

# Krystyna Ostrowska

---

## Psychologiczne problemy kobiet podejmujących decyzję o przerywaniu ciąży

---

*Studia Philosophiae Christianae* 25/2, 103-119

---

1989

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez **Muzeum Historii Polski** w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej [bazhum.muzhp.pl](http://bazhum.muzhp.pl), gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

KRYSTYNA OSTROWSKA

## PSYCHOLOGICZNE PROBLEMY KOBIET PODEJMUJĄCYCH DECYZJĘ O PRZERYWANIU CIĄŻY

1. Wprowadzenie. 2. Cel i sposób rozmów prowadzonych z kobietami zgłaszającymi się do przerywania ciąży. 3. Decyzja o przerwaniu ciąży jako reakcja na „sytuację trudną”. 3.1. Źródła konfliktu decyzyjnego. 3.2. Zachowanie człowieka w sytuacji zadaniowej. 3.3. Akceptacja poczętego życia jako zadanie. 4. Dyskusja i wnioski terapeutyczne.

### 1. WPROWADZENIE

Rozmiary zjawiska przerywania ciąży niepokoją nie tylko moralistów i teologów, ale także polityków, socjologów, lekarzy oraz tzw. ludzi dobrej woli<sup>1</sup>.

Opublikowane w roku 1983 dane statystyczne szacują liczbę przerywań ciąży w skali światowej na 55 milionów rocznie (cyt. za E. Zielińską 1986). W krajach europejskich od lat 50-tych następuje nie tylko ekspansja depenalizacji przerywania ciąży, ale również prawne i praktyczne sankcjonowanie rozszerzania zasad ułatwiających i uzasadniających te działania. Przykładowo wiele polskich kobiet uzyskuje decyzję lekarską o możliwości przerwania ciąży jedynie na podstawie wyrażonego życzenia. Procedura ta jest niezgodna z obowiązującymi w Polsce przepisami prawnymi (z Ustawą z 1956 r. i wszystkimi późniejszymi przepisami wykonawczymi).

Przerywanie ciąży, zdaniem wielu badaczy i lekarzy, stało się w Polsce jednym z najskuteczniejszych i dosyć szeroko stosowanych sposobów regulacji liczby dzieci w rodzinie. Jednocześnie wskazuje się na szkody biologiczne, psychiczne i moralne — w wymiarze jednostkowym i społecznym — powstałe w wyniku dokonywania sztucznych poronień. Grupa Specjali-

<sup>1</sup> W ostatnich latach o wzroście zainteresowania tą problematyką mogą świadczyć również coraz częstsze publikacje w prasie codziennej i tygodnikach, m.in. Janusz Janec, *Samotność zabijania, Sztandar Młodych*, z dnia 12—14.08.1988; I. Kaltenbergh, *Czas bić na alarm, Za i przeciw*, z dnia 14.09.1988; M. Pilka, *Śmierć w łonie matki, Przegląd Katolicki* z dnia 20.11.1988; J. Szpakowska, *Stużba życiu, tamże*.

stów z Międzynarodwej Organizacji Zdrowia przyznała w raporcie z 1970 roku, że dokonanie zabiegu przerwania ciąży nie jest obojętne dla sfery psychicznej kobiety, gdyż może wywołać poważne skutki psychoneurotyczne (cyt. za E. Zielińską 1958, s. 344).

Celem niniejszego artykułu — wykorzystując założenia o funkcjonowaniu człowieka w sytuacji zadaniowej — jest prześledzenie procesów, mechanizmów i stanów psychicznych oraz warunków zewnętrznych kształtujących decyzję o przerwaniu ciąży. Formułowane w tej pracy opisy i wnioski oparte są na prowadzonych przeze mnie od trzech i pół roku rozmowach z kobietami zgłaszającymi się na zabieg przerwania ciąży do jednego z warszawskich szpitali.

## 2. CEL I SPOSÓB ROZMÓW PROWADZONYCH Z KOBIECAMI ZGŁASZAJĄCYMI SIĘ DO PRZERWANIA CIĄŻY

*Instrukcja* Nr 11/81 Ministrów: Zdrowia i Opieki Społecznej, Komunikacji, Obrony Narodowej oraz Spraw Wewnętrznych z dnia 21 września 1981 stanowi: „Zabieg przerwania ciąży nigdy nie jest obojętny dla zdrowia psychofizycznego kobiety. Niejednokrotnie skutkiem zabiegu, wykonanego nawet w najlepszych warunkach i z zachowaniem wszystkich wymogów wiedzy medycznej, mogą być groźne dla zdrowia i życia kobiety