženy, při němž:

- a) plod neprojevuje ani jednu ze známek života a jeho porodní hmotnost je nižší než 1 000 g a pokud ji nelze zjistit, jestliže je těhotenství kratší než 28 týdnů,
- b) plod projevuje alespoň jednu ze známek života a má porodní hmotnost nižší než 500 g, ale nepřežije 24 hodin po porodu,
- c) z dělohy ženy bylo vyňato plodové vejce bez plodu, anebo těhotenská sliznice.

2. potratem se rozumí též ukončení mimoděložního těhotenství anebo umělé přerušení těhotenství provedené podle zvláštních předpisů (Zákon ČNR č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství. Vyhláška MZ ČSR č. 75/1986 Sb., kterou se provádí zákon ČNR č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství).¹

1.2. Druhy potratu

Podle Ústavu zdravotnických informací a statistiky (Praha, 2010) můžeme potrat rozdělit do čtyř kategorií.

1. *Samovolný potrat*, u kterého dochází k spontánnímu vypuzení plodu z dělohy před ukončením 28. týdne.
2. *Umělé přerušení těhotenství (UPT)*, do které spadá miniinterrupce (do 8. týdne těhotenství) a další legální ukončení těhotenství jinou metodou než miniinterrupcí do 12. týdne, u zdravotních důvodů do 24. týdne těhotenství.
3. *Ostatní potraty*, jedná se převážně o kriminální potraty.
4. *Mimoděložní těhotenství*, umělé ukončení mimoděložního těhotenství.²

¹ Potraty 2010, Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, s. 13

² Potraty 2010, Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, s. 13

Dále bych se věnovala umělému přerušení těhotenství, jeho legislativní úpravě a demografickému vývoji ve světě a v ČR.

1.3. Legislativní úprava UPT ve světě

Míra potratovosti ve světě se výrazně liší a to v závislosti na legislativní úpravě v dané zemi, převládajícím náboženským cítěním, zdravotním uvědoměním obyvatelstva a ekonomické úrovni. Podle počtu provedených potratů v určité zemi můžeme posuzovat vyspělost jejího obyvatelstva.

Ty země, které se řadí mezi „vyspělé“, vykazují nízkou potratovost a vysokou prevalenci antikoncepce, u zemí „rozvojových“ je tento poměr právě opačný. V současné době žije 61% světového obyvatelstva v zemích, kde je povolen umělý potrat buď na základě široké řady důvodů, nebo bez udání důvodu; na rozdíl od toho 25 % lidí žije v zemích, v nichž je potrat zpravidla zakázán.³

Když se podíváme na mapu světa, která zobrazuje právní pojetí interrupce, můžeme si všimnout, že postoj jednotlivých zemí je většinou podobný v rámci jednoho světadílu. V Severní Americe, s výjimkou Mexika a přilehlých menších států, kde se potratová legislativní úprava liší podle regionu, jednoznačně vyhrává liberální potratový zákon. O tomto zákonu rozhodl 22.1. 1973 Nejvyšší soud USA v případě Roe versus Wade a uzákonil tak potraty ve všech 50 zemích USA.

Ve velké většině zemí Jižní Ameriky je umělé přerušení těhotenství nelegální s výjimkou znásilnění, vážného ohrožení zdraví či života matky a abnormality plodu. Výjimkou je Guyana, Francouzská Guyana a Uruguay, kde je interrupce legální.

V Evropě začala všeobecná liberalizace potratových zákonů probíhat na přelomu padesátých a šedesátých let. Kromě Polska a Irska je potrat ve všech evropských zemích legální. Poměrně velký rozdíl v počtu provedených potratů, můžeme sledovat mezi západní a východní částí Evropy.

Dle statistik Světové zdravotnické organizace jsou evropskými státy s nejvyšším počtem UPT na 1 000 živě narozených Rusko, další země bývalého Sovětského svazu, Rumunsko a Bulharsko. Nejméně interrupcí na 1 000 živě narozených je

³ MUDr. Radim Uzel, Antikoncepce a potraty v ČR a ve světě, Interní medicína pro praxi 8, 2002, s. 4

evidováno v zemích Beneluxu, Švýcarsku a Chorvatsku. Česká republika je (spolu se Skandinávskými zeměmi, Francií a Velkou Británií) zhruba uprostřed tohoto žebříčku států.⁴

Situace v Africe je podobná jako v latinské Americe. Většina zemí potrat zakazuje s výjimkou Jihoafrické republiky, Zambie, Tuniska a Francouzské Guinei. V roce 2003 bylo v Africe provedeno 5,6 milionu potratů, z čehož pouze 0,1 milionu bylo bezpečných, tedy provedeno lékařem za vhodných podmínek.

Míra potratovosti v Asii je na tom podobně jako v Africe. Většina zemí je však, co se týče potratových zákonů liberální, tím pádem je i větší část potratů prováděna bezpečně. Počet provedených potratů na 1 000 žen v době plodnosti se podstatně liší podle země.

Právní postoj k umělému přerušení těhotenství v Austrálii se liší podle státu. V Oceánii je potrat nelegální s výjimkou ohrožení života matky, fyzického či psychického zdraví.

1.4. Historie a současná legislativa v ČR

V roce 1957 byl v Československu přijat liberální potratový zákon č. 68/57 Sb. O umělém přerušení těhotenství, který zavedl interrupční komise. Žena musela s žádostí o interrupci předstoupit před komisi, která zvážila její situaci a rozhodla, zda bude nebo nebude moci podstoupit interrupci. Často docházelo k podplácení a různým podvodům. V roce 1986 byl tedy tento zákon přepracován a zrušil existenci komisí. Zákon č. 66/1986 je v platnosti dodnes a dovoluje ženě starší osmnáct let požádat o interrupci bez udání důvodů. Žena musí pouze podat žádost u svého obvodního gynekologa, který jí dá doporučení. Pokud chce interrupci podstoupit nezletilá dívka, musí se zákrokem souhlasit její rodiče. Momentálně se však jedná o zrušení tohoto zákona. Do budoucna by možná nezletilé dívky mohly podstoupit umělé přerušení těhotenství bez souhlasu rodičů.

Zákrok je většinou prováděn v nemocnici nebo v některých soukromých gynekologických ordinacích. V některých zemích je podle zákona žena povinna navštívit poradenství, kde jí kvalifikovaná a nestranná osoba pomůže zvážit její situaci. U nás tyto podmínky zákon nestanovuje a míst kam by se žena mohla v případě potřeby obrátit, je bohužel jen velmi málo. Žena bývá někdy při rozhodování osamocena a potřebuje podporu,

⁴ Potraty 2010, Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, s. 13

kteřá by jí pomohla zvážit veškeré možnosti a učinit správné rozhodnutí. Myslím si, že poradenství pro ženy v této situaci, které by ženě poskytlo podporu, pomoc, potřebné informace a zároveň by jí nechalo se svobodně rozhodnout, by u nás mohlo přispět k snížení míry potratovosti. A v důsledku i počet žen trpících postabortivním syndromem.

1.4.1. Potratovost v ČR

Vývoj potratovosti v Československu a České republice souvisel s vývojem populačního klimatu, změnami legislativních úprav a rozšiřováním moderních antikoncepčních metod.⁵

Od roku 1957, kdy u nás byla interrupce za určitých podmínek povolena, byl u nás zaznamenán značný nárůst potratovosti. Vzhledem k absenci antikoncepce se potrat stal jakousi formou antikoncepční metody. V druhé polovině osmdesátých let, tak nejvíce vzrostla míra potratovosti. Nejvyšší počet potratů byl zaznamenán v roce 1988 (113 730 interrupcí). Od 90. let však začalo postupně docházet k úbytku umělých přerušení těhotenství, s výjimkou roku 1994, kdy bylo mezi potraty zařazeno také ukončení mimoděložního těhotenství. Od roku 2000 je míra potratovosti nejnižší za celé období sledování. Důvodem je nárůst počtu žen užívajících moderní antikoncepční metody a také celkový úbytek porodnosti. Až doposud počet potratů stále klesá, nicméně již mnohem pomaleji. V roce 2010 bylo zaznamenáno 39 273 potratů, což je o 1 255 méně než za rok 2009. Z toho tvoří 61% umělých přerušení těhotenství, tedy 23 988, což je o 638 méně než v roce 2009. (ČSÚ, 2004)

⁵ČSÚ[online], Vývoj potratovosti v ČR, 2004, URL: <http://notes3.czso.cz/csu/2004edicniplan.nsf/p/4028-04>, (cit. 2011-12-5)

2. Postabortivní syndrom (PAS)

*Postabortivní syndrom (PAS) je soubor příznaků a obtíží, které se u části žen dostavují po prodělaném potratu, ať už samovolném či uměle vyvolaném (v druhém případě se používá též pojem postinterrupční syndrom).*⁶

S lékařským termínem „Postabortivní syndrom“ přišel poprvé psycholog Vincent Rue, Ph.D. v roce 1981, kdy začal u některých svých pacientek pozorovat trauma spojené s potratem. Na základě těchto domněnek uskutečnil ve spolupráci s psycholožkou Anne Speckhard výzkum, který prokázal, že potrat je traumatickou zkušeností, po které může žena trpět řadou psychických obtíží. U třiceti dotazovaných žen, které prošly zkušeností potratu, byly pozorovány značné obtíže. Tento výzkum byl však později kritizován, jelikož 46 % žen, podstoupilo potrat v druhém trimestru těhotenství a 4% žen ve třetím trimestru těhotenství. Tento výzkumný vzorek neodpovídal skutečnosti. Většina žen v USA podstoupí potrat v prvním trimestru těhotenství. Navíc podstoupení potratu v druhém či třetím trimestru může být pro ženu mnohem více traumatizující zkušeností. PAS tedy nebyl uznán jako diagnóza podle Diagnostic and Statistical Manual of the American Psychiatric Association (American Psychiatric Association, 2002).⁷

Na základě této skutečnosti postabortivní syndrom není zařazen ani do seznamu nemocí vydaným Světovou zdravotnickou organizací (WHO). Podle Dr. Vincenta Rue je však považován za specifickou formu posttraumatické stresové poruchy. Přestože postabortivní syndrom nebyl uznán, má řadu zastánců, který neustále bojují a hledají důkazy pro jeho existenci. Od dob, kdy se tímto problémem začala veřejnost zabývat, bylo provedeno již mnoho výzkumů a většina z nich nemluví příliš ve prospěch zastánců postabortivního syndromu. Je ale důležité zmínit, že na základě rozmanitých reakcí žen na potrat, skutečnosti, že ženy můžou své negativní emoce spojené s potratem skrývat a mnoha dalších důvodů, je těžké dospět k závěru, který by byl nenapadnutelný. Sami autoři označují totiž své studie jako nedostačující a nabádají k dalším výzkumům.

Ať už, ale závěry studií hovoří jakákoliv, existují ženy, které se po potratu potýkají s depresemi, pocity viny, hněvu a hledají pomoc. Možná se jedná jen o malé procento žen, ale

⁶ Wikipedie, otevřená encyklopedie [online], URL:

http://cs.wikipedia.org/wiki/Postabortivn%C3%AD_syndrom, (cit. 2011-12-15)

⁷ American Psychological Association, Task Force on Mental Health and Abortion., s. 5

myslím, že i přesto stojí za povšimnutí. Ráda bych tedy věnovala část práce tomu jak k tzv. postabortivnímu syndromu dochází, jaké jsou jeho symptomy a jakým způsobem pracují s postiženými ženami ti odborníci, kteří v jeho existenci věří.

2.1. Vznik PAS

K vzniku tzv. postabortivního syndromu může dojít následovným způsobem: žena stojí před nelehkým rozhodnutím, ať už z důvodů sociálních, zdravotních či rodinných uvažuje o umělém přerušení těhotenství. Nikdy toto rozhodnutí není pro ženu jednoduché. Stojí před mravním dilematem, zda potrat je či není správný, zda má právo rozhodnout o životě plodu. Žena v tuto chvíli potřebuje oporu a přijetí, aby mohla udělat tak zásadní rozhodnutí, které bude po celý život nevratné. Problémem je, že tyto ženy jsou často při rozhodování osamoceny a nepodpořeny, ať už ze strany partnera, rodiny nebo zdravotnického personálu. Zároveň jejich tělo prochází velkými hormonálními změnami, tudíž je jejich schopnost racionálního rozhodování oslabena. Pokud se nakonec žena rozhodne pro umělé přerušení těhotenství a není o správnosti svého rozhodnutí absolutně přesvědčena, většinou se tyto otázky dostanou napovrch později a to například v podobě pocitů viny, která je jedním ze symptomů postabortivního syndromu. Někteří odborníci se domnívají, že pozdější psychické problémy, nastávají po potratu právě v případech, když si není svým rozhodnutím jistá nebo je k němu donucena.

Některé ženy popisují, že již na sále cítily, že potrat vlastně nechtějí. Některé z nich tyto pocity uposlechly a odešly, pro některé z nich byly tyto emoce natolik zahlcující, že se od nich raději odřízly. Tím pádem, ale nebyly schopny situaci řešit. Po probuzení z narkózy se pak, jak některé vyprávějí, můžou cítit jako stroje, neschopné cítit. Ve stavu akutního stresu, ve kterém se žena, podobně jako oběti traumatických událostí, nachází, je bez ošetření odborníka propuštěna domů. Později se pak u ní mohou projevit nejrůznější potíže spojené s PAS. Tělo v tuto chvíli prochází velkými hormonálními změnami a podobně jako u posttraumatické stresové poruchy reaguje na náročnou situaci obrannými mechanismy.

Použití ego-obranných mechanismů je pro náš organismus přirozené, chrání nás v zátěžových situacích, kdy se potýkáme s pocity studu, viny a selhání. Je to snaha ega o znovu navození rovnováhy, kterou ztrácíme v situacích, kdy děláme něco co je v rozporu

s naší osobní morálkou.⁸ Tato reakce je naprosto v pořádku, pokud jejím cílem není dlouhodobý únik před realitou. Každý nakonec potřebuje vyjádřit své emoce a zpracovat je. Pokud to neudělá a neustále své pocity popírá, můžou se dostat na povrch kdykoliv a to nejčastěji ve chvílích, kdy je člověk nejzranitelnější. Ženy trpící postabortivním syndromem často propadají náhlým záchvatům pláče nebo mohou být naopak citově otupělé. Obranné mechanismy, které nejčastěji využívají ženy po umělém přerušení těhotenství, jsou následující:

2.2. Obranné mechanismy:

2.2.1. Represe (potlačení)

Potlačení bývá jedním z nejčastěji využívaných obranných mechanismů. Pokud má žena pocit, že učinila něco, co není v souladu s její osobní morálkou, snaží se tyto pocity vytlačit ze svého vědomí, aby se zbavila pocitů viny.⁹ Toto popírání skutečnosti může vést až k úplnému zapomenutí určitých vzpomínek souvisejících s potratem.

Nicméně aby žena trpící PAS mohla dojít k uzdravení, musí vyjádřit své pocity a přiznat si, že prochází náročnou situací.

Popření nám dává možnost přežít naše momentální utrpení, ale dřív nebo později si musíme uvědomit- a smířit se s tím, že jsme utrpěli ztrátu. Je velmi důležité, aby zármutek ze ztráty nebyl odsunut, ale prožit. PAS se prohlubuje, když žena nevyjádří své pocity a nevyrovná se svou ztrátou.¹⁰

2.2.2. Racionalizace

Snaha najít logické vysvětlení, proč jsme učinili něco, co sami považujeme za nežádoucí. Žena, která se domnívá, že učinila chybu a že její rozhodnutí nebylo správné ani morální, hledá nejrůznější argumenty, aby sama před sebou obhájila toto jednání. Například si může neustále opakovat, že na dítě ještě nebyla připravena, že by se o něj nedokázala postarat a že by ani nebylo správné za těchto podmínek přivést dítě na svět.

⁸ Milan Nekonečný, Psychologie osobnosti, s. 223

⁹ Milan Nekonečný, Psychologie osobnosti, s. 225

¹⁰ Luci Freedová-Penny Y. Salazarová, Čas k uzdravení -Naděje a pomoc při překonávání postabortivního syndromu, s. 18

2.2.3. Vytváření reakce

Žena může po umělém ukončení těhotenství cítit bolest a smutek, nepovažuje však tyto emoce za adekvátní. Nepřišla přece o dítě a tak má pocit, že nemá právo truchlit. Snaží se tedy neakceptované jednání nahradit opačnými postoji nebo způsoby chování.¹¹ Které se snaží natolik vehementně vyjadřovat, že jim sama i začne věřit.

2.2.4. Kompenzace

Některé ženy brzy po potratu znovu otěhotní, snaží se tak ztracené dítě nahradit dítětem dalším. Jiné ženy hledají náhradu někde jinde, zapojují se na dobročinných akcích nebo se stávají členkami hnutí, které bojuje proti potratům. Snaží se odčinit pocit viny, konáním dobra. Nicméně žena, která sama není uzdravená, a má potíže sama se sebou často nemůže pomoci ani druhým.

2.3. Člověk jako biologická, psychologická, sociální a spirituální jednota

V knize „Čas k uzdravení“ je uvedeno několik rovin člověka, které jsou v případě postabortivního syndromu ohroženy. Jedná se o úroveň psychickou, emocionální, fyzickou, vztahovou, duchovní a sexuální. Každá z těchto rovin je u každého člověka jinak dominantní a proto se u každé ženy může PAS projevovat trochu jiným způsobem a na jiných úrovních. V případě psychologického konfliktu je většinou napadena sebeúcta ženy. Cítí se méněcenná a toto pojetí sebe-sama ovlivňuje její rozhodování a kvalitu života. Na úrovni emoční se potýká s citovou otupělostí nebo není naopak schopna kontrolovat své emoce. U žen trpících PAS se často vyskytují fyzické (zdravotní) problémy, které mají svůj původ v psychice. Jedná se například o bolesti hlavy, bolesti zad, astma nebo i neplodnost. Na úrovni duchovní se žena dostává do konfliktu, zda to co učinila, bylo v souladu s jejím duchovním přesvědčením.

Na vztahové úrovni: *uštěďruje interrupce vztahům ženy vážné rány. Má dlouhotrvající problémy s důvěrou, intimitou nebo s nastavením a udržováním hranic.*¹²

Poslední úrovní je sexualita, která bývá po potratu narušena. Žena může mít pocit, že právě sexualita může za situaci, do které se dostala, proto může mít po potratu tendenci se sexu vyhýbat. (Lucie Freedová, Penny Y. Salazarová, 2008)

¹¹ Milan Nekonečný, Psychologie osobnosti, s. 225

¹² Luci Freedová-Penny Y. Salazarová, Čas k uzdravení -Naděje a pomoc při překonávání postabortivního syndromu, s. 49

3. Souvislost s posttraumatickou stresovou poruchou

Postabortivní syndrom bývá často spojován s posttraumatickou stresovou poruchou (PTSD), některá literatura zabývající se postabortivním syndromem dokonce uvádí, že se jedná o jakousi rozšířenou formu PTSD. Tato porucha, někdy také nazývána jako Posttraumatický stresový syndrom (PTTS) je onemocněním, které vzniká jako reakce na traumatickou událost. Tomuto tématu se již v minulosti (v období 1. sv. války) zabýval Sigmund Freud. Více pozornosti se mu však dostalo až po válce ve Vietnamu, kdy se začali u válečných veteránů objevovat nejrůznější potíže, které jsou dnes řazeny jako symptomy PTTS. Po mnoha výzkumech byla Světovou zdravotnickou organizací (WHO) klasifikována za samostatnou diagnózu.

Stejně jako postabortivní syndrom nepostihuje všechny jedince. Záleží na mnoha faktorech, které ovlivní, zda se u konkrétního člověka PTSD vyskytne či ne. Pokud vedle postavíme tyto dvě poruchy, tedy postabortivní syndrom a posttraumatickou stresovou poruchu nalezneme i další nápadné shody. Zajímavé například je, že obě tyto poruchy se často neprojevují bezprostředně po události, ale často až s odstupem času.

Všechny symptomy, které doprovázejí posttraumatickou stresovou poruchu, patří také mezi symptomy postabortivního syndromu. Nejtypičtějšími příznaky jsou dotírající vzpomínky a sny, ztráta pozitivních emocí, vyhyčivé chování, zvýšená psychická a tělesná vzrušivost.¹³ Většina žen potýkajících se s tzv. postabortivním syndromem trpí podobnými problémy.

Posttraumatická stresová porucha se může vyskytnout u lidí, kteří prožili nějakou traumatizující událost nebo byli jen jejím svědkem. Jedná se například o válečné události, mučení, přírodní katastrofy, znásilnění, autonehody, zneužívání v dětství, vážné onemocnění apod.¹⁴ Ph.D. Peter Levine, který většinu svého života věnoval problematice traumatu, uvádí ve své knize *Probouzení tygra*, že trauma může často vyvolat i běžný chirurgický zákrok. U některých jeho pacientů se např. objevovaly post-traumatické symptomy, jejichž původem bylo např. vytažení nosních mandlí. Jelikož i interrupce je chirurgickým zákrokem, mohli bychom jí tedy zařadit mezi ostatní události, které v některých případech vyvolávají v jedinci

¹³ Ján Praško a kol., *Stop traumatickým vzpomínkám*, s. 32

¹⁴ Ján Praško a kol., *Stop traumatickým vzpomínkám*, s. 31

trauma. Také hned v prvním bodu stanoviska Mezinárodní federace plánovaného rodičovství z roku 1990, se kterou plně souhlasí Česká gynekologicko- porodnická společnost, můžeme najít toto tvrzení:

Ukončení těhotenství je pro ženy traumatizující. Společnost proto musí podniknout všechno, aby se zabránilo neplánovanému těhotenství, především důkladnou sexuální výchovou a dostupnou antikoncepcí.¹⁵

Levine ve své knize říká, že ačkoliv se člověk pro určitý chirurgický zákrok rozhodne, dobrovolně a racionálně zhodnotí všechna pro a proti. Jeho tělo může situaci zhodnotit jako ohrožující a instinktivně se bránit. Natož v případě, kdy se pro zákrok dobrovolně nerozhodl. Pokud hovoříme o instinktech, v souvislosti s interrupcí se často mluví o narušení základního zákona přírody a to instinktu matky, jejímž úkolem je chránit své dítě. Pocity odcizení, chladu a neschopnost cítit jakékoliv emoce, o kterých často mluví ženy po interrupci, dobře popisují trauma, kterým může žena procházet. Zásadním problémem je, že se ženě po potratu nedostává potřebného ošetření, které by mohlo zabránit vzniku tzv. postabortivního syndromu nebo spíše posttraumatické stresové poruchy. Kdyby byl u ženy po zákroku odborník, kterým by mohla teoreticky být i vyškolená sestra, který by ženě poskytnul podporu, pochopení a prostor zkušenost potratu zpracovat, nemuselo by dojít k vzniku PTSD. Velké riziko vzniku PTSD je totiž právě při nezpracované akutní reakci.

3.1. Jiný pohled na trauma

Peter Levine, kterého jsem již zmínila v předešlém odstavci, na trauma pohlíží trochu jiným způsobem než většina odborníků. Na své dlouhé životní cestě za zkoumáním tajů traumatu našel velkou část inspirace v přírodě a v instinktivním jednání zvířat. Trauma podle něho nevzniká z traumatické události jako takové, ale z neschopnosti člověka instinktivně dokončit obrannou reakci a vybit nashromážděnou energii v těle. Zvířata se každodenně dostávají do života ohrožujících situací, ale na rozdíl od člověka jsou málokdy traumatizována. Na nebezpečí reagují stejně jako člověk na základě signálu, které vychází z plaziho mozku buďto útekem, útokem nebo zamrznutím. Stačí, když si představíme nějakou ohrožující situaci a naše tělo začne okamžitě reagovat např. zvýšeným srdečním tepem a stažením svalů. Na základě takové představy jsme částečně schopni pochopit, jaké obrovské

¹⁵ Prof. PhDr. RNDr. Helena Haškovcová, CSc., *Interrupce- stále aktuální problém*, Moderní babičtví 3, 2004,

množství energie probíhá v těle v momentě, kdy se cítíme ohroženi nebo bojujeme o život. Pokud zvíře nebo člověk využije útok či obranu, nashromážděná energie je z těla vybita, pokud však zvolí zamrznutí, tělo se navenek jeví jako mrtvé, uvnitř však probíhá obrovské množství energie, kterou je později potřeba vybit. Vybití této energie, která byla zmobilizovaná na jeho záchranu, je součástí obranné reakce, která by měla být instinktivně dokončena, jak tomu můžeme pozorovat u zvířat. Člověk však, na rozdíl od zvířat, disponuje i rozumovou složkou (tzv. neokortexem), která se v tomto případě naneštěstí, snaží ovládat instinktivní reakce, čímž zabrání jejich přirozeným dokončením. Energie, tak namísto vybití zůstává v těle uvězněna. Ven se pak dostává postupně v podobě symptomů traumatu (např. úzkostí, depresiemi apod.)

Pozorování velkého počtu traumatizovaných lidí mě dovedlo k závěru, že posttraumatické symptomy jsou ve své podstatě nedokončené fyziologické procesy, které zadržuje strach.¹⁶

¹⁶ Peter A. Levine, Ph.D. a Ann Frederick, Probouzení tygra, s. 52

4. Symptomy PAS

Tak jako každé jiné onemocnění i PAS má svoje symptomy, které nemoc doprovází. Tato kapitola obsahuje několika z nich, které jsou pro PAS typické a je velká pravděpodobnost, že se u žen, trpícím PAS objeví. Samozřejmě se nemusí vyskytnout všechny, ani v určeném pořadí. U některých žen se mohou potíže objevit brzy po potratu, u jiných - to bývá častěji, až za několik měsíců nebo i let. Existují ženy, které žily desítky let bez větších potíží a až po čase se u nich objevily problémy. Jsou určité situace, které mohou znova připomenout potrat a tak spustit PAS. Může to být např. setkání s dětmi, těhotnou ženou, lékařem, který potrat vykonal, diskuze na ono téma apod.

Níže uvedené symptomy jsem rozdělila do dvou skupin. Tučným písmem jsou označeny ty symptomy, které se vyskytují i u posttraumatické stresové poruchy a kurzivou ty, které jsou typické pouze pro postabortivní syndrom.

Vina

Vina nám ukazuje, že jsme porušili náš morální kodex. Je to hlas svědomí v nás, který nám říká, že jsme udělali chybu. Některé ženy po potratu bojují s těžkými pocity viny. Ztrácejí vlastní hodnotu, domnívají se, že jejich chyba je natolik neomluvitelná, že nemají dál právo žít, nebo se jakkoliv radovat. Veškeré životní těžkosti přijímají jako trest za své provinění. Z pocitů viny mohou vycházet i ostatní symptomy PAS. Je důležité, aby žena trpící těmito pocity, dokázala přijmout své rozhodnutí, uvědomila si, že v životě děláme chyby, ale neztrácíme s nimi svou vlastní cenu.¹⁷ Na cestě za uzdravením a zbavením se pocitu viny je důležitý později zmíněný proces smíření a odpuštění.

Vina z přežití

Může souviset se syndromem přežití, který je zaznamenáván u jedinců, kteří přežili tragickou událost jako např. holocaust, válku, autonehodu, přírodní katastrofu apod. I ženy, které podstoupily interrupci, mohou cítit vinu, že ony „přežily“ a jejich dítě muselo zemřít. Většinou se tento syndrom přežití objevuje u těch žen, které byly nuceny se pro umělé ukončení těhotenství rozhodnout ze zdravotních důvodů. Trestají se za to, že se rozhodly pro

¹⁷ Luci Freedová-Penny Y. Salazarová, Čas k uzdravení -Naděje a pomoc při překonávání postabortivního syndromu, s. 101

sebe a ne pro dítě. Syndrom přežití může být někdy pozorován také u dětí, které jsou již narozené a nějakým způsobem zjistí, že jejich matka čeká dítě, které později potratí. Později si mohou pokládat otázky typu, proč já jsem přežilo a ono ne.

Úzkost

Jedná se o trvalý stav psychického napětí, jakési očekávání něčeho nepříjemného, ale člověk ani neví přesně, co to má být. Na rozdíl od strachu, který nás pudí k útěku, úzkost vede ke strnulosti.¹⁸ Ve chvílích ohrožení nás úzkost vede k vyšším výkonům, zostřuje naše smysly a pomáhá nám připravit se na nebezpečí. V mnoha případech tedy člověka chrání. Problém však nastává, pokud člověk prožívá stavy úzkosti bez příčiny ohrožení. Nachází se pak ve stálém napětí, strnulosti, které je pro náš organismus dosti vysilující a brání přirozenému životu. Nadměrná úzkost může způsobit to, že je pro člověka velice obtížné promyšlet a dělat i ty nejjednodušší věci.¹⁹

Deprese

Deprese je nemoc, která vede k vážnému životnímu utrpení a pocitům ztráty smyslu života.²⁰ Může navazovat na smutek ze ztráty- pak ale člověka ochromí, takže jeho fungování je vážně oslabeno.²¹

Deprese má tři stádia. Prvním stadiem je lehká deprese, se kterou se asi většina z nás, alespoň jednou za život setkala. Jsou to náhle pocity smutku, sklíčenosti bez zjevného důvodu. Další formou deprese je deprese střední a nakonec klinická deprese, která může vést až k sebevražedným úmyslům a na její léčbu, je zapotřebí zásah odborníka. Jen málo žen po potratu se potýká přímo s klinickou depresí, většina z nich je schopná fungovat v běžném životě a dál vykonávat své povolání. Cítí však často smutek, beznaděj a propadají náhlým záchvatům pláče. Obvykle nevidí žádný důvod pro toto chování a mají pocit nekontrolovatelnosti. Nemyslí si, že by jejich momentální potíže mohly mít nějakou souvislost s potratem. Zhoršuje se jejich pohled na sebe-sama. Mají pocity méněcennosti. Některé ženy se domnívají, že pokud selhaly jako matky, nic v životě už si nezaslouží. Trestají

¹⁸ Ján Praško a kol., Stop traumatickým vzpomínkám, s. 41

¹⁹ Ján Praško a kol., Stop traumatickým vzpomínkám, s. 43

²⁰ Ján Praško a kol., Depresivní porucha a jak ji překonat, s. 7

²¹ Ján Praško a kol., Depresivní porucha a jak ji překonat, s. 10

se za svoje chybné rozhodnutí, vyhýbají se společenským akcím, přátelům i rodině. Můžou cítit nechuť k veškerým činnostem, jako by je nic nebavilo, nenaplňovalo. Součástí deprese je také nespavost nebo poruchy příjmu potravy (nechutenství nebo naopak přejídání). Všechny tyto problémy, záleží na jejich intenzitě, můžou vést až k sebevražedným myšlenkám. Myslím, že veškeré tyto potíže dobře popisuje kniha: „Dala jsme jí jméno Nadine“, která je výpovědí ženy trpící PAS.

Vytěsnění

Emoce spojené s potratem jsou pro ženu často natolik bolestivé a zahlcující, že není schopná je přirozeným způsobem zpracovat. Proto je raději vytěsní a na událost jakoby zapomene, je uložena v nevědomí. Proto probíhají-li některé symptomy jako psychosomatické potíže, nebývají často ani odhaleny jejich příčiny, jsou pouze mírněny formou farmatik, nikoliv léčeny. Léčbou by se dala nazvat medikace ve spojitosti např. s psychoterapií. O to neočekávanější mohou být reakce při vynoření. Je dobré, má-li žena podpůrné, přijímající zázemí, kde si své pocity může odprožít, zpracovat.

Užívání alkoholu nebo jiných návykových látek

Často dochází k nadměrnému pití alkoholu nebo užívání jiných návykových látek. Ženy se tímto způsobem snaží otupět bolest a smutek, který v sobě cítí. Alkohol jim pomáhá zapomenout a utéct před realitou. Jeho konzumace se zvyšuje, aby se tento stav navozené uvolněnosti a zapomnění prodlužoval na maximum. Snadno pak nadměrné pití přechází k závislosti.

Sebevražedné pocity

Veškeré pocity viny, studu, úzkostné stavy, deprese a ostatní těžkosti mohou ženě natolik ztěžovat život, že ztrácí vůli dál žít. Žena po potratu je často osamocena, nemá se na koho obrátit a to jí může zavést, až do natolik bezvýchodné situace jakou je sebevražda. Většinou je toto chování spíše jakýmsi voláním o pomoc. M. Uchtmanová poukazuje na výsledky organizace Anonymní sebevrazi, která během 35 měsíců poskytla krizovou

intervenci u 5 620 jedinců, kteří se pokusili o sebevraždu, z nichž 1 800, bylo žen po potratu.²²

Pocit prázdnoty

Mnoho žen mluví o pocitu prázdnoty, který cítí v souvislosti s potratem. Jakoby nepřišli jen o dítě, ale také o část sebe sama. Mluví o vnitřní prázdnotě, jakoby uvnitř jejich těla, něco zemřelo či chybělo. Karin Lamplmairová ve své knize říká: *Přišla jsem potratem o duši a bez ní se nedá žít!*²³

Problémy v sexuálním životě

Gynekologové jsou ve velké většině toho názoru, že potrat má psychické následky ve formě postabortivního syndromu jen ve velmi malém měřítku a to většinou u žen, které již v minulosti trpěly psychickými problémy. Tento svůj názor povětšinou zakládají na výzkumech, které byly provedeny v 70. letech. Sexuální poruchy však jsou podle nich poměrně častým jevem u žen, které podstoupily uměle ukončené těhotenství.

*Dostupné údaje hovoří, že asi u 1/3 žen po interrupci dochází k přechodnému nebo i déletrvajícím snížení zájmu o sexuální život a pohotovosti k orgasmu. Nejčastěji se jako příčina udává podvědomý strach z nového otěhotnění, sebeobviňování, pocit viny, atd.*²⁴

U některých žen a to zvláště v poslední době, můžeme pozorovat jev opačný. Ženy se stávají promiskuitními.

Vztek, agresivita

Ženy často bojují s pocitem vzteku, někdy pocíťují vztek vůči samy-sobě nebo k lidem, kteří byli nějakým způsobem zapojeni do rozhodnutí o interrupci. Může to být partner, rodič nebo zdravotnický personál, který byl přítomen zákroku. Vzhledem k tomu, že tyto emoce ženy většinou považují za nežádoucí, potlačují je v sobě a časem mohou vést až k agresi.

²² John Wilke, Barbara Wilke, Člověkem od početí. Být či nebýt?, 1993, s. 137

²³ Karin Lamplmairová a kol., Dala jsme jí jméno Nadine, s. 28

²⁴ MUDr. Pavel Baran, Interrupce, s. 14

Snaha co nejrychleji znovu otěhotnět

Některé studie hovoří, že velké procento žen, brzy po potratu znovu otěhotní. Důvodem k tomuto jevu je snaha ženy nahradit své potracené dítě. Mají pocit, že narozením nového dítěte, zapomenou, že o jedno dítě již přišli. Ne vždy je však tato strategie účinná. Mnoho žen se často ve svých úvahách zabývá tím, jaké by asi bylo dítě, o které přišly a že jejich narozené dítě mohlo mít sourozence. Podle psycholožky Mgr. Michaely Kocnárové, která mimo jiné pracuje také s ženami po potratu, je v takových případech důležité, aby žena našla pro své ztracené dítě místo v rodině. Nenarozené dítě totiž často zabírá prostor dítěti žijícímu a trauma, které žena prožívá je přenášeno na dítě narozené. V momentě, kdy je vytvořeno místo v rodině pro ztracené dítě, získává tím svůj prostor i dítě narozené.

Poruchy příjmu potravy

V souvislosti s depresí a jinými problémy se může u ženy rozvinout porucha příjmu potravy. Může se jednat o nechutenství, které může končit až anorexií nebo naopak přejídání-žena hledá v jídle útěchu. Ženy postižené PAS mají někdy snahu vypadat odpudivě. Ztrácí zájem o svůj zevnějšek a přejídání nebo odmítání potravy může být za účelem, odvrácení zájmu okolí a to zejména mužů.

Poruchy spánku, noční můry

Některé ženy trpí dlouhodobou nespavostí, což značně snižuje jejich schopnost fungovat v normálním životě. Ve snech například potkávají své ztracené děti, které k nim vztahují ruce. Někdy se tyto sny mění ve velmi nepříjemné noční můry. Také se stává, že žena ve snu opakovaně prožívá svou interrupci. V případech, kdy žena trpí chronickou nespavostí a je vyčerpaná, je vhodné jí předepsat léky. A až posléze navázat s terapií.

Psychická otupělost

Vytěsněním veškerých pocitů spojených s potratem a nevyjádřením smutku nad ztrátou, kterou žena pociťuje, dochází k psychické otupělosti. Tím, že žena odmítne veškeré negativní emoce, není schopna zpracovat ani ty pozitivní. Není schopna prožívat smutek ani radost z věcí, které jí v životě potkávají. Toto otupení citů je někdy jinak nazýváno jako robot feeling. Mnoho žen po potratu opravdu takto popisuje své stavy, jakoby už ony samy neřídily své životy a byly jen jakýmsi strojem bez schopnosti vyjádřit a cítit emoce.

Tento stav, bychom také mohli nazvat zamrznutím, o kterém mluví ve své knize „Probouzení tygra“, Peter Levine. Inspiruje se instinktivním jednáním, které můžeme najít u zvířat, ale stejně tak i u lidí. Člověk reaguje na traumatickou zkušenost zamrznutím. V této obranné fázi organismu necítíme bolest a negativní emoce spojené s traumatem. Ačkoliv v těle pulzuje obrovské množství energie, navenek se jeví jako mrtvé.

Problémy ve vztazích

Mnoho vztahů, které prošly zkušeností potratů, končí rozpadem. Většinou se jedná o ty případy, kde byla žena donucena nebo navedena mužem či rodiči k potratu, ačkoliv toto rozhodnutí sama vnitřně odmítala. Po zákroku může cítit vinu a hněv, který obrací proti muži nebo rodině. Tato zkušenost může být často promítána i do budoucích vztahů, žena cítí nedůvěru vůči lidem a zvláště mužům. Může mít problémy s navázáním dlouhodobých a vážných vztahů.²⁵

Přílišná péče o již narozené děti

Některé ženy se po potratu příliš upnou na své narozené děti. Mají strach, že o své dítě přijdou nebo se jeho prostřednictvím snaží nahradit svému potracenému dítěti to, co mu nemohly dát. Přílišná péče však není pro děti pozitivní. Děti postrádají svobodu a to jim brání v osobnostním růstu a samostatném rozhodování.

Zanedbávání již narozených dětí

Někteří odborníci tvrdí, že existuje spojitost mezi zneužíváním dětí a potratem. Podle jejich výzkumů, ženy, které podstoupily potrat, mohou mít potíže s navázáním vztahu k dítěti. Tyto ženy bývají podrážděné a tak mohou například na pláč svého dítěte reagovat hněvem, který nemusí vždy kontrolovat. Zastáncem tohoto názoru je mimo jiné Prof. Dr. Philip Ney, který je dětským psychiatrem. Nebyl však proveden žádný výzkum, který by potvrdil toto tvrzení.

²⁵ Luci Freedová-Penny Y. Salazarová, Čas k uzdravení -Naděje a pomoc při překonávání postabortivního syndromu, s. 49

Nezdravá angažovanost v dobročinných organizacích nebo hnutích

Poměrně častou tendencí žen trpících postabortivním syndromem bývá nezdravá angažovanost v nejrůznějších hnutích. Ženy se tímto způsobem snaží odčinit pocit viny nebo zapomenout na svou bolestivou zkušenost. Dělalí něco, co považují za správné a často tomu věnují veškeré své úsilí a čas. Zapojují se například v hnutích, která bojují proti potratům nebo která naopak usilují o liberální potratové zákony. Také se někdy angažují ve skupinách pomáhající ženám po potratu, ale vzhledem k tomu, že jejich motivací je spíše se zbavit výčitek svědomí, na místo pomoci druhým a samy nemají zkušenost potratu zpracovanou, nejsou často ani schopny pomoc dál.

Opětovné prožívání potratu

Některé ženy se ve svých vzpomínkách nebo snech vrací k prodělanému zákroku.

Výroční syndrom

Jedná se o zhoršení stavu ke dni výročí potratu nebo očekávaného data porodu.

Vyhýbavé chování

Některé ženy mohou mít tendenci se vyhýbat určitým lidem nebo situacím, které by u nich mohly vyvolat nepříjemné vzpomínky. Toto chování je charakteristické také pro posttraumatickou stresovou poruchu, liší se pouze povahou tzv. spouštěčů. Člověk, který se stal obětí autonehody, se může vyhýbat např. řízení, žena, která má za sebou potrat se může vyhýbat dětem, těhotným ženám apod. Toto navenek poměrně neškodné chování, značným způsobem znepríjemňuje život oběti. Někdy se vyhýbavé chování může stát natolik nutkavým, že jedinec raději ani neopouští svůj domov a naprosto se izoluje od svého okolí.

Strach z neplodnosti nebo z dalšího těhotenství

Poměrně častým jevem může být strach z neplodnosti nebo dalšího těhotenství. Žena může mít pocit, že pokud již jednou selhala jako matka, nebude jí schopná být ani v budoucnu. V poslední době se někteří odborníci začínají věnovat spojitosti mezi potratem a neplodností. Některé ženy, které podstoupily interrupci, mají v podvědomí natolik silný strach z těhotenství nebo z neplodnosti, že jim to brání otěhotnět, ačkoliv jsou biologicky v pořádku.

5. Rozdílné prožívání zkušenosti potratu

Pokud budeme vycházet z tvrzení, že postabortivní syndrom je specifickou formou posttraumatické stresové poruchy, musíme také souhlasit s tím, že potrat může být určitým druhem traumatu. V tomto případě je důležité zmínit, že trauma je vždy individuální zkušenost. Stejnou situaci, kterou jedna osoba prožívá, jako trauma, může být pro někoho jiného snadno zvládnutelná překážka. Tato skutečnost nám dává poměrně jednoduchou odpověď na otázku: Proč některé ženy trpí tzv. postabortivním syndromem a jiné pokračují dál ve svém životě bez výrazných problémů? Pokud se ale touto otázkou budeme zabývat hlouběji, budeme hledat určité charakteristiky a predispozice, které ovlivňují prožívání žen. Ráda bych zde zmínila názory několika odborníků, které se tímto tématem zabývaly, a došli k určitým závěrům, které by nám mohli pomoci odhalit, co stojí v pozadí tolik rozmanitého prožívání žen zkušenosti potratu.

5.1. APA

Americká psychologická asociace, kterou jsem již zmínila v kapitole, která byla věnována shrnutím vědeckých výzkumů zabývajících se otázkou - jakým způsobem potrat ovlivňuje duševní zdraví ženy, se mimo jiné také zabývala faktory, které ovlivňují to, jakým způsobem zvládne žena zkušenost potratu. Na základě svého zkoumání APA rozeznala dva typy rizikových faktorů, které mohou mít negativní vliv na duševní stav ženy po potratu. Mohli bychom je také nazvat jako vnější a vnitřní rizikové faktory. Ty první vycházejí z vnějšku, tedy z okolí ženy, z prostředí v kterém vyrůstá, z kultury dané země a dalších okolností. Hlavním vnějším rizikovým faktorem APA ve své studii označila chudobu. Jedná se o jakýsi koloběh. Většina žen, které se rozhodnou pro potrat, je z chudého prostředí. Například výzkum z roku 2000 zjistil, že 57% z žen, které podstoupily interrupci, žije pod hranicí chudoby.²⁶ Součástí chudého prostředí je také vyšší výskyt sexuálního zneužívání, domácího násilí společně se znásilňováním, které častěji vedou k nečekanému těhotenství a následně k umělému ukončení těhotenství.²⁷ U žen, které byly již dříve vystaveny náročným životním situacím jako je například zneužívání či domácí násilí, je větší předpoklad k výskytu psychických problémů a zároveň mají tyto ženy menší schopnost zvládat další zátěžové a stresové životní situace jakou je například interrupce.

²⁶ American Psychological Association, Task Force on Mental Health and Abortion., s. 13

²⁷ American Psychological Association, Task Force on Mental Health and Abortion., s. 13

Vnitřním rizikovým faktorem, který může zvýšit u žen pravděpodobnost negativního dopadu potratu na jejich duševní zdraví, je osobní charakteristika dané osoby. Pokud je v osobní anamnéze ženy již dřívější problémové chování (například užívání drog nebo jiných návykových látek, brzké sexuální zkušenosti apod.) je větší pravděpodobnost, že se taková žena dostane do situace nechtěného těhotenství a rozhodne se pro potrat. V osobní anamnéze mohou také být již dřívější psychické problémy, což je největším předpokladem pro to, že se u ženy vyskytnou znovu. Mnoho studií také zjistilo, že ženy, které používají nevhodné zvládající strategie v zátěžových situacích, mají větší předpoklad pro duševní onemocnění. Pro tyto ženy tedy také může být potrat náročnou situací, kterou nejsou schopny zpracovat a vypořádat se s ní.

Další okolností, které může vést k psychickým problémům u ženy, která podstoupila umělé přerušování těhotenství, je společenská stigmatizace. Pokud je žena společností stigmatizována, označována např. za špatnou, hříšnou apod., bude i její pohled na sebe-sama ovlivněn tímto veřejným míněním. V návaznosti na to pak ženy mohou prožívat pocity viny nebo se cítit jako vadné a méněcenné. Zároveň zde hraje roli předpoklad společnosti na to, jak se žena s interrupcí vypořádá. Pokud společnost předpokládá, že se žena bude potýkat s psychickými problémy, pravděpodobně se i tak stane. Tuto návaznost dokázali v roce 1989 Mueller a Major ve svém výzkumu. (APA TFMHA, 2008).

Osobně se však nedomnívám, že by tento předpoklad v současné společnosti nebo alespoň v České republice panoval.

5.2. Luci Freedová a Penny Y. Salazarová

Psycholožka Luci Freedová a sociální pracovnice Penny Y. Salazarová, které se již několik let věnují ženám, čelícím neplánovanému či nechtěnému těhotenství nebo trpí postabortivním syndromem, také hledaly charakteristiky žen ohrožené PAS. Ve své praxi si všimly pěti rozdílných skupin žen, které jsou náchylnější k rozvoji postabortivního syndromu.

1) První skupinu žen ohrožených PAS jsou mladistvé, které ve svém raném věku ještě nemají dotvořené názory a je velká pravděpodobnost, že se během jejich dozrávání bude měnit žebříček hodnot. Pro dívku, která ve svých 16 letech považovala umělé přerušování těhotenství za jediné správné rozhodnutí, se může postupem času její pohled podstatně

změnit. Později může začít přemýšlet, zda to co tenkrát udělala, bylo opravdu správné a jaké by to asi bylo, kdyby se rozhodla jinak.

2) Další ohroženou skupinou jsou ženy, které v době potratu mají již jedno nebo více dětí. Uvědomují si již v této době, co to znamená být matkou. Mají zkušenost těhotenství a dostávají se do rozporu, proč již narozené dítě v určité době vývoje milovaly a chránily a druhé se dobrovolně rozhodly ztratit.

3) Do třetí skupiny patří ženy, které podstoupily potrat až v druhé třetině těhotenství. Čím je žena těhotná déle, tím více si svojí graviditu uvědomuje, může již cítit pohyby dítěte, čímž se těhotenství stává skutečnějším. Navíc v pozdní fázi těhotenství je mnohem větší riziko, že se žena setká se svým potraceným dítětem.

4) Předposlední skupinou žen jsou ženy, které byly k rozhodnutí o potratu donuceny. Pokud jde žena na interrupci a sama s tímto rozhodnutím nesouhlasí, je více než pravděpodobné, že se k tomuto rozhodnutí bude celý život vracet.

5) Naposledy jsou zde ženy, které zažívají hodnotový konflikt. Ať už z náboženského nebo z jiného důvodu s potratem morálně nesouhlasí, ale přesto se pro něj z nějakého důvodu rozhodly. (Luci Freedová a Penny Y. Salazarová, 2008)

5.3. PTSD

Jak už jsem zmínila v jiné kapitole, PAS bývá často považován za specifickou formu PTSD. Stejně jako existují okolnosti, které ovlivňují, jakým způsobem žena zpracuje zkušenost potratu, existují také určité charakteristiky jedince, které přepokládají vyšší riziko vzniku PTSD.

Je velmi pravděpodobné, že zde hraje roli vrozená zranitelnost. Další příčinou může být učení se v dětství. Předčasné odloučení od matky (nemocnice, jesle, školka) může být pro citlivé dítě silným stresorem, který vede k nedostatečnému pocitu bezpečí ve světě. Ve výchově pak hraje roli zejména nápodoba úzkostného rodiče. Matka nebo otec, kteří často vyjadřují obavy a starosti, fungují pro dítě jako vzor. Jinou výchovou, která vede k nadměrné úzkostnosti, je nadměrně trestající, kritizující nebo odmítavá výchova či výchova

k perfekcionismu. Zejména negativní životní události upevňují v dětství naučený pocit, že svět je nebezpečný, vyžaduje stálou ostražitost a kontrolu.²⁸

²⁸ Ján Praško a kol., Stop traumatickým vzpomínkám, s.51

6. Dostupné výzkumy na téma PAS

Otázkou, zda může žena, která podstoupí interrupci trpět psychickými zdravotními problémy, se zabývalo již mnoho studií a byla jí věnována řada odborných publikací. Často ale jejich závěry docházely k rozporuplným výsledkům. Většina z nich se dobrala závěru, že riziko následných psychických problémů je jen velmi malé. Nicméně několik z nich, naopak potvrdila stanovisko, že potrat může být pro ženu traumatickou zkušeností. Neustále dochází k živým debatám, kde spolu soupeří zastánci opačných stran a prosazují svá stanoviska. Kde je ale pravda? Je tato práce věnovaná jen jakémusi vymyšlenému termínu nebo je opravdu na místě se touto otázkou zabývat? V této kapitole bych chtěla představit několik z mnoha odborných výzkumů a jejich výsledky, které by nám mohly pomoci ujasnit, zda se opravdu jedná jen o jakýsi mýtus nebo reálný problém.

6.1. Koop, 1989

První studie na toto téma byla provedena v roce 1987 na požádání R. Reagana, tehdejšího prezidenta Spojených států amerických. Výsledek této studie měl přispět ke snaze zrušit liberální potratový zákon, jehož byl Reagan odpůrcem. Pověřen byl Everet Koop, ředitel Office of the Surgeon General (OSG). Jeho pověření bylo ostře kritizováno hlavně hnutím Prochoice, jelikož byl znám jako tvrdý odpůrce potratů a neměl žádné předchozí zkušenosti v oblasti veřejného zdraví.²⁹ Navzdory pochybám, Koop velmi důkladně prostudoval veškerou dostupnou vědeckou a lékařskou literaturu a konzultoval jí s mnoha odborníky. Na základě veškerých svých výzkumů poslal prezidentu Reaganovi v roce 1989 dopis, ve kterém mu sdělil, že:

Žádné doposud získané údaje nemohou dostatečně vědecky prokázat, zda by potrat mohl mít psychické následky na zdraví ženy. (Koop, 1989)³⁰

Doporučoval prezidentovi prozatím nevydávat žádné zprávy a byl rozhodnut ve výzkumu dále pokračovat. Byl přesvědčen, že výzkum má značné metodické nedostatky a nemůže být vědecky podložen. Nicméně zmínil, že psychické následky interrupce se značně

²⁹ National Abortion Federation, Abortion Myths, Post-abortion syndrome [online], URL: http://www.prochoice.org/about_abortion/myths/post_abortion_syndrome.html, (cit. 2012-4-18)

³⁰ Koop, C. E., The federal role in determining the medical and psychological impact of abortions on women, 1989, s. 241

liší u každého jedince, ale že důsledek z hlediska veřejného zdraví je nepatrný. (Koop, 1989b, p. 241).

6.2. Americká psychologická asociace (APA)

V únoru 1989 se rozhodla tímto tématem zabývat také Americká psychologická asociace a podnikla řadu přísně posouzených výzkumů. Snaha byla zjistit, zda může mít legálně a dobrovolně podstoupená interrupce v 1. trimestru u žen ve Spojených státech psychické následky. Výsledek tohoto výzkumů byl, že veškeré negativní reakce po umělém přerušení těhotenství jsou vzácné a projevují se ve spojitosti s běžným životním stresem.³¹ Také bylo zjištěno, že některé ženy mohou po potratu trpět nejrůznějšími psychickými problémy. Nebyla však prokázána spojitost mezi těmito problémy a interrupcí.

*Závěrem bylo, že závažné negativní reakce spojené s potratem jsou vzácné a jsou spíše spojeny s běžným životním stresem. Zatímco některé ženy mohou mít pocit lítosti, smutku nebo viny z potratu, jiné ženy cítí ohromnou úlevu a pocit štěstí.*³²

APA- Task Force on Mental Health and Abortion

Od roku 1989 bylo provedeno ještě velké množství studií. Ale vzhledem k tomu, že jejich závěry byly značně ambivalentní, Americká psychologická asociace se rozhodla v roce 2008 shromáždit, porovnat a shrnout veškeré vědecké výzkumy, které byly publikovány v anglickém jazyce od roku 1989. Pověřila tímto úkolem skupinu s názvem: Task Force on Mental Health and Abortion (TFMHA). Ve své práci APA chtěla získat odpovědi na tyto čtyři otázky: 1) *Poškozuje interrupce nějakým způsobem duševní zdraví ženy?* Ačkoliv se jedná o nejčastěji diskutovanou otázku, z vědeckého hlediska není možné se dostupnými způsoby dobrat k odpovědi. 2) *Jaké je relativní riziko psychických problémů spojených s potratem v porovnání s jeho alternativami?* (další možná opatření, pro které by se mohla těhotná žena rozhodnout v podobné situaci). 3) *Nakolik jsou časté psychické problémy u žen ve Spojených státech, které podstoupily potrat?* 4) *Co ovlivňuje rozdílné prožívání žen se zkušeností potratu?*³³

³¹ Adler NE, et al., Psychological factors in abortion. *American Psychologist*, 1992, 47 :1194-1204

³² Adler NE, et al. "Psychological responses after abortion." *Science*, April 1990, 248: 41-44.

³³ American Psychological Association, Task Force on Mental Health and Abortion., s. 7

Při porovnávání těchto studií bylo bohužel zjištěno, že většina z nich trpí závažnými metodologickými nedostatky, které později vedou ke zkreslujícím závěrům. Původním záměrem bylo porovnat veškeré práce, na jedné straně ty práce, které potvrzují negativní následky potratu na psychiku ženy a na druhé ty, které ho vylučují. Nicméně vzhledem k závažným metodologickým problémům byl tento původní závěr zamítnut a byly vybrány pouze ty z výzkumů, které byly provedeny pod nejpřísnějším dohledem.

Jak už jsem zmínila první dotazovaná otázka, byla posouzena jako nevhodná a proto se rovnou přesuneme k druhé otázce.

6.2.1. Otázka č. 2- Relativní riziko psychických problémů v porovnání s alternativami

TFMHA shromáždila 50 studií, které se zabývaly touto otázkou od roku 1990, do roku 2007. Většina z nich však vykazovaly velké množství chyb, proto byly vybrány jen některé z nich.

Gissler, 2004

Finský výzkum z r. 2004 byl posouzen jako jeden z nejlepších. Záměr tohoto výzkumu bylo porovnat počet úmrtí do jednoho roku u žen, které porodily a které potratily. Ze shromážděných dat však nebyl znát velký rozdíl. Byla však pozorována vyšší míra násilné smrti u těch žen, které potratily. Na základě shromážděných dat, tedy bylo zjištěno, že v životě žen, které podstoupily interrupci je vyšší riziko k násilí.³⁴

Fergusson, 2006

Autorem jednoho z dalších výzkumů, které bylo možno použít, byl Fergusson a kol. (2006). K této studii byl vybrán reprezentativní vzorek mladých žen z města Christchurch na Novém Zélandu. Cílem bylo porovnat výskyt psychiatrický onemocnění mezi ženami do 21 let, které potratily, porodily anebo nebyly vůbec těhotné. Ve výsledku bylo zjištěno, že u žen do věku 21 let, které měly jeden nebo více potratů, je vyšší počet psychiatrických poruch než u dalších dvou skupin. Na základě této studie, bychom tedy mohli říct, že u mladých žen, které měly potrat do 21 let, je vyšší riziko výskytu psychiatrických poruch než u žen, které

³⁴ Gissler et al. (2004b), Pregnancy-associated mortality after birth, spontaneous abortion, or induced abortion in Finland. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 190

své dítě porodily nebo nebyly nikdy těhotné.³⁵ Podle TFMHA však se i tato studie vyznačovala několika chybami, které zkreslují její závěr. Jednak použití srovnávacího vzorku s ženami, které nikdy nebyly těhotné, je nevhodné. Navíc nebyla vůbec brána v potaz chtěnost a nechtěnost těhotenství, která značně ovlivňuje pozdější prožívání žen. Výzkumný vzorek žen, které měly jeden nebo více potratů, tvořilo pouze 48 žen, což je extrémně málo. A naposled, byl tento výzkum proveden na Novém Zélandu, kde je potratový zákon mnohem více restriktivní než ve Spojených státech.

TFMHA prostudovala dalších 17 odborných článků založených na 19 studiích, které se snažily porovnat skupinu žen, které měly interrupci v 1. trimestru těhotenství s dalšími porovnávacími skupinami. Bohužel, ale tyto studie trpěly tolika metodologickými chybami, že je nebylo možno použít. Nicméně tyto studie nevykazovaly žádné velké rozdíly týkající se duševního zdraví mezi ženami, které podstoupily umělé přerušení těhotenství v prvním trimestru a mezi ženami z jiných porovnávacích skupin.

Gilchrist 1995

Studie ze Spojeného království od Royal College of General Practitioners and the Royal College of Obstetricians and Gynecologists, se od ostatních odlišovala svou metodologickou přesností a vysokou kvalitou. Jako výzkumný vzorek zde byly použity čtyři skupiny žen, z nichž všechny čelily neplánovanému těhotenství: a) ženy, které podstoupily umělé přerušení těhotenství b) ženy, které o potratu vůbec neuvažovaly c) ženy, které o potrat požádaly, ale byl jim zamítnut d) ženy, které se pro potrat původně rozhodly, ale nakonec změnily svůj názor. Studie prokázala, že u žen, které čelí neplánovanému těhotenství, není vyšší riziko výskytu psychických poruch než u těch žen, jejichž těhotenství skončilo potratem v porovnání s ostatními alternativními řešeními této situace.³⁶

Pokud porovnáme výzkum Fergusson a Gilchrist, Gilchrist mnohem lépe odpovídá výzkumné otázce. V jejich výzkumu byly vybrány jen ty ženy, u kterých se jednalo o neplánované těhotenství. Navíc tento vzorek nebyl omezen pouze na mladistvé ženy, tudíž lépe odpovídal většině. V poslední řadě je nutno poznamenat, že se jednalo o vzorek 6 410

³⁵ Fergusson et al. (2006), Abortion in young women and subsequent mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47

³⁶ Gilchrist, A.C. et al., Termination of pregnancy and psychiatric morbidity. *British journal of Psychiatry*, 167

žen v porovnání s 48 u Fergussona. TFMHA tedy důvěřuje spíše těm závěrům, které vplynuly z Gilchristovi studie.

Výzkumy věnované umělému přerušení pozdního těhotenství z důvodu abnormalit plodu

Dalším předmětem, na který se TFMHA zaměřila, byla otázka ukončených chtěných těhotenství z důvodu abnormalit plodu. K porovnání bylo použito šest výzkumů, které bohužel opět obsahovaly chyby. Výsledkem bylo zjištění, že ukončení chtěného pozdního těhotenství, může mít negativní psychické následky podobně jako při samovolném potratu nebo narození mrtvého dítěte. Autoři kladli důraz na to, že se jednalo o chtěná těhotenství, což může značně ovlivnit následné prožívání ženy. Upozorňovaly také na možné zkreslení výsledků výzkumu v případě, že není dostatečně odlišeno, zda se jednalo o chtěná či nechtěná těhotenství.

Přestože mnoha metodologických vad brání poskytnutí jasného důkazu o vztahu mezi potratem a narušením duševní rovnováhy ženy ve srovnání s alternativními řešeními neplánovaného těhotenství. Nejlépe prověřené vědecké závěry ukazují, že riziko vzniku psychických problémů u dospělých žen, které podstoupily umělé přerušení těhotenství v 1. trimestru, není vyšší, než u žen u kterých neplánované těhotenství končilo porodem.³⁷

Momentálně není ani jasně dokázáno, že by bylo riziko výskytu psychických poruch vyšší u těch žen, které podstoupily interrupci více než jednou. V případě ukončení chtěného těhotenství z důvodů abnormalit plodu, bylo zjištěno, že může být často doprovázeno psychickými komplikacemi podobným těm, s kterými se potýkají ženy po samovolném potratu, narození mrtvého dítěte nebo úmrtí novorozence.

6.2.2. Otázka č. 3- Četnost psychických zdravotních problémů mezi ženami, které potratily

Pro zjištění odpovědi na tuto otázku, je dle Americké psychologické asociace nutné, si předem stanovit určitá kritéria, podle kterých bude výsledek posuzován. Například musí být jasně definována míra, podle které bude posuzováno, zda je zdravá žena ještě v rovnováze či nikoliv. Použitý vzorek musí být reprezentativní pro většinovou populaci a musí být známo

³⁷ American Psychological Association, Task Force on Mental Health and Abortion., s. 90

rozšíření obdobných psychických problémů, které budou posuzovány, v celkové populaci. Bohužel žádný z výzkumů nesplnil předem daná kritéria, a proto nejsou přesvědčivé důkazy o tom, jaká je četnost psychických zdravotních problémů mezi ženami, které podstoupily interrupci. Pro většinu studií byly vybrány neobjektivní vzorky a nebyla zmapována rizika, která mohla ovlivnit výskyt psychických problémů (např. chudoba apod.).

S ohledem na tyto námitky, výskyt psychických zdravotních problémů pozorovaných u žen, které měly jeden, legální potrat v 1. trimestru těhotenství byl konzistentní s normativními míry pro duševní zdraví v obecné populaci v USA.³⁸

NSL, 1992

Například ve výzkumu prováděném NSL (National Longitudinal Surveys) od roku 1979, kde byl použit reprezentativní vzorek 12 686 mužů a žen, v té době ve věku 14-22 let. Odpovídalo v roce 1992 22% žen kritérium deprese. U žen, které podstoupily jeden potrat, odpovídalo 23% kritériím deprese. U žen, které měly více, než jeden potrat byla tato míra vyšší, jednalo se o 31%.

Nicméně skutečnost, že ženy, které podstoupily jeden potrat, nevykazují vyšší výskyt psychických problémů, neznamená, že tyto ženy nezažívají žádné problémy. Potrat je zkušeností, která je často doprovázena rozpolceností a směsí negativních a pozitivních emocí.³⁹ (Adler et al., 1990, Dagg, 1991). Proto některé ženy mohou pociťovat úlevu a jiné zažívat pocity smutku, viny a ztráty spojené s ukončením těhotenství. Některé z nich prochází depresemi a úzkostí. TFMHA však po prozkoumání veškerých studií, nenašla důkaz, který by jasně prokazoval, že tyto pocity musely nutně vycházet ze zkušenosti potratu. Jak už bylo zmíněno na začátku, jsou určité skutečnosti, které předcházejí nechtěnému těhotenství a potratu. Je to např. chudoba, životní okolnosti (vystavení domácím násilím, zneužívání), problémy v chování a osobnostní charakteristiky (jako např. způsoby a schopnost jak se

³⁸ American Psychological Association, Task Force on Mental Health and Abortion., s. 91

³⁹ Adler NE, et al. "Psychological responses after abortion." *Science*, April 1990, 248: 41-44. Dagg, P.K.B.(1991), The psychological sequelae of therapeutic abortion-denied and completed. *American Journal of Psychiatry*, 148

vypořádat se stresem). Tyto okolnosti mohou zároveň přispět ke vzniku a prohloubení pozdějších psychických problémů.⁴⁰

6.2.3. Otázka č. 4- Rozdílné reakce a prožívání žen se zkušeností potratu

TFMHA přezkoumala 23 článků založených na 15 studiích, které zkoumaly rozdílné odezvy žen na potrat. Veškeré výzkumy byly založeny pouze na vzorku žen, které potratily, a chybělo v nich použití srovnávacích skupin. Lépe hodnoceny, co se týče kvality provedení, byly studie prospektivní, které srovnávaly prožívání žen před a po potratu.

Nejlépe metodologicky hodnocené studie zjistily, že mezilidské problémy, pocity stigmatizace, potřeba utajení, nízká sociální podpora při rozhodování o potratu, negativně ovlivňuje pozdější psychologické zkušenosti žen. Více negativních zkušeností je také ovlivněno osobní anamnézou a osobnostními faktory jako nízké sebevědomí, nízká sebekontrola a využívání nepříznivých zvládacích strategií. (APA TFMHA, 2008)

Veškeré tyto rizikové faktory souvisí s horším zvládnutím stresových situací, do kterých patří i porod. Proto jsou i rizikem k výskytu poporodní deprese nebo laktační psychózy.

6.2.4. Shrnutí

Na základě komplexního posouzení a hodnocení empirické literatury od r. 1989, došla TFMHA k závěru, že u žen, které měly jeden právní potrat v 1. trimestru neplánovaného těhotenství, není vyšší riziko výskytu psychických onemocnění než u žen, které měly neplánované těhotenství, které skončilo porodem. Tento názor je v souladu s 1. výzkumem APA, provedeným v roce 1990. (Adler et al.)⁴¹

Zároveň však APA v této práci upozornila na značné metodologické chyby, které vykazovaly veškeré výzkumy, a nabádá k provedení dalšího výzkumu, který by se těmto chybám vyvaroval. I tak však projevuje své pochyby o tom, že by jeden výzkum mohl zjistit jaké je relativní riziko potratu a ukončit nekonečné diskuze na toto téma jednou provždy. Otázkou totiž je, jestli je vůbec možné vytvořit takový výzkum, který by dokázal zodpovědět kladené otázky a zda je možné empiricky vůbec pochopit, co žena po potratu prožívá a jaké

⁴⁰ American Psychological Association, Task Force on Mental Health and Abortion., s. 91

⁴¹ American Psychological Association, Task Force on Mental Health and Abortion., s. 92

jsou jeho dopady na její duševní zdraví. Také v závěru zdůrazňuje, že u žen po potratu nevyklučuje výskyt psychických problémů. (APA, 2008)

Na závěr této kapitoly je důležité zmínit, že veškeré výzkumy byly Americkou psychologickou asociací porovnávány s ohledem na to, zda podmínky, v jakých byly skutečnosti studií zaznamenávány, odpovídají podmínkám většinové americké společnosti. Informace vycházející z této studie můžeme tedy považovat za velmi cenné, ale nemůžeme je s jistotou převést na českou společnost.

7. Proces uzdravení

Velká část této práce byla věnována otázce, zda je postabortivní syndrom skutečným problémem nebo jen jakýmsi mýtem. V této kapitole bych zanechala hledání odpovědí a věnovala se tomu jak pomoci těm ženám, které trpí řadou symptomů a spíše než rozuzlení oné otázky, potřebují pochopení, přijetí a pomocnou ruku na cestě za uzdravením. V prvé řadě bych ráda zmínila, že ženy trpící tzv. postabortivním syndromem utrpěly ztrátu, která bude přítomna po celý jejich život a cílem práce s nimi není nahradit ztracené dítě, ale pomoc jim projít procesem truchlení a naučit je se znovu radovat ze života.

Existuje několik metod, které mohou být v práci s ženami postiženými postabortivním syndromem využity. Ty ženy, které jsou do života lépe vybaveny, využívají např. vhodné zvládající strategie a pracují se svými pocity, jsou schopny odstranit symptomy bez zásahu odborníka. Jejich snahu jim může ulehčit literatura zaměřená na toto téma a stává se jakýmsi průvodcem na cestě za uzdravením. Samozřejmě, ať už ženy bojují proti PAS samy nebo s pomocí odborníka, je vždy důležité, aby měly, pokud je to jen možné, podporu ze strany přátel a rodiny. V případech, kdy se stávají symptomy pro ženu natolik zahlcující, že není schopná je zpracovat sama, je zapotřebí vnější pomoci. V tomto případě se většinou jedná o léčbu pomocí farmakoterapie (pokud je nezbytná) doprovázenou psychoterapií.

7.1. Farmakoterapie

V některých případech je stav ženy natolik závažný, že je zapotřebí sáhnout k léčbě farmaky. Je však důležité zmínit, že tento způsob léčby neodstraňuje problém jako takový, ale jen zmírňuje (tlumí) jeho následky (symptomy). Proto je vhodné, aby farmakoterapie byla doprovázena psychoterapií. Představme si případ, kdy žena již několik po sobě jdoucích dnů nespala a zároveň trpí silnými depresemi. Pro terapeuta je v takové chvíli nemožné vést účinnou terapii, jelikož žena není ve stavu, kdy by byla schopná spolupracovat. V takovém případě je vhodné, aby ženě psychiatr předepsal léky, s jejichž pomocí bude schopná si odpočinout a připravit se na další léčbu.

Nejvhodnějšími léky pro osoby trpící PTSD nebo PAS jsou antidepresiva, která pomáhají vytvořit rovnováhu na těch neuronech v mozku, kde je nedostatek působků, nebo

jsou v nerovnováze a jsou vhodné pro dlouhodobou léčbu.⁴² Anxiolytika pomáhají při náhlém vzplanutí úzkosti, záchvatech paniky a poruchách spánku. Z hlediska dlouhodobého užívání jsou však nevhodné a to hlavně z důvodu návykovosti. (Praško a kol., 2003)

7.2. Individuální psychoterapie

Mnou popsaná metodika práce s ženami trpícími postabortivním syndromem je založena na odborné literatuře a na zkušenostech odborníků. Rozdělila jsem jí do několika bodů, které jsou - dle mého názoru, v práci s tímto druhem traumatu stěžejní, nemusí však jít v daném pořadí a mohou se překrývat.

7.2.1. Vytvoření pocitu bezpečí

V práci s touto cílovou skupinou je ještě důležitější věnovat dostatek času pro vytvoření příjemného a bezpečného prostředí. Ženy, které podstoupily potrat a vyskytly se u nich problémy s tímto zákrokem spojené, ať už tuto souvislost cítí nebo ne, jsou často uzavřené a je pro ně velice těžké o této zkušenosti mluvit a vyhledat potřebnou pomoc. Důvodem je jednak nastavení společnosti, ve které je téma potratu a jeho případných následků spíše tabuizováno. Jakýkoliv pokus ženy se se svým problémem někomu svěřit bývá často odmítán nebo její problém bagatelizován slovy typu: „To už máš přece za sebou, tak na to zapomeň. Nic důležitého se přece nestalo“. Což ženu nutí problém spíše skrývat (popírat) než s ním pracovat. Dalším důvodem, proč je pro ženu tolik těžké o své zkušenosti s někým mluvit, je pocit vlastního selhání, které doprovází pocity viny a méněcennosti. Mluvit o vlastních prohrách není snadné pro nikoho z nás, zvláště když jsou intimního rázu. Vynaložené úsilí, než se ženy odhodlají vůbec kontaktovat odborníka je často obrovské. Proto je zde tolik důležité, aby žena ze strany terapeuta cítila přijetí a získala místo, kde bude moci o svých problémech mluvit, aniž by byla odsuzována.

Vytvoření takového prostředí vyžaduje úsilí a čas, proto je časté, že jsou první setkání věnována pouze budování a nastolení vztahu mezi terapeutem a klientem. Klientka může v průběhu mluvit o svém běžném životě, ze kterého terapeut získá cenné informace o stavu a intenzitě problému. Tempo v jakém bude terapie probíhat, by mělo vždy vycházet z potřeb klienta. Práce s jakýmkoliv traumatem by měla být šetrná a pozvolná, proto terapeut musí vycítit, kdyby byla terapie pro klienta příliš zahlcující a zpomalit. Z počátku terapie je

⁴² Jan Praško a kol., Stop traumatickým vzpomínkám, s. 71

vhodnější se přímo nezabývat traumatem, nejdříve vytvořit pocit jistoty a postupem času se krok po kroku dostávat nepřímou cestou k traumatu. Při práci s postabortivním syndromem je většinou vhodnější, aby terapeutem byla osoba ženského pohlaví. Ženy postižené PAS často pociťují k mužům nedůvěru a je pro ně těžší se před nimi otevřít.

7.2.2. Uvědomění si svých pocitů a proces truchlení

Obranný mechanismus popírání, který ženy po potratu často využívají, znemožňuje potřebu zpracovat negativní emoce a posunout se v životě dál. Ve chvíli, kdy je mezi terapeutem a klientem vytvořen důvěrný stav je potřeba tyto pocity odkrýt. Klientka by si měla uvědomit, co vlastně cítí a pokusit se to vyjádřit. Někteří lidé jsou od mala vychovávaní v tom, že vyjadřovat své emoce a to zvláště negativní, je špatné. Jsou naučeni své pocity v sobě popírat a považovat jejich vyjádření za něco nevhodného. Tento způsob výchovy však vede k úzkosti a nadměrnému stresu. Emoce jsou tady, abychom je vyjadřovali - ne však proto, aby ovládly náš život. Pokud tyto emoce nejsou vyjádřeny, ale pouze potlačeny, jsou v životech žen všudypřítomné a svazují je, aniž by si to třeba uvědomovaly. Kniha Čas k uzdravení, které dává ženám naději a pomoc při překonávání postabortivního syndromu, říká:

City jsou pro zdravý život dobré, hodnotné a podstatné. Vaše city jsou hodnotnou a legitimní částí vašeho života. To co cítíte, není ani správné, ani špatné, ani nesprávné, ani dobré, prostě to tak je. Vzít na vědomí a vhodně vyjádřit emoce je zásadní. Je, ale stejně důležité znát rozumové důvody, které za těmito emocemi stojí. Schopnost emoce hluboce prožívat a dovolit energii z těchto emocí, aby ve vašem životě podněcovala pozitivní činy, je nedocenitelný dar.⁴³

Terapeut by měl tedy ženu pobídnout k tomu, aby své pocity odkryla. Někdy toto odhalování může být pro ženu velice náročné. Její dlouho potlačované emoce mohou jejich vyjádřením nabít takové intenzity, že se jich žena zalekne a opět se stáhne do sebe. Proto je zde důležitá přítomnost terapeuta, který tento proces musí regulovat a poskytnout jí potřebnou oporu.

S vyjádřením emocí, také vychází na povrch pocit ztráty a prázdnoty, kterou ženy potratem utrpěly. Nikdy však neměly příležitost tuto ztrátu oplakat. Proces truchlení hraje

⁴³ Penny Y. Salazarová, Luci Freedová, Čas k uzdravení, str. 83

v uzdravení ženy klíčovou roli. Stejně tak jako když ztrácíme milovaného člověka, máme potřebu nad jeho odchodem truchlit. Vzhledem k tomu, že žena cítí pocit viny, popírá v sobě i to, že by potratem mohla něco ztratit. K tomu nepřispívá ani postoj společnosti, která stejně jako žena tuto ztrátu odmítá.

Odborníci se shodují, že pojmenovat ztrátu pomáhá v procesu truchlení. Nemůžete říct sbohem tomu, co neznáte, nebo dítěti, jehož existenci jste ještě neuznala.⁴⁴

Ženám trpící postabortivním syndromem je doporučováno, aby pojmenovaly své ztráty. Ženy podvědomě cítí, že přišly o skutečné dítě, racionálně však tento pocit odmítají. Aby se mohly v životě posunout dál, je potřeba pocit ztráty přestat popírat a vynést ho na povrch.

Pokud je truchlení odsunuto, potlačeno, a to i vlivem léků, nemůže dojít k přijetí skutečnosti a k vyrovnání se se ztrátou, psychické zranění pozůstalého zůstává stále otevřené. Jeho život je plný úzkosti, napětí, osamocení, pocitů ztráty životního smyslu.⁴⁵

Ztrátu nepředstavuje jen dítě, ale často také např. vztah s partnerem, sebeúcta aj. Pro ženu je důležité, aby všechny tyto ztráty oplakala a zpracovala smutek s nimi spojený. Tento proces vyžaduje dostatek času, úsilí a pochopení okolí. Lidem, kteří v životě přišli o někoho blízkého, pomáhá při zpracování smutku práce se vzpomínkami na zemřelého člověka. Žena, která truchlí nad svým nenarozeným dítětem, žádné takové vzpomínky nemá. O to je pro ní náročnější tímto procesem projít a smutek zpracovat. Proto jí může pomoci své nepoznané dítě zhmotnit například tím, že mu dá jméno.

Ve chvíli, kdy nenarozené dítě dostane jméno, získá i vztah matky k němu na konkrétnosti, stane se uchopitelnějším a osobnějším.⁴⁶

V dnešní době často bývá opomínán smysl rituálů. Proto někteří terapeuti akt pojmenování dítěte prožívají s klientem rituálně (obřadně). Což dodá události na významu a pomáhá ženě lépe daný okamžik prožít. Například je připraven prázdný rámeček se jménem dítěte, hořící svíčkou a květinami.

⁴⁴ Penny Y. Salazarová, Luci Freedová, Čas k uzdravení, str. 86

⁴⁵ Tereza Soukupová, Umíme ještě truchlit?, Psychologie dnes, č.5/2006, (cit 2012-01-20)

⁴⁶ Lamplmairová Karin, Dala jsem jí jméno Nadine, s. 93

7.2.3. Převyprávění příběhu

Při léčení traumatu bývá často používán proces, ve kterém je klient opakovaně vystavován traumatickým vzpomínkám. Znovuprožívání traumatu, ale nyní v bezpečném prostředí, za podpory terapeuta bývá považováno za stěžejní část léčení traumatu. Ze začátku je vyprávění oběti traumatu doprovázeno velice silnými úzkostmi. Úkolem terapeuta je průběh vyprávění regulovat takovým způsobem, aby byl klient schopný ho snést. Opakovanou expozicí vzpomínkám pomáhá oběti si postupně vybavovat i ty části události, které z počátku jakoby zapomněl. Zároveň získává na událost jakýsi náhled, vnímá ji z jiného úhlu pohledu a je schopný ji a svůj podíl na ni zhodnotit reálněji než zpočátku.

Trauma postupně ztrácí svůj silný emoční náboj a zůstává jen nepříjemnou vzpomínkou.⁴⁷

Ačkoliv tato metoda, která je součástí kognitivně-behaviorální terapie, bývá v praxi často využívána, někteří odborníci tvrdí, že může oběti traumatu spíše retraumatizovat než uzdravovat. Můžeme se však shodnout, že převyprávění příběhu v bezpečném prostředí za podpory terapeuta, které není zbytečně opakováno, působí na člověka uzdravující silou. Myslím, že nejdůležitější je respektovat tempo a přání klienta. Pokud se chce v příběhu vracet, terapeut by měl toto přání respektovat. Tedy vracení k příběhu by mělo vždy vycházet z potřeby klienta, nebo pokud má terapeut pocit, že by bylo vhodné se k němu vrátit, může klientovi tuto možnost nabídnout a nechat ho svobodně rozhodnout.

7.2.4. Zpět k rozhodnutí

V práci s ženami s PAS bývá stěžejní se vrátit k rozhodnutí o potratu. Pohled na něj bývá často z pohledu ženy zkreslený. Většinou za něj přebírají veškerou zodpovědnost, ačkoliv se ho účastnily i další osoby. Je tedy důležité se s odstupem času a s podporou terapeuta podívat na něj reálněji. Žena by se měla pokusit si vybavit veškeré důvody, které k rozhodnutí vedly a hlavně pocity, které tenkrát cítila. Těhotenství je vždy doprovázeno velkými hormonálními změnami v těle, které ovlivňují psychiku ženy. V takovém období je velice náročné udělat tak zásadní rozhodnutí. Z práce se ženami po potratu vyplývá, že velká většina rozhodnutí o potratu nejsou úplně dobrovolná. Vždy je ovlivňováno vnějšími vlivy (partnerem, rodiči, sociálně-ekonomickou situací ženy apod.). Proto i když si žena tajně přeje dítě nechat, pod vlivem vnějších vlivů se rozhoduje podstoupit umělé přerušování těhotenství.

⁴⁷ Jan Praško a kol., Stop traumatickým vzpomínkám, s. 80

Klientky by se měly k rozhodnutí vrátit, znovu ho zhodnotit a případně předat část viny i ostatním, který se na něm podíleli. Zároveň, ale také přijmout svou část zodpovědnosti.

Kniha *Čas k uzdravení* poskytuje poměrně dobře vypracovaný návod, za jehož pomocí se dá snáze zhodnotit rozhodnutí o potratu. Popisuje čtyři druhy faktorů, které ovlivňují každé naše rozhodnutí. Jedná se o poměry (např. rodinné poměry, výše příjmu, zdraví, věk, vztah s otcem dítěte), zdroje (uspořádání života, jistota dostatečného příjmu, emocionální podpůrný systém), emoce (rozhodování je vždy ovlivněno emocemi, které člověka v dané situaci zaplavují) a poselství (vnější- partner, rodina, přátelé, společnost, vnitřní- vlastní postoje, sebe-hodnocení, myšlenky).⁴⁸ Pokud si žena sepíše veškeré faktory, které ovlivnilo její rozhodnutí, dokáže lépe rozpoznat, jakou část zodpovědnosti nese ona sama, a co byla schopná ovlivnit a co ne. Také si může uvědomit, jak náročná situace opravdu byla a jak bylo těžké v takové chvíli udělat tak zásadní rozhodnutí. (Penny Salazarová a Luci Freedová, 1996)

7.2.5. Přijetí viny

Stejně jako PTDS je i PAS spojený s pocity viny. Na rozdíl od obětí autonehod, znásilnění a jiných traumatických zkušeností, ženy trpící PAS svou část viny opravdu nesou a proto je práce s nimi v této fázi terapie náročnější. Zhodnocením rozhodnutí o potratu, které jsem popisovala v předešlém odstavci, pomůže ženě odstranit jen část viny, kterou v sobě nese. Stále v ní však zůstává část zodpovědnosti, kterou musí přijmout. Skutečným problémem však není pocit viny, který nám ukazuje, že jsme udělali něco špatného, ale pocity s ním spojené. Člověk pocítující vinu ztrácí často hodnotu sama-sebe. Cítí se bezcenný, vadný a často u něj dochází k sebepoškozování, kterým se trestá za své prohřešky. Klíčovým momentem je, aby si žena uvědomila, že ačkoliv učinila něco, co považuje za špatné, neztrácí svou vlastní hodnotu. I nadále si zaslouží žít a radovat se. Úlohou terapeuta je, aby v průběhu celé terapie pomohl ženě pocit vlastní hodnoty znovu nalézt a obnovit ji. A to například tím, že ji bude povzbuzovat, chválit za pokroky a zvýrazňovat její přednosti.

7.2.6. Odpuštění a Smíření

Pokud se žena vrací k rozhodnutí a zjistí, že část viny nese i někdo další, u ženy vyvstanou i pocity vzteku a nenávisti vůči osobám zahrnutým do rozhodnutí o potratu.

⁴⁸ Penny Y. Salazarová, Luci Freedová, *Čas k uzdravení*, s. 75

Terapeut by měl ženu požádat, aby tyto emoce a pocity vůči ostatním lidem nepotlačovala, ale vyjádřila.

Pokud je schopná tyto pocity vyjádřit a dostat ze sebe, postupem času může být schopná i odpustit. Proces odpuštění vyžaduje čas. Někdy může trvat měsíce, někdy týdny a někdy dokonce roky. Když se jednou žena rozhodne do tohoto procesu vstoupit, musí ho i dokončit. Neodpuštění ženu svazuje a udržuje v ní pocity nenávisti a vzteku, jichž se musí zbavit a díky odpuštění znovu nalézt ztracenou svobodu. Z počátku by si žena měla uvědomit, komu a co potřebuje odpustit. Může ji pomoci si sepsat seznam. Žena, které podstoupila potrat, zpravidla cítí vztek vůči partnerovi, rodině, lékařům a také vůči sobě. Odpustit sama sobě bývá často nejtěžším úkolem. Odpuštění může žena vyjádřit například sepsáním dopisu, který nemusí být nikdy odeslán nebo osobním setkáním s dotyčnou osobou. Pokud se žena rozhodne pro druhou variantu, měla by si předem položit otázku, zda toto setkání nebude pro ni a pro daného člověka spíše zraňující. V takovém případě je vhodnější napsat dopis, který může být stejně osvobozující.

Klientky se často svého terapeuta ptají, jak zjistí, že už odpustily. Někdy se mylně domnívají, že odpustit znamená již nikdy necítit bolest. (Penny Salazarová a Luci Freedová, 1996)

Zkušenost odpuštění je vždy osobního rázu a každý jedinec ji může prožívat odlišným způsobem.

Lewis B. Smedes však popisuje několik etap odpuštění, díky nimž může být snazší se v procesu odpuštění zorientovat.

1) Bolest- První fáze je provázena pocitem hluboké a nepopsatelné bolesti.

2) Nenávist- Člověk cítí nenávist vůči osobě, která mu způsobila zranění. Není schopen na křivdu zapomenout a přeje druhému stejné utrpení, jaké sám prožívá.

3) Uzdravení- Jedná se o moment kdy zraněný člověk prožívá uzdravení a znovu získává ztracenou svobodu.

4) Setkání- V této fázi je člověk schopen dříve nenáviděného člověka znovu pozvat do svého života. Někdy je, ale zranění natolik hluboké, že k této fázi nikdy nedojde. Člověk by však již neměl k dané osobě pociťovat nenávist a být schopný mu přát i dobré. (Lewis B. Smedes, 1984)

I když se ženě podařilo odpustit, má za sebou jen část procesu odpuštění. První částí je odpuštění darovat a druhou odpuštění přijmout. Ne všechny ženy tuto potřebu pocítují. Většinou se jedná o odpuštění ze strany mrtvého dítěte a u věřících žen odpuštění Boha. Ačkoliv se to může zdát snadné, pro ženy může být tato fáze náročnější než ta předchozí. Ženy trpící PAS mají často poškozené pojetí sebe-sama. Cítí se jako bezcenné a vadné a proto můžou mít pocit, že ony samy si odpuštění nezaslouží. Někdy se snaží konat dobré věci, aby odčinily vinu a mohly odpuštění přijmout. Tyto domněnky však nejsou správné, protože odpuštění se nedostává za něco, co jsme učinili, ale přichází z milosti.⁴⁹

Prosit o odpuštění své dítě může žena opět zrealizovat formou dopisu. Některé ženy píšou svým nenarozeným dětem básně, ve kterých je žádají o odpuštění.

Věřící ženy mají pocit, že se dopustily neodpustitelného hříchu a že možná až po několika letech, kdy se žena bude snažit dosáhnout odčinění, jí Bůh bude moci odpustit. V rámci terapie je neobyčejně užitečné použít analogie o milujícím rodiči a litujícím dítěti, pokud se s ním může žena ztotožnit. (Help for post-abortion Women, 1994).

Jednou večer po setkání terapeutické skupiny žen po potratu, kde Norma zápasila s myšlenkou Božího odpuštění, se jí vedoucí skupiny zeptal, co čeká od svého malého syna, když udělá něco špatného. „Chci, aby uviděl to, co udělal, mýma očima, aniž by zapíral nebo vymýšlel výmluvy pro to, co udělal.“ Odpověděla. „A chci vědět, že je mu to doopravdy a upřímně líto.“ Byla velmi udivená, když se jí terapeut zeptal, jestli někdy zůstala chladná a trestala svého syna dál, když viděla, že opravdu lituje toho, co udělal. „To by přece nikdo neudělal,“ řekla. „Je to mé dítě- mám ho ráda.“ Tak si pomalu začala uvědomovat, že Bůh, jako její milující Otec, jen pět let trpělivě čekal, až přijme jeho odpuštění.⁵⁰

7. 2.7. Práce s tělem

V kapitole, která byla věnována souvislosti PTTS a PAS jsem zmínila Petera Levine, který nabízí nový pohled na trauma a jeho léčbu. Vznik PTTS považuje za následek nedokončených obranných reakcí, které nechávají v těle uvězněno obrovské množství energie. Ta se později dostává na povrch v podobě symptomů. Posttraumatická stresová

⁴⁹ Penny Y. Salazarová, Luci Freedová, Čas k uzdravení, s. 144

⁵⁰ Teri K. Reisser, Paul C. Reisser, Help for post-abortion Women, s. 18

porucha je tedy podle něj především fyziologického původu a proto, pokud chceme dosáhnout úplného uzdravení je zapotřebí pracovat také s tělem, ne pouze s duší.

Jedním ze znaků traumatizovaného člověka je tzv. znovu sehrávání. Člověk, který prošel traumatickou situací má tendenci znovu sehrávat podobné situace té původní. Cílem je rozhršení daného okamžiku, ve kterém jedinec dříve selhal. Jelikož však jedinec většinou není dostatečně vybaven a zážitek je pro něj příliš zahlcující, zažívá znovu a znovu selhání, které vede k re-traumatizování. Tedy namísto toho, aby člověk dokončil dříve nastartovanou obrannou reakci a byl schopen vystoupit z bludného kruhu traumatu, se znovu ocitá v pozici oběti.⁵¹ Například dívky, které byly v dětství zneužívány, si v dospělosti hledají partnery, kterými jsou znovu zneužívány a stávají se oběťmi domácího násilí. U některých žen, které podstoupily umělé přerušování těhotenství, můžeme pozorovat podobné chování. Ačkoliv pro ně zkušenost potratu byla bolestivá, podstoupí někdy jednu i více dalších interrupcí.

Ve chvíli, kdy jedinec prožívá nebo si vybavuje podobný okamžik tomu, kterým byl traumatizován, se tělo dostává do stavu vysoké aktivace. V takové chvíli by měl být přítomný terapeut, který pomůže klientovi zážitek zpracovat a mobilizovanou energii z těla vybit. Na rozdíl od Praška však Levine přistupuje k vybavování události jiným způsobem. Tvrdí, že snaha si přesně vybavit vzpomínky na traumatický zážitek člověka neléčí, naopak ho pohlcuje a prohlubuje jeho zranění. Při léčení traumatu je důležité, aby se pacient spojil se svým tělem (pocitovaným smyslem) a nijak neomezoval průběh léčení, např. snahou neustále interpretovat co se uvnitř něho děje. Terapeut by měl tento průběh regulovat, a pokud jsou pro něj emoce příliš zahlcující, pomoci mu se s nimi vypořádat.

7.3. Skupinová psychoterapie

Poměrně úspěšným způsobem léčby u PAS bývá využití skupinové terapie. Ženy získávají pocit, že nejsou jediné, kdo se potýká s podobným problémem, a v rámci skupiny pocítují vzájemnou podporu. Díky přijetí ostatních a neodsuzujícímu přístupu je žena lépe schopná znovu nabýt hodnotu sama-sebe a přijmout svou část viny na rozhodnutí o potratu.

⁵¹ Peter A. Levine, Ph.D. a Ann Frederick, *Probouzení tygra*, s. 189

V České republice je však téma postabortivního syndromu spíše tabuizováno nebo odmítáno a tak chybí i prostor pro vznik podobných skupin. Nicméně v rámci skupinové terapie dochází k podobnému procesu léčení jako u terapie individuální a současně sebou nese i několik výhod, které jsem již uvedla na začátku tohoto odstavce. Většinou záleží na konkrétní osobě, zda dá přednost individuální terapii, nebo naopak skupinové.

Na konci této kapitoly je důležité si položit otázku: **„Jak vlastně poznáme, že je již žena uzdravena?“**

Je důležité říct, že léčba traumatu je během na dlouhou trať, nicméně během celého průběhu a hlavně na jeho konci by žena měla pociťovat úlevu. Ať už je pravda o prenatálním vývoji jakákoliv, faktem pro ženu potýkající se z postabortivním syndromem je, že pociťuje ztrátu a to ztrátu nenahraditelného dítěte. Tato ztráta bude pravděpodobně v jejím životě navždy. Úspěšná terapie neznamena odstranění této ztráty. Nejjednodušším ukazatelem uzdravení je však to, že je žena schopna se znovu radovat, prožívat každodenní radosti i těžkosti a pociťovat smysl života.

8. Dostupná pomoc pro ženy trpící PAS v ČR

Žena trpící postabortivním syndromem se může v podstatě obrátit na jakéhokoliv psychologa nebo psychoterapeuta. Nicméně vzhledem k tomu, že téma postabortivního syndromu je nejasné a mnoho odborníků se domnívá, že PAS je spíše mýtus než skutečný problém, může se taková žena setkat s nepochopením a odmítnutím. V naší zemi neexistuje instituce, která by byla vyhrazena pouze pro ženy trpící tímto druhem syndromu, jsou však místa, kde se tímto problémem zabývají alespoň částečně.

8.1. Poradna pro ženy a dívky

Poradny pro ženy a dívky, provozované Občanským sdružením ONŽ – pomoc a poradenství pro ženy a dívky, poskytují poradenství ženám, dívkám i rodinám v obtížných situacích souvisejících s těhotenstvím, mateřstvím, rodičovstvím a vztahovými problémy. A to prostřednictvím sítě poraden a telefonické krizové linky. (Výroční zpráva o. s. ONŽ, 2010)

Nezaměřují se tedy přímo na problematiku postabortivního syndromu, nicméně nabízejí pomoc a přijetí všem ženám, které se na ně obrátí. Mezi klientky ONŽ patří i ženy právě s PAS.

8.2. Aqua Vitae

Posláním poradny Aqua Vitae je poskytovat internetové poradenství a telefonickou krizovou pomoc všem ženám, které se nachází v těživé životní situaci, spojené především s neplánovaným těhotenstvím.⁵²

Zároveň poradna poskytuje na vyžádání terapeutická sezení. Specializuje se i přímo na problematiku tzv. Postabortivního syndromu. Ačkoliv jsem byla k provozu poradny Aqua Vitae prve spíše skeptická a to z důvodu, že jejím provozovatelem je hnutí Pro-life, které se zásadně zasahuje v boji proti potratům. Dle mého názoru, v některých případech nevhodným způsobem, který ženy po potratu může spíše zraňovat. Po setkání s psycholožkou poradny jsem byla nucena změnit názor.

V roce 2010 zaznamenala poradna 39 telefonických nebo emailových kontaktů z tématikou

⁵² Výroční zpráva poradny Aqua Vitae 2010 [online], URL: http://linkapomoci.cz/vyrocní_zprava_2010.pdf, (cit. 2012-2-17)

postabortivního syndromu. Psycholožka Mgr. Michaela Kocnárová, s kterou jsem měla i o její práci možnost hovořit, doprovázela v roce 2010 sedm klientek, z čehož dvě byly po spontánním potratu a zbylých pět po umělém přerušení těhotenství.

8.3. Občanské sdružení Dlouhá cesta

Posláním občanského sdružení Dlouhá cesta je nabídnout pomocnou ruku rodičům, které přišli o dítě. V rámci tohoto sdružení probíhá také projekt Prázdná kolébka, který se zaměřuje na pomoc pro ženy a jejich rodiny po spontánním potratu nebo pro ty, jejichž dítě zemřelo krátce po porodu.

8.4. Krizové centrum RIAPS

Krizové centrum Riaps je zdravotnické zařízení poskytující komplexní péči o člověka v náročných životních situacích, které ohrožují jeho psychické zdraví. Spojuje psychology, psychiatry, zdravotní sestry- terapeutky a sociální pracovníci do jednoho týmu, který pomáhá klientům při aktivním řešení jejich problémů. Používané metody jsou především krizová intervence, individuální a skupinová psychoterapie, relaxační techniky a jiná práce s tělem, farmakoterapie a sociální poradenství.⁵³

⁵³ Centrum sociálních služeb Praha- Krizové centrum Riaps [online], Dostupné z: <http://www.csspraha.cz/krizove-centrum-riaps>, (cit. 2012-04-20)

Shrnutí teoretické části

Použité vědecké studie neprokázaly spojitost mezi interrupcí a následnými psychickými problémy, zároveň však nevykloučily jejich výskyt. Z výzkumů sice vyplývá, že následky interrupce na duševní zdraví ženy jsou vzácné, zároveň ale také upozorňuje na nutnost se danou problematikou dále zabývat. Některé ženy totiž opravdu prožívají různé psychické potíže, které jsou shrnuty pod názvem postabortivní syndrom. Ze závěru studií však nebyla zjištěna jejich přímá návaznost na interrupci. Podobné potíže se totiž objevují také u žen, které neplánovaně (nechtěně) otěhotněly a dítě donosily. Z tohoto závěru vyplývá, že neplánované těhotenství a s ním, v některých případech i pozdější, rozhodnutí o interrupci je velice náročnou životní situací. Nadměrný stres, který je neoddelitelně spjatý s tímto obdobím, je část žen schopna poměrně úspěšně zvládnout a jít v životě dál. Některé z nich, které jsou do života hůře vybaveny (větší vrozená zranitelnost, špatné učení v dětství, již dřívější traumatizace apod.) a neměly možnost své rozhodnutí dostatečně či svobodně zvážit, nejsou schopny samy toto období akutního stresu zvládnout a později se v důsledku jeho nezpracování, mohou potýkat se závažnými psychickými obtížemi. Symptomy tzv. postabortivního syndromu jsou shrnuty ve čtvrté kapitole, nejčastěji se jedná o deprese, pocity viny, nespavost, vztahové problémy, pocit prázdnoty a závislosti.

Při výskytu, bezprostředních či pozdějších psychických problémů, nejčastěji dochází k jejich potlačení. Žena má strach o svých problémech s někým mluvit a tak jejich řešení většinou odsouvá. Postupem času, dříve snáze řešitelné potíže, nabývají na intenzitě a znepríjemňují ženě osobní i pracovní život. V těch lepších případech žena nakonec vyhledá pomoc odborníka nebo alespoň někoho, komu se může svěřit. Ani v tuto chvíli však nemá vyhráno. Vzhledem k tomu (jak jsem již zmínila v předešlém odstavci), že nebyla vědecky prokázána souvislost mezi umělým přerušением těhotenství a duševními problémy, mnoha odborníků tuto spojitost ani nehledá. Proto často dochází k tomu, že ačkoliv žena vyhledá odbornou pomoc, jsou řešeny problémy zástupné, na místo těch stěžejních. Samozřejmě u takto postižených žen se častou vyskytují i jiné problémy, vycházející například z primární rodiny, nefungujícího manželství nebo již z dřívější traumatizace. Proto je úkolem terapeuta, pracovat se všemi zraněními, které klientka během života utrpěla. Uvážíme-li, že se žena dostane do dobrých rukou, existují různé metodické postupy, které mohou ženám postiženým PAS pomoci.

Jelikož je však toto téma spíše tabuizováno, anebo se o něm pouze diskutuje, je i pomoc takto postiženým ženám u nás, zatím pouze ve stádiu rozvoje. Momentálně existuje v České republice pouze jediná organizace, která se zaměřuje přímo na tuto problematiku, a to poradna Aqua Vitae, provozovaná Hnutím Pro-life (Hnutí pro život). Další organizace, které mají s tímto typem klientek či pacientek zkušenosti, nabízí pomoc spíše v jiných obtížných situacích, ale pokud přijde někdo, kdo potřebuje pomoc se zpracováním zkušenosti umělého přerušení těhotenství, je mu v bezpečném prostředí poskytnuta. Ačkoliv všechny pracoviště, se kterým jsem se v rámci své bakalářské práce setkala, fungují dle mého názoru velmi dobře a věřím, že ženám trpícím tzv. postabortivním syndromem poskytují prostor, kde naleznou přijetí, bezpečí a hlavně odborné vedení při zpracování této zkušenosti a pocitům s ní spojených. Stále se domnívám, že pomoc nebo spíše její dostupnost je u nás nedostatečná. I když existují místa, kam se žena v případě problému může obrátit, nikdo jí o nich neinformuje a ona tak často neví, že vůbec takové místo existuje. Myslím, že v zájmu společnosti, by bylo vhodné zřídit nestranné poradenství pro ženy před a po potratu nebo alespoň spolupracovat s již rozjetými poradnami. To, že je žena často při rozhodování nebo později s psychickými problémy osamocena, považuji za stěžejní překážku.

10. Kazuistiky

10.1. Úvod

Praktickou část jsem se rozhodla věnovat kazuistikám, tedy popisu a výkladu konkrétních případů. Jejich prostřednictvím bych chtěla, pro lepší představu demonstrovat, jak vlastně vypadá tzv. Postabortivní syndrom v praxi a zda se projevuje podobným způsobem, o kterém jsem mluvila v teoretické části. Ačkoliv jsem hned v úvodu práce uvedla, že se budu zabývat postabortivním syndromem spíše u žen, které podstoupily umělé přerušování těhotenství, v praktické části jsem se rozhodla uvést i kazuistiky žen po spontánním potratu. Důvodem je hlavně možnost porovnání těchto dvou zkušeností a jejich následného prožívání.

Z počátku jsem chtěla v rámci praktické části provést výzkum, ale vzhledem k citlivosti tématu jsem se nakonec rozhodla pro kazuistiky, které se dle mého názoru zdají pro tuto tematiku lepším řešením. Necítím se dostatečně kompetentní k tomu, abych v někom otevřela bolestivou zkušenost bez následného ošetření.

První část je věnována případům žen po umělém přerušování těhotenství. V druhé části jsou kazuistiky žen po potratu spontánním. Veškeré osobní údaje žen jsou pozměněny.

10.2. Část první- příběhy žen po umělém přerušování těhotenství

10.2.1. Kazuistika č. 1

Jméno: Alena

Věk: 45 let

Osobní údaje:

Alena je vyučená jako švadlena. Nicméně toto zaměstnání nikdy nevykonávala. Celý život těžce fyzicky pracovala. V posledních letech je zaměstnaná jako uklízečka. Je vdaná za svého prvního muže, s kterým má syna (26 let). Syn žije v ústavu pro mentálně postižené. Manželé si později adoptovali pětiletého chlapce romského původu, s kterým měli v období dospívání velké výchovné problémy. V současné době je za krádeže již několik let ve vězení. Od svého manžela se Alena před několika měsíci odstěhovala, z důvodu manželských neshod a nezodpovědnému nakládání manžela s penězi.

Důvody k interrupci: Oba dva zákroky podstoupeny z důvodů zdravotních potíží a abnormalit plodu.

Osobní anamnéza:

Ve 21 letech Alena porodila svého prvního syna. V těhotenství trpěla zdravotními potížemi, ale nedostala od lékaře neschopenku a tak i přesto musela těžce pracovat. Po porodu jí dítě ani neukázali, mysleli si, že brzy zemře. Syn, ale přežil a tak si ho Alena mohla odnést domů. Byl však těžce postižený. Lékaři jí varovali před dalším otěhotněním. Alena od té doby žila ve strachu. Po pěti letech znovu otěhotněla. V polovině pátého měsíce se ale z genetického vyšetření zjistilo, že dítě by mohlo trpět ještě větším postižením než dítě první. Paní Alena a její manžel si chtěli dítě nechat. Snažila se dělat vše pro to, aby dítě donosila, ale měla zdravotní potíže a tak po několika týdnech lékaři rozhodli, že by interrupci měla podstoupit ze zdravotních důvodů. Paní Alena s tímto rozhodnutím příliš nesouhlasila, byla vždy proti umělým potratům. Nakonec však, kvůli tlaku okolí, potrat podstoupila. Před zákrokem se cítila velice nepříjemně, měla pocit, že dělá něco, co vlastně sama dělat nechce. Chtěla utéct, ale nenašla v sobě dostatek sil. Po zákroku Alena cítila prázdnotu, pocit viny, stud a lítost.

S manželem si velice přáli druhé dítě a tak asi po roce, Alena znovu otěhotněla. Její třetí těhotenství probíhalo podobně jako to druhé. U dítěte byla znovu zjištěna genetická vada a Alena tentokrát, bez delšího přemýšlení o následcích, opět podstoupila interrupci. Brzy po zákroku u ní nastoupily podobné pocity jako po prvním potratu, tentokrát však byly o něco intenzivnější.

Trpěla depresemi, měla neustálý pocit prázdnoty, nespokojenosti sama se sebou a postrádala smysl života. Cítila, že je na všechno sama, nemá oporu, nikoho komu by se mohla svěřit. Celou záležitost si snažila racionálně vysvětlit, opakovala si, že dítě by ze života nic nemělo a je to pro něj tak lepší. Bohužel jí to neposkytlo potřebnou úlevu. Rozhodla se tedy, že na vše zcela zapomene a vymaže tuto zkušenost navždy ze svého života. Dělal vše pro to, aby byla neustále zaneprázdněna a neměla tak čas o události přemýšlet. Hodně pracovala a volný čas se snažila vyplnit zájmovou činností. V práci ani v zájmových činnostech však nenašla žádné naplnění. Alena říkala, že se cítila jako vrah, přestože věděla o genetickém postižení. Manžel se jí snažil utěšovat a vysvětloval jí, že to není její vina.

Věděla, že nemůže porodit zdravé dítě a tak si, několik let po interrupci, adoptovala dítě romského původu. Částečně jí to pomohlo, soustředila se na výchovu dítěte, ale v myšlenkách se pořád vracela ke svým dvěma nenarozeným dětem.

Když někdo mluví o dětech, Alena se rozpláče. V době výročí potratů vzpomíná, kolik by dětem asi bylo let. Alena má problém vyjádřit city nebo emoce. Když vidí dítě, chtěla by si ho pochovat, ale není schopná na něj ani promluvit, natož ho vzít do náruče.

Terapie:

Paní Alena kontaktovala poradnu na doporučení známé. Po příchodu se jí ujímá jedna z pracovníků poradny. Alena začíná mluvit o svém životě, zaměstnání a manželství. Postupem času, když cítí ze strany terapeutky přijetí, se začíná více otevírat. Mluví o svém prvním synovi a o adoptovaném chlapci, se kterým bohužel zažívá spíše zklamání. Byl odsouzen na několik let odnětí svobody za krádeže. Později se dostává i k interrupci. Střídavě pláče, je vidět, že mluvit o této zkušenosti jí působí bolest. Cítí velkou vinu. Celý život si rozhodnutí, které tenkrát udělala, vyčítá. Veškerou zodpovědnost vkládá na sebe.

Po prvních sezeních cítí Alena velkou úlevu. Přiznává, že je to poprvé co s někým otevřeně mluvila o svých pocitech. Říká, že jí spadl veliký kámen ze srdce. Dlouho potlačované pocity se konečně po několika letech dostaly na povrch. Přetrvává však pocit viny a selhání.

Na dalších sezeních je vidět pokrok, Alena je uvolněná a ochotně vypovídá o dalších prožitcích. Terapeutka se s klientkou vrací zpět k rozhodnutí. Alena se s odstupem času a s pomocí terapeutky dívá na rozhodnutí reálněji, připouští, že kdyby v jejím okolí nebyli lidé, kteří jí nutili k potratu, dítě by si nejspíš ponechala. Uvědomuje si, že nemusí nést veškerou vinu za rozhodnutí, které tenkrát učinila.

Během roční terapie dochází u Aleny k velikým pokrokům, zbavila se části viny, je schopná o zkušenosti hovořit. Stále má však problém udělat krok dopředu, soustředit se na současný život. Neustále se vrací k nenarozeným dětem. Potřebuje nějakou vzpomínku, aby se s nimi mohla rozloučit, něco uchopitelnějšího. Terapeutka jí navrhuje dát dětem jméno. Alena přijímá. Podvědomě cítí, že se jednalo o holčičky a tak jim dává jméno Sofie a Tereška. Cítí značnou úlevu.

Na poslední sezení přichází s úsměvem na tváři, je vidět, že se jí daří lépe. S terapeutkou se domlouvá na ukončení terapie s možností se v případě potřeby kdykoliv vrátit.

10.2.2. Kazuistika č. 2

Jméno: Petra

Věk: 43 let

Osobní údaje:

Petra je bezdětná, třikrát rozvedená žena. Nemá žádné rodinné zázemí, s rodinou se nestýká, odešla v 16- ti letech z domova. Rodiče líčí jako neempatické, nutili ji studovat ekonomickou školu a nedovolili studovat umělecký obor, ke kterému měla vlohy. Po odchodu z domova se živila úklidem, bydlela v podnájmu u jedné starší paní. Ta jí dávala najevo svou přízeň. Školu dostudovala a časem vystudovala ještě odbornou školu jako fyzioterapeut. Petra je inteligentní žena, několik let pracovala pro zahraniční firmu - v oblasti marketingu, poté v reklamní agentuře. V současné době je již několik měsíců nezaměstnaná, evidovaná na ÚP a není schopna práci hledat.

Kontakt s poradnou:

Petra navštěvuje psychiatra, bere antidepresiva a léky na úzkosti. Farmaka však nemají očekávaný efekt, proto lékař navrhuje hospitalizaci. Petra rozhodně odmítá, psychiatr ji tedy posílá do poradny pro mezilidské vztahy, psychologka doporučuje psychoterapii a po dohodě s jinou poradnou, na ní předává kontakt. Petra poradnu brzy kontaktuje a žádá o co nejbližší schůzku.

Osobní anamnéza:

Před mnoha lety Petra prodělala samovolný potrat, kterého nelitovala. Těhotenství vzniklo z mimomanželského vztahu. Byla ráda, že ví, že je schopná otěhotnět, což se v dalším manželství i přes velkou snahu nedařilo, přestože nebyly nalezeny žádné objektivní příčiny. Nemožnost počít velmi těžce prožívala, zklamání vyústilo až v pokus o sebevraždu a také zapříčinilo rozpad vztahu.

Další potrat proběhl cca před rokem. Tentokrát se jednalo o interrupci. Petra otěhotněla z náhodného sexu s ženatým mužem. Těhotenství bylo naprosto neočekávané. Nešlo o žádný dlouhodobý vztah, spíš přátelské setkání vyústilo v náhodný sex, oba neočekávali pokračování vztahu. Když Petra zjistila, že je těhotná, vyděsila se, měla obavy, že by nezabezpečila dítě a také, že by na něj byla sama. Proto poměrně rychle, zdálo by se

překotně, dospěla k rozhodnutí podstoupit interrupci. Muže o svém těhotenství neinformovala.

Zárok proběhl bez komplikací, po propuštění z nemocnice neměla žádné psychické ani fyzické potíže. Po zotavení ji nic nebránilo v chuti na další sex. Myslela si, že interrupci zpracuje podobně, jako když musela nechat utratit svého psa. Na kontrole u své dlouholeté gynekoložky, která se osobně účastnila zákroku, se ale najednou rozplakala. Řekla jí, že k ní už nemůže chodit a nechala si doporučit jiného lékaře.

Během dalších měsíců prožívá Petra narůstající nespokojenost, nevidí důvod proč se angažovat v práci – lhostejnost, nespokojenost také v osobním životě, je milenkou jiného ženatého muže, kterému přizpůsobuje čas podle jeho možností.

Domnívá se, že ke zlepšení psychické rovnováhy dojde zvýšenou péčí o své tělo, proto odjíždí do lázní, snaží se sportovat, pečlivě dbá o svůj vzhled. Přesto vnímá stálou absence pocitu spokojenosti, opouští zaměstnání, na ničem ji nezáleží, ztrácí smysl cokoli dělat. Eviduje se na úřadu práce, kde je již několik měsíců. Prochází rekvalifikací, ale stále je nezaměstnaná. Neví, co by chtěla dělat za práci, nic ji nebaví.

Terapie:

Petra nejdříve navštěvovala psychiatra, zkoušel jí na potíže předepisovat různé léky, ale došlo jen k částečnému zmírnění obtíží. Proto navrhoval hospitalizaci v PL Bohnice, toho se, ale Petra zalekla a ukončila s psychiatrem spolupráci. V minulosti už jednou vyhledala psychoterapeuta, ten ji po pár návštěvách řekl, že nemá potíže. Současný psychiatr uvedl možnost PAS, na základě informací, které mu Petra poskytl.

Při příchodu do poradny se Petra téměř hned po usednutí rozpláče. Cítí se hrozně, nevidí smysl své existence, prožívá prázdnotu, smutek, pocit, že nemá žádnou hodnotu, nic dobrého si nezaslouží. Stále více se uzavírá, vyhýbá se dřívějším společenským kontaktům, není schopna poslouchat hovory o dětech. Udržuje pouze občasný vztah s ženatým mužem. Při dotazu na rodinné zázemí uvádí, že nikoho nemá, rodiče už jsou mrtví.

Není schopna vstávat, potíže jí dělá i vycházet ven. Pokud musí, snaží se, aby na ni okolí nic nepoznalo. Precizně se líčí a snaží se být hezky oblečená. Neustále se přemáhá jí, ale stojí velikou námahu. Proto raději nevychází, jen občas na nákup. Jí střídavě, protože nemá chuť k jídlu. Během konzultace často hodně pláče. Ze strany poradny je jí nabídnuta terapie

s možností dlouhodobější spolupráce. Souhlasí a domlouvá si s terapeutkou několik zkušebních sezení. Po nich chce ve spolupráci pokračovat.

Další práce pokračuje 2x týdně, po dobu jednoho roku. Během prvního roku otvírá minulost. Ve výchově vnímala velký tlak k perfektnosti, je vedena k pocitům výjimečnosti. Současně však byl kladen i velký důraz na pokoru, skromnost. Má pocit, že nemá na nic nárok, nic si od nikoho nesmí vzít. Matka byla chladná, rezervovaná, nikdy necítila přijetí. Otce vnímala vzdáleného, i když byl přítomen. Přijetí cítila pouze od babičky, prosté venkovské ženy, kde trávila část prázdnin. Časem přiznala, že rodiče žijí, pro ni však už jsou mrtví, není mezi nimi žádný kontakt a Petra myšlenku na ně odmítá.

Ze vzpomínek volně přechází k přítomnosti a naopak. Více má však potřebu zpracovat minulost. Pokud se dostane k události potratu, vyhýbá se přímému pojmenování, říká, když se stalo tamto. Připadá si nehodná života, nic dobrého si nezaslouží. Jakoby měla potřebu se trestat. Mluví-li o tom, drží se za břicho, připadá si prázdná, popisuje se jako obrys se zející dírou uvnitř, nebo obal, slupka. Občas má nutkavé pocity k sebevraždě.

Také si vybavuje, jak velké obavy měla matka z těhotenství, když Petra s někým chodila. Matka ji sama počala ve 30 letech jako první dítě. Vynořuje se jí scéna, kdy se mluvilo doma o dávném úmrtí matčiny sestry při porodu. I přes mnoho let časového odstupu, matka vždy při hovoru o sestře propukla v pláč a utekla z místnosti. Petra si uvědomila, že matka měla zjevnou hrůzu z porodu a jakoby ta hrůza přešla i na ní. Prožívala hrůzu z těhotenství. Brala to jako něco nechtěného, nepřijatelného a když se tak stalo, prožívala znova své i matčiny pocity. Strach z těhotenství byl silnější, proto možná podvědomě dělá rozhodnutí rychle těhotenství zabránit. A možná to byl i důvod, proč se nedařilo po celá ta léta plánovaně otěhotnět. K otěhotnění došlo pouze v nekontrolovaných, neplánovaných okamžicích.

Při odprožívání minulosti často pláče. Po rozkrytí minulosti přijímá fakt, že na základě nejistoty nesené z dětství, dalších zkušeností s ukončenými vztahy a s okolnostmi, které zapříčinily těhotenství, se neuměla rozhodnout jinak. Má potřebu uvažovat o další existenci dítěte, definuje ho jako chlapce a dává mu jméno.

Díky bezpečnému terapeutickému zázemí pracuje na sebepřijetí. Vyjadřuje vědomí, že uvnitř vzniklo něco, co tam je pevné i když prožívá nejistotu. Začíná si objevovat, kdo je, uvědomovat si sebe.

Práce pokračuje ještě další 2 roky, během druhého roku je intenzita 1x týdně. Pracuje s terapeutkou více s přítomností. S udržením sociálních jistot jako bydlení, hledání vhodné práce. Petra se rozhoduje pro vlastní podnikání, dává do něj velké úsilí, stává se prioritou. Zakládá si živnost jako fyzioterapeut, vzhledem ke vzdělání má znalosti z oboru. Je kreativní i houževnatá, díky podpoře zvládá i občasná nezdary. Svou práci bere jako péči o druhé, klienty vnímá ve chvíli péče jako miminka, kterým dává to nejlepší, co může.

V období 2. výročí potratu se na ulici rozpláče u výlohy s dětským oblečením. Tuto epizodu je však schopná akceptovat. Nechce se ale k událostem vracet, potřebuje teď sílu na boj o přežití. Všechny síly nyní zaměřuje na podnikání, které se daří v průběhu roku rozjet. Také pracuje na udržení vztahu s přítelem a schopnosti vyjadřovat své potřeby a pocity. K abortu se nechce vracet, při setkání s těhotnou ženou však prožívá vztek. Říká, že jí hrozně vadí těhotné, má na ně zlost. Miminka už zvládá celkem dobře, ale když vidí těhotnou ženu, chce vystoupit z tramvaje nebo přejít na jiný chodník. Případný rituál, který pomohl jiným ženám, odmítá, jakoby před sebou nechávala událost ještě otevřenou, možná zatím nemá dostatek psychické kapacity na uzavření.

Ve třetím roce intenzita terapií je 1x za 14 dní, často se omlouvá, ale ukončit práci nechce, má potřebu osamostatňování, vzdoru, přesto však chce udržet terapeutické zázemí. Postupně se daří domluvit na pravidelnosti. Nyní pracuje hodně na vztahu s partnerem. Podnikání jí prosperuje, je sebejistější. Zná lépe své kvality, umí se ocenit a učí se také přijímat ocenění z okolí, současně snést i jeho kritiku. O dalším výročí abortu se nezmiňuje. Terapeutická práce stále pokračuje.

10.2.3. Kazuistika č. 3

Jméno: Světlana

Věk: 35

Osobní údaje: Středoškolské vzdělání s maturitou. Vdaná. Dvě děti.

Interrupce: První interrupce podstoupena v 19 letech. Z důvodu nestabilního vztahu a nedostatečného finančního i sociálního zázemí. Druhou interrupci žena podstoupila v 35 letech. Jednalo se již o čtvrté těhotenství. První skončilo potratem, druhé a třetí porodem. Umělé přerušování těhotenství bylo podstoupeno z důvodu celkové vyčerpání, špatného psychického stavu a nedostatečné podpory ze strany partnera.

Osobní anamnéza:

Světlana poprvé otěhotněla v 19 letech, krátce po ukončení střední školy. Zrovna nastoupila do zaměstnání. S partnerem byla v té době již tři roky, ale vztah byl poměrně komplikovaný a nestabilní. Světlana si nedokázala představit, že by již byla schopná vychovávat dítě. Bez dlouhého rozmýšlení se tedy rozhodla pro potrat, aniž by o tom někomu řekla. Chtěla vše utulnat, ale brzy se o potratu dozvěděla její rodina i partner. Setkala se s nepochopením a odsouzením. Od té doby se s rodinou stýkala jen výjimečně. Sama rozhodnutí litovala a nedokázala pochopit, jak vlastně něčeho takové byla schopná. Od zákroku se potýkala s náhlými stavy úzkosti bez jasné příčiny a trpěla depresemi. Po několika bolestných měsících se nakonec věci trochu urovnaly a Světlana se rozhodla vstoupit se svým partnerem do manželství. Což se, ale neukázalo jako příliš dobré rozhodnutí. Partner jí neustále podezřival a byl podrážděný. Jejich vztah byl poměrně dost náročný a Světlana jejich neustálé hádky špatně snášela. Objevily se u ní psychické i fyzické problémy. Lékaři však nic nezjistily a ani návštěva u několika různých psychologů jí nedokázala pomoci. V tomto období Světlana znovu otěhotněla. Z těhotenství měli oba partneři radost a těšili se na příchod syna. Ten se narodil zdravý a i partnerství se s jeho narozením zlepšilo. Když měl jejich první syn dva roky, Světlana znovu otěhotněla. Z miminka, tentokrát holčičky, měli oba opět radost. Žili poměrně spokojeným životem, ale Světlana měla pocit, že se nedokáže z jejich štěstí pořádně radovat a občas trpěla úzkostmi. Kolem dětí bylo hodně práce, a když byli dceři dva roky, Světlana začala ještě pracovat. Byla hodně vyčerpaná a opět se u ní začaly objevovat somatické potíže. Do toho se jejich partnerství opět zhoršovalo, partner nechtěl, aby Světlana pracovala. Ona, ale potřebovala dělat i něco jiného než se starat o domácnost, v práci byla spokojená a tak nechtěla zaměstnání opustit. Její muž v té době na vztah rezignoval a našel si milenkou. V té době Světlana opět otěhotněla. Měla pocit, že se zhroutí, a když přišla s obavami za manželem, řekl jí, ať si to rozhodne sama. Byla ve velice náročné situaci, z práce i z dětí byla unavená, měla psychické potíže, manželství nefungovalo, partner se od rozhodnutí distancoval a tak se navzdory pochybám rozhodla pro potrat. Chvilí po zákroku cítila úlevu, že má již tak těžké rozhodnutí za sebou, ale brzy na to se objevily záchvaty paniky, nespavost, deprese a úzkosti. Světlana cítila tíživou vinu a měla pocit, že brzy zemře. Navštívila psychiatra, který jí předepsal léky.

Světlana si v té době uvědomila tíživost své situace a začala hledat pomoc. Měla strach, že se v takovém stavu nebude schopná postarat o své dvě děti. Nakonec se jí podařilo najít poradnu, kde našla oporu.

Terapie:

Nejdříve Světlana cítila veliký strach se otevřít. Ale postupem času začala své terapeutce více důvěřovat. K terapeutce docházela asi rok a půl. Mluvila s ní o své bolesti a pocitech viny. Konečně po letech měla možnost otevřít své dřívější rozhodnutí a mluvit o něm, zároveň ze sebe dostat veškeré pocity s ním spojené. Vztek, smutek, vinu, nepochopení a další pocity najednou mohla s někým sdílet a přestat je po letech potlačovat. To pro Světlanu bylo velice osvobozující a tak mohla znovu začít pociťovat i radost ze života. Po čase vymizely i psychosomatické potíže, které jí několik let sužovaly. Manželství se jí bohužel nepovedlo zachránit, ale rozvod nakonec brala spíše jako jakýsi krok dopředu. Po necelých dvou letech byla spolupráce mezi Světlanou a terapeutkou úspěšně ukončena.

10.2.4. Shrnutí

Všechny ženy po umělém přerušení těhotenství, jejich příběhy jsem zde použila, prožívaly potrat jako velmi bolestivou zkušenost. Ani jedna z nich nežila ve fungujícím vztahu, tedy neměla partnera, o kterého by se mohla v těžké chvíli opřít a sdílet s ním těžkosti. U všech třech nebyla tato zkušenost zpracována ihned po potratu, ale až několik let po něm nebo stále ještě její zpracování probíhá. Dlouhodobé popírání negativních emocí spojených s interrupcí u žen způsobovaly nejrůznější potíže, nejčastěji však deprese, úzkosti, pocity prázdnoty, citovou otupělost, somatické potíže, špatný obraz sama-sebe a nespavost. Všechny svému problému čelily samy, nikomu o něm neřekly a až po delší době vyhledaly odbornou pomoc. Ukázalo se, že možnost o této zkušenosti hovořit, mít blízkého člověka (v těchto případech terapeuta), který je schopný jim naslouchat, být jim oporou a provést je několika důležitými kroky v terapii s člověkem po traumatu, byl pro dvě ženy natolik uzdravující, že po čase byly schopny tuto událost uzavřít. I u třetí ženy (Petry) jsou díky terapeutickému vedení vidět značné pokroky. Její zranění z potratu a jiných životních zkušeností je však natolik hluboké, že stále potřebuje doprovázení terapeuta ve svém životě.

10.3. Část druhá- příběhy žen po spontánním potratu

Veškeré osobní údaje žen jsou pozměněny.

10.3.1. Kazuistika č. 1

Jméno: Michaela

Věk: 30 let

Osobní údaje: Vdaná, VŠ, 1 dítě

Osobní anamnéza:

Michaela má velmi dobré materiální i rodinné zázemí. S manželem mají harmonický vztah. Mají již jedno dvouleté dítě a plánovali spolu další. Michaela také brzy otěhotněla. Na miminko se celá rodina moc těšila. Bohužel však Michaela v 11. týdnu potratila. Nebyla nalezena žádná zdravotní indikace a tak manželé vlastně nevědí, z jakého důvodu k potratu došlo. Oba manželé prožívali ztrátu bolestně. Michaela si snažila racionálně zdůvodnit, proč se něco takového stalo. Ví, že se to často stává, ale přesto v racionalizaci nenašla potřebnou útěchu. Manžel jí byl v těžkých chvílích oporou. Po třech měsících se ale její pocit ztráty ani bolesti vůbec nezmenšoval. Pro manžela byla v té době situace již uzavřená. Michaela si uvědomovala, že se již ze situací vyrovnal, ona sama však nebyla schopná udělat krok dopředu. Přistihla se, že je apatická vůči svému okolí a hlavně vůči svému živému dítěti. V myšlenkách stále zůstávala se svým nenarozeným dítětem, nebyla schopná se od něj odpoutat a vrátit se zpátky do reálného světa. Měla výčitky, že se již nedokáže věnovat svému dvouletému synovi. Jako by pro ni přestal být důležitý.

Michaela je věřící žena a má povědomí o posmrtném životě, ale ani tento fakt jí nepomohl zmírnit pocit ztráty a bolesti, který v ní byl stále živý. Trpěla depresemi a manžel nevěděl jak jí má pomoci. Byl bezradný. Nechtěl už se k události příliš vracet, byla pro něj již uzavřená. Michaela, ale cítila potřebu o smutné události mluvit. Setkala se s ženou, která prožila něco podobného, a rozhovor s ní jí velmi pomohl. Stále, ale cítila apatii k svému synovi a tak se rozhodla kontaktovat poradnu.

Terapie:

Se zaměstnankyní poradny se již znala a měla v ní důvěru. Potřebovala událost znovu otevřít, mluvit o ní a svěřit se někomu se svou bolestí. Také si v rámci rozhovorů uvědomila, že v životě musí mít vždy všechno naplánované. Potrat pro ní byl nečekanou událostí a ona nebyla schopná jí přijmout. Začala ve svém životě akceptovat, že ne všechno se děje tak jak chceme. Díky možnostem s někým mluvit, přijala svou ztrátu a dokázala se ve svém životě posunout dál. Znovu se radovat a obnovit vztah ke svému synovi.

10.3.2. Kazuistika 2

Jméno: Renata

Věk: 35 let

Osobní údaje: Vdaná, VOŠ, 1 dítě

Renata má se svým mužem čtyřletého syna. Oba si, ale přáli ještě další dítě. Po čase měla Renata zamlčené těhotenství a tělo plod vyloučilo. Ztrátu s manželem oplakali a brzy se pokoušeli o další miminko. Renata opět rychle otěhotněla, ale tentokrát se jednalo o mimoděložní těhotenství. Plod se uhnízdil ve vejcovodu a posléze praskl. Renata trpěla velkými bolestmi břicha a byla hospitalizována, jelikož jí hrozila sepse (otrava krve). Musela podstoupit revizi, jinak by mohla zemřít. Ztrátu dítěte tentokrát nesla velmi těžce. Toužila po druhém dítěti a již podruhé zažila zklamání. Nebyla schopná přijmout další ztrátu, představu, že dítě je mrtvé a již neexistuje. Měla pocit, že se jednalo o holčičku. Pokládala si otázky o pokračování života, zda je její dítě na jiném místě. Ale nebyla schopná přijmout ani tuto představu. Neustále se jí vracely obrazy mrtvého dítěte. Prožívala velkou bolest a propadala neustálým záchvatům pláče. Manžel zpočátku nesl tuto bolest s ní, ale po delší době ho to začalo děsit. Nechápal sílu jejích emocí a neuměl s ní o nich mluvit. Renata se zároveň se ztrátou miminka vyrovnávala i s tím, že již pravděpodobně nebude moci mít tolik vytoužené druhé dítě. Všimla se, že kvůli jejímu neustálému pláči mají manžel i syn o ní strach a tak v sobě začala silné emoce potlačovat. Snažila být se před rodinou silná a všechno zvládat jakoby se nic nestalo. Měla ale pocit, že brzy exploduje a že jí emoce naprosto ovládnou. Dlouhodobě potlačování emocí jí velice vyčerpávalo a nebyla schopná znovu nastoupit do práce. Cítila silnou potřebu ze sebe bolest dostat a tak vyhledala pomoc odborníka.

Terapie:

Při konzultaci s terapeutkou většinu času pláče a snaží se jí vysvětlit, co se stalo. Na konci téměř dvouhodinového sezení cítí úlevu po odblokování emocí, možnosti plakat. Ví, že se musí od nenarozeného dítěte odpoutat a nechat ho jít, ale stále toho není schopná. Renatina terapie má poměrně jasně viditelné fáze. Z počátku potřeba sdělit co se stalo, pak přichází proces truchlení, oplakání ztráty dítěte. Dále cítí potřebu ritualizace, nějakého symbolického rozloučení. Kdysi o něčem podobném četla. Líbí se jí rozloučení formou hozené květiny do řeky. Zatím se cítí slabá na to dítě nechat odejít, ale rozhoduje se, že tento rituál vykoná a bude moc jít dál. Asi po měsíci se cítí připravena dát dítěti sbohem. S manželem a synem vykonávají předem vybraný rituál. S jeho pomocí může Renata konečně smutnou událost uzavřít. Stále v ní zůstává smutek a zklamání z toho, že asi nebude mít druhé dítě. Nicméně náhlé záchvaty pláče a ostatní problémy pomalu odcházejí a z Renaty se brzy opět stává ten usměvavý člověk, jakým byla dříve.

10.3.3. Kazuistika č. 3

Máme jednoho krásného chlapce. V březnu se nám měla narodit holčička. Nestihla to. V listopadu mi znenadání začala odtékat plodová voda. V noci jsme se s manželem sbalili, mladšího syna svěřili babičce a odjeli do porodnice. Podezření se potvrdilo. Stále byla naděje, že se odtok plodové vody zastaví. Nemohla jsem uvěřit, že bych mohla porodit ve 22. týdnu těhotenství. V tomhle týdnu se ještě děti nezachraňují, takže nám nedovolili odjet na specializované pracoviště. Nevěřila jsem, že to tak dopadne: po noci těžkého zápasu se dostavily kontrakce. Začal porod.

Bojovala jsem a modlila se. Lékaři dodnes neví, proč se to stalo. Můj muž byl, co to šlo se mnou. Když už byly kontrakce opravdu silné, chtěla jsem jet na porodní sál. Odvezli mě však na sál operační - tam kde provádí potraty. Protože podle lékařů šlo o potrat, nemohla jsem jít rodit do sprchy. Porod byl paradoxně krásný. Naštěstí mohl být na sále i manžel (protože se ho jedna sestra zželela a pustila ho tam, předtím nás ale upozorňovali, že to nebude možné).

Terezku mi doktor dál po dlouhém naléhání do náruče, kde jsme mohli poprvé a zároveň naposled obdivovat její krásu. Dodnes mi je líto těch minut, kdy ještě žila, ale doktor mi ji nepřiložil. Nezapomenu na poznámku lékaře, že by "to snad ani dítětem nenazýval" a na ignorantní přístup jeho a sestry, která u porodu také byla. Rodila jsem na nezabrděné posteli v kleče, na sále, který nebyl porodní, a nebylo zde žádné odpovídající vybavení pro porod,

sestra přitom psala na stroji a bavila se s doktorem, jakoby o nic nešlo. Jak moc chybí lékařskému personálu etické jednání! Skrze slzy jsme Terezce pošeptali, jak nás to mrzí, že už musí odejít. Pokřtili jsme ji. Byla krásná – opravdu jsem si předtím neuvědomovala, jak vypadají miminka ve 22. týdnu – byla jako miminko po porodu, akorát menší – měla prsty na rukou, oči, měla VŠE.

Chtěli jsme naše miminko pohřbít, což není v našem zdravotnictví obvyklé. Už jsme nedoufali - po několikadenním vyjednávání s nemocnicí a následně s pitevnou (kde na nás v případě, že si pro tělo přijedeme, chtěli poslat policii) - že tělo našeho dítěte vybojujeme. Podařilo se – i díky ochotě primáře porodního oddělení. Vydali nám rodný list a proběhl řádný pohřeb. Později jsme zjistili, že po právní stránce je povoleno pohřbívat děti, které při porodu projevují známky života a váží více než 600 g. Pokud dítě váží méně, pak některé nemocnice neoficiálně tělo dítěte rodičům předají a ti ho pak mohou pohřbít třeba na louce atd.. Jenže se o tom nikdo nesmí dozvědět, aby nebyl problém ze strany hygieny. Domnívám se, že by v našem právním řádu měl vzniknout jakýsi institut, ve kterém není nutné vydávat rodný list, ale je rodičům v případě, že si to přejí, umožněno dítě pohřbít. V současnosti se vytlačuje smrt i z nemocničního prostředí, přitom se jedná o přirozenou součást života.

Se mnou na pokoji byla například maminka, která dítě po "potratu" ve 24. týdnu ani neviděla, protože ji to lékaři doporučili. Z psychologického hlediska je ale pro rodiče důležité rozloučit se s dítětem. Nepodceňujme ani truchlení a možnost pojmenovat své dítě. Možná se to bude zdát extrémní, ale z vlastní zkušenosti vím, že bych byla ráda i za fotku dítěte. Mnoho památek na jeho krátký život totiž rodičům v rukou nezůstane. Zůstane zde jen prázdná kolébka, což je rovněž název programu pomáhajícímu rodičům, kteří přišli o dítě - www.dlouhacesta.cz

Zuzka⁵⁴

⁵⁴ Po potratu [online], Příběhy po spontánním potratu (cit. 11.4 2012 13:59), URL: <http://popotratu.cz/?q=node/37>, (cit. 2012-04-11)

10.3.4. Shrnutí

V části věnované kazuistikám žen, které spontánně potratily, jsem použila stejně jako v části první, tři příběhy. Od předchozích příběhů se však neodlišují pouze typem potratu. Za prvé se ve všech třech případech jednalo o ztrátu dítěte chtěného, tedy i plánovaného. Všechny ženy žily ve fungujícím manželství a měly podporu partnera. Ztrátu dítěte všechny nesly těžce a krátce po události kontaktovaly odbornou pomoc. V prvních dvou případech měly obě ženy manžela, který jim pomáhal a společně s nimi nad ztrátou dítěte truchlil, obě však potřebovaly na zpracování delší dobu než jejich partner. Proto kontaktovaly speciální poradnu, aby měly místo, kde najdou oporu a budou moci oplakávání dítěte věnovat dostatek času. U třetího příběhu pravděpodobně manželé kontaktovali odbornou pomoc společně a to v rámci programu Prázdná kolébka. Všechny tři ženy prošly s pomocí procesem truchlení a postupem času byly schopny navázat na svůj dřívější život.

U třetího případu se jednalo o spontánní potrat již v pokročilejším stádiu těhotenství, jehož zpracování bývá pro ženy náročnější. V podstatě bychom tento příběh mohli označit spíše jako úmrtí dítěte krátce po narození. Přestože zkušenost, kterou v tomto případě rodiče dítěte prošli, musela být neuvěřitelně bolestivá, z vyprávění se zdá, že jí poměrně dobře zpracovali. V některých případech možná lépe, než žena, která čekala dítě nechtěné a sama se rozhodla o přerušení těhotenství. Myslím si, že důvodem pro tuto nelogicky vypadající skutečnost, může být právě to, že partneři měli v tomto případě možnost se s dítětem rozloučit, pochovat ho a také disponovali alespoň několika málo vzpomínkami na krátký život dítěte. Jejich truchlení, tak možná bylo o něco málo uchopitelnější než u těch žen nebo rodičů, kteří nemají na dítě vzpomínku žádnou nebo ho dokonce ani za dítě nepovažovali. Jedná se však, ale spíše o domněnku, jelikož jsem u tohoto případu neměla dostatek informací o způsobu a trvání terapie.

10.4. Shrnutí praktické části

V rámci praktické části jsem použila ke srovnání příběhy žen po umělém přerušení těhotenství a spontánním potratu. V obou dvou případech se ihned či s odstupem času u žen dostavily psychické problémy. Všechny tyto problémy byly zmíněny i v teoretické části jako možné symptomy tzv. postabortivního syndromu. Zároveň jsme také mohli v části věnované terapii, rozpoznat některé důležité body, které byly popsány v kapitole Proces uzdravení. Samozřejmě jsem si vědoma faktu, že tak malé množství kazuistik nemůžu prezentovat jako většinovou záležitost. Nicméně, i tak se mi zdá jejich použití vhodné k lepší představě a pochopení, co některé z žen, které projdou zkušeností potratu, prožívají.

Ačkoliv se většina společnosti domnívá, že s problémy se potýkají pouze ženy po potratu spontánním, a to hlavně z důvodu, že se jedná o těhotenství chtěné, na představených kazuistikách můžeme vidět, že se jedná o mylný předpoklad. Některé ženy po interrupci procházejí obdobnou situací jako ženy, které přišly nešťastnou náhodou či ze zdravotních důvodů o dítě chtěné. Paradoxně někdy trpí většími a hlavně dlouhodobějšími psychickými problémy. Důvodem není, že by snad jejich ztráta byla větší, ale to že neprojdou přirozeným procesem truchlení a nevěnují dostatek času zpracování události. Ženy, které přišly o dítě chtěné, si ztrátu uvědomují, cítí potřebu jej oplakávat, věnují období smutku dostatek času a v případě potřeby se nebojí požádat o pomoc. Ženy po interrupci jsou překvapeny pocity smutku, lítosti a ztráty. Pro potrat se přece rozhodly samy a tak se necítí legitimní něco takového cítit. Proto v sobě tyto pocity, na místo zpracování, spíše potlačují a časem se z nich v některých případech stávají závažné psychické problémy. Často se tyto ženy potýkají s pocity viny a studu a tak je pro ně obtížné se na někoho obrátit a požádat o pomoc.

V žádném případě však tímto závěrem nechci bagatelizovat ani porovnávat smutek či ztrátu, kterou procházejí ženy po spontánním potratu. Pouze se domnívám, že v případě včasného a vhodného způsobu zpracování jakékoliv traumatické události za dostatečné podpory okolí je možné zabránit závažnějším problémům, jakým je například PTSP nebo PAS.

Závěr

Jedním z hlavních cílů této práce bylo zjistit, zda je termín postabortivní syndrom pouze mýtem nebo reálným problémem. Bohužel však ani zmapování veškerých vědeckých výzkumů a jejich závěru nám nedalo jasnou odpověď na položenou otázku. Výsledky těchto výzkumů se povětšinou shodly na tom, že problém postabortivního syndromu je pouze okrajový, můžeme ho tedy zaznamenat jen u malé části žen, které prošly zkušeností potratu. Nicméně, dle těchto výzkumů, je také potrat značně náročnou životní situací a její prožívání je velice různorodé. Nemůže být tedy vyloučeno, že některé ženy se po zákroku potýkají s psychickými problémy. Zároveň také autoři výzkumu APA-TFMHA označili, na základě chyb, tyto výsledky jako nedostatečné a nabádají k dalšímu pátrání. Ačkoliv nám tyto vědecké studie nedaly jasnou odpověď, můžeme více než s jistotou říci, že označení tohoto syndromu za mýtus, za který ho považují někteří čeští odborníci, je mylné.

Při hledání informací o tomto termínu, mě poměrně zklamalo, že s ním povětšinou bývá zacházeno pouze v případě tzv. jiných zájmů. Zastáncům hnutím Pro-life a jiným vášnivým bojovníkům proti potratům, se existence tohoto syndromu hodí v boji za zrušení potratů. Proto ho také náležitě propagují a knihy publikované údajně za účelem pomoci ženám trpícím tímto druhem syndromu, jsou spíše místem, kde se dočteme proč je potrat špatný. Na druhé straně zastánci potratů, zase jeho existence popírají, nepřišla by jim přece vhod. Málokdo se už ptá, zda jsou mezi námi ženy, které tzv. postabortivním syndromem opravdu trpí a potřebují naši pomoc. My, kteří zastáváme pomáhající profese, bychom dle mého názoru neměli hledět nejen na výsledky výzkumů a na to co nám říká teorie, ale také a to hlavně na konkrétní potřeby jedince, klienta.

Kromě zastánců nebo bojovníků proti umělému přerušování těhotenství je téma postabortivního syndromu spíše tabuizováno. Velice málokdo o něčem takovém ví, a i kdyby věděl, nechtěl by se něčím podobným příliš zabývat. Téma postabortivního syndromu je bohužel neoddelitelně propojeno s problematikou potratů, která není příliš oblíbeným tématem. Myslím však, že rozhodnutí zda bude v demokratické zemi liberální nebo restriktivní potratový zákon je rozhodnutím společnosti a proto bychom i jako společnost měli nést následky s ním spojené.

Měli bychom tedy, dle mého názoru, v této problematice hledat to - co je pro všechny strany společné, ne to - co je rozděluje. Myslím, že se všichni možná shodneme, že potrat není ideálním řešením neplánovaného těhotenství a proto bychom se měli snažit o jeho maximální

minimalizaci. K tomu však, dle mého názoru, nevede restriktivní potratový zákon, ale prevence. Již několik let dochází k rozšiřování hormonální antikoncepce, díky níž se povedlo značně snížit potratovost v naší zemi. Jak ale můžeme vidět v posledních letech, kdy je již antikoncepce dostupná velké většině obyvatelstva, klesá křivka potratovosti již mnohem pomaleji. Proto si nemyslím, že antikoncepce je jedinou cestou, jak k poklesu potratů dospět. Zaměřit bychom se měli také na před-potratové poradenství, které by bylo poskytované ženám v tomto těžkém životním období a pomohlo by jim díky nestranné podpoře odborníku, zvážit situaci a správně se rozhodnout. A samozřejmě také na prevenci, formou přednášek na školách, které by žákům daly dostatečné informace o přirozeném plánování rodičovství, odpovědnosti a fungování ve vztazích nebo o využívání vhodných antikoncepčních metod. Naposled považuji za důležitou součást prevence zlepšení povědomí o adopci.

Od prevence potratů se ale přesunu k prevenci postabortivního syndromu, který je hlavním tématem této práce. Za prvé se domnívám, že by žena měla být před zákrokem plně informována o negativních následcích interrupce a to i o následcích psychických, ať už je jejich riziko jakkoliv malé. Později, pokud by se u ní nějaké psychické obtíže objevily, nemusela by jimi být tolik zaskočena a možná by i včasěji vyhledala pomoc. Dále by bylo užitečné, kdyby žena měla ihned po zákroku možnost tuto zkušenost zpracovat za podpory vyškoleného pracovníka. Jelikož se dle některých znalců jedná o specifickou formu posttraumatické stresové poruchy, bylo by vhodné, aby žena po umělém přerušení těhotenství měla nárok na ošetření podobné tomu, které se dostává obětem jiných traumatických událostí. Ošetření akutního stresu, který některé ženy po zákroku pociťují, by totiž mohlo zabránit nebo alespoň zmírnit pozdější psychické obtíže, které se u některých žen objevují. Také by ženy před propuštěním domů měly dostat kontakt na místo, kam by se v případě psychických potíží mohly obrátit. Apelovala bych tedy nejvíce na spolupráci gynekologů a psychologů, psychoterapeutů a dalších odborníků, kteří se zabývají pomocí ženám po potratu.

Seznam použité literatury:

FREEDOVÁ, Lucy, SALAZAROVÁ, Penny Y., *Čas k uzdravení- Naděje a pomoc při překonávání postabortivního syndromu*, 1. Vyd. -Praha: Paulínky 2008, ISBN 978-80-86949-44-4

PRAŠKO, Ján a kol., *Stop traumatickým vzpomínkám- Jak zvládnout posttraumatickou stresovou poruchu*, 1. Vyd. -Praha: Portál 2003, ISBN 80-7178-211-2

PETER A. LEVINE, Ph.D., ANN FREDERICK, *Probouzení tygra- Léčení traumatu*, Maitrea: Praha 2011, 1. Vyd., ISBN 978-80-87249-21-5

NEKONEČNÝ, Milan, *Psychologie osobnosti*, Academia: Praha, 1998, dotisk 2. vyd., ISBN 80-200-0628-1

PRAŠKO, Ján, BULÍKOVÁ, B., SIGMUNDOVÁ, Z., *Depresivní porucha a jak jí překonat*, Galén: Praha 2009, 1. vyd., ISBN 978-80-7262-656-4

TERI K. REISSER, PAUL C. REISSER, *Help for post-abortion Women*, Zondervan Pub. House, 1989

MUDr. BARAN, Pavel, *Interrupce*, Nadace Prenatal, 2000

LAMPLMAIROVÁ, Karin a kol., *Dala jsme jí jméno Nadine*, Karmelitánské nakladatelství: Kostelní Vydří 2005, ISBN 80-7192-903-4

ALCORN, Randy, *Proč chránit nenarozený život-péče o nenarozené děti a jejich matky*, Návrat domů: Praha 2011, ISBN 978-80-7255-242-9

Proč pláčeš, Miriam- Utrpení žen po potratu, postabortivní syndrom, Hnutí Pro život ČR, 2000, 1. Vyd., ISBN 80-238-4824-0

PEKÁRKOVÁ M., PRIMUSOVÁ H., UZEL R., SALAJKA M., *Potrat ano-ne aneb na pokraji života*, Grada Publishing : Praha 2000

LEWIS B. SMEDES, *Odpusť a zapomeň*, Návrat domů: Praha 2004, 1. vyd., ISBN 80-7255-097-7

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, *Task Force on Mental Health and Abortion*. (2008), Report of the Task Force on Mental Health and Abortion, Washington, DC: Author. [online], (cit. 2011-12-14) Dostupné z: <http://www.apa.org/pi/women/programs/abortion/mental-health.pdf>

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, *Povídej- naslouchám*, Návrat: Praha 1993, ISBN 80-85495-18-X

WILKE, John, WILKE, Barbara, *Člověkem od početí. Být či nebýt?*, Katolické nakladatelství COR JESU: Český Těšín 1993

Sborník uspořádala MUDr. POHŮNKOVÁ, Dagmar, *Úcta k životu I. - Život nenarozený*, Zvon: Praha 1991

KOOP, C. E. (1989a). *Letter to President Ronald W. Reagan*, January 9, 1989.

ADLER, N. E., DAVID, H. P., MAJOR, B. N., ROTH, S. H., RUSSO, N. F., & WYATT, G. E. (1990). *Psychological responses after abortion*. *Science*, 248, 41–44.

ADLER, N. E., DAVID, H. P., MAJOR, B. N., ROTH, S. H., RUSSO, N. F., & WYATT, G. E. (1992). *Psychological factors in abortion*. *American Psychologist*, 47, 1194–1204.

FERGUSON, D.M., HORWOOD, L.J., & RIDDER, E. M. (2006), *Abortion in young women and subsequent mental health*, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 16-24

GILCHRIST, A.C., HANNAFORD, P. C., FRANK, P., & KAY, C.R. (1995), *Termination of pregnancy and psychiatric morbidity*. *British journal of Psychiatry*, 167, 253-248

GISSLER, M., BERG, C., BPUVIER-COLLE, M. H., BUEKENS, P. (2004b), *Pregnancy-associated mortality after birth, spontaneous abortion, or induced abortion in Finland, 1980-2000*, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 190, 422-427

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ a STATISTIKY ČR, *Potraty 2010*, ISBN 978-80-7280-920-2

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚSTAV (ČSÚ), *Vývoj potratovosti v ČR, 2004*, [online], (cit. 2011-12-5) Dostupné z: <http://notes3.czso.cz/csu/2004edicniplan.nsf/p/4028-04>

Periodika:

Prof. PhDr. RNDr. HAŠKOVCOVÁ, Helena, CSc., *Interrupce-stále aktuální problém*, Moderní babictví. leden 2004, číslo 3

PhDr. LÁBUSOVÁ, Eva, *Interrupce je problém, ale musí mít řešení*, Porodní asistence, 2006, číslo 3

MUDr. UZEL, Radim, *Antikoncepce a interrupce v ČR a ve světě*, Interní medicína pro praxi, 2002, číslo 8

MUDr. Radim Uzel, *Komplikace interrupce*, Sestra, 2007, číslo 3, [online], (cit. 2011-11-2), Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/komplikace-interrupce-295951>

Tereza Soukupová, *Umíme ještě truchlit?*, Psychologie dnes, 2006, číslo 5, [online], (cit. 2012-01-20), Dostupné z: <http://www.portal.cz/scripts/detail.php?id=9414>

Šalamounová, Petra, Šamanová, Gabriela, *Vývoj úrovně potratovosti v České republice od konce 80. let do současnosti*, Naše společnost, 2004, číslo 2, [online], (cit. 2012-2-10), Dostupné z:

http://www.cvvm.cas.cz/index.php?lang=0&disp=nase_spolecnost&r=1&offset=117&shw=100035

Elektronické zdroje:

Guttmacher Institute [online], Guttmacher Policy Review, Summer 2006, Volume 9, Number 3, by Susan A. Cohen, (cit. 2011-11-2), Dostupné z: <http://www.guttmacher.org/pubs/gpr/09/3/gpr090308.html>

Linka pomoci-Aqua Vitae [online], Výroční zpráva poradny Aqua Vitae 2010, (cit. 2012-2-17), Dostupné z: http://linkapomoci.cz/vyrocní_zprava_2010.pdf

Wikipedie [online], Otevřená encyklopedie, Postabortivní syndrom, (cit. 2011-12-15), Dostupné z: http://cs.wikipedia.org/wiki/Postabortivní_syndrom

National Abortion Federation [online], Abortion Myths, Post-abortion syndrome, (cit. 2012-4-18),

Dostupné z: http://www.prochoice.org/about_abortion/myths/post_abortion_syndrome.html

Menaces sur le droit a l'avortement aux Etats-Unis [online], Le Monde Diplomatique, 2006-03-20, (cit. 2011-11-5), Dostupné z: <http://www.monde-diplomatique.fr/carnet/2006-03-20-avortement-usa>

Občanské sdružení ONŽ- Pomoc a poradenství pro ženy a dívky [online], (cit. 2012-04-20), Dostupné z: <http://www.poradnaprozeny.eu/>

Centrum sociálních služeb Praha- Krizové centrum RIAPS [online], (cit. 2012-04-20), Dostupné z: <http://www.csspraha.cz/krizove-centrum-riaps>

Příloha č. 1.

Seznam Poraden pro ženy a dívky dle krajů (převzato ze stránek Občanského sdružení ONŽ- www.poradnaprozeny.eu):

Moravskoslezský kraj		
FRÝDEK - MÍSTEK	Palackého 131 738 02 Frýdek – Místek	T: +420 558 434 961 M: +420 731 752 513 E: frydek@poradnaprozeny.eu
Olomoucký kraj		
OLOMOUC	Remešova 1 772 00 Olomouc	M: +420 603 460 621 E: olomouc@poradnaprozeny.eu I: www.olomouc.poradnaprozeny.net
ŠUMPERK detašované prac. poradny Olomouc	Komenského 9 787 01 Šumperk	M: +420 603 213 845 I: poradna.su@volny.cz
Zlínský kraj		
ROŽNOV POD RADHOŠTĚM	Domov mládeže SZŠ Zemědělská 500 756 61 Rožnov pod Radhoštěm	M: +420 604 601 714 E: roznov@poradnaprozeny.eu I: www.poradnaroznov.webnode.cz
ZLÍN	Divadelní 6 760 01 Zlín	T: +420 577 222 626 M: +420 603 213 838 E: zlin@poradnaprozeny.eu www.poradnazlin.webnode.cz
Praha		
PRAHA	Voršilská 5 110 00 Praha 1	T: +420 224 930 661, +420 224 933 943 M: +420 603 213 826 E: paha@poradnaprozeny.eu
Plzeňský kraj		
PLZEŇ	Husovo nám. 2 301 00 Plzeň	M: +420 731 064 036 E: plzen@poradnaprozeny.eu

Příloha č. 2

Převzato ze stránek **Poradny Aqua Vitae** (www.necekanetehotna.cz).

Kontakt:

Telefonicky na bezplatném čísle **800 108 000**

Pondělí 16.00 – 21:00 hod.

Středa 16.00 – 19.00 hod.

čtvrtek 18:00 – 21:00 hod.

e-mail: poradna@linkapomoci.cz

<http://www.linkapomoci.cz>

Převzato ze stránek Občanského sdružení **Dlouhá cesta**: www.dlouhacesta.cz .

Kontakt:

Dlouhá cesta

občanské sdružení

Jungmannova 1013

250 88 Čelákovice

tel. +420 602 186732

email: dlouhacesta@dlouhacesta.cz

Převzato ze stránek Centra sociálních služeb Praha-

Krizové centrum RIAPS (<http://www.csspraha.cz/krizove-centrum-riaps>)

Název pracoviště:	Centrum sociálních služeb Praha-Krizové centrum Riaps
--------------------------	---

Adresa pracoviště (včetně PSČ):	Chelčického 39, 130 00 Praha 3 - MAPA
Kontaktní telefon na pracoviště:	222 586 768 (8-16 hod.), 222 582 151 (16-8 hod.)
Kontaktní email na pracoviště:	riaps@csspraha.cz
Jméno a příjmení vedoucího pracoviště:	Mgr. Tomáš Holcner
Telefon na vedoucího pracoviště:	222 586 768
Email na vedoucího pracoviště:	tomas.holcner@csspraha.cz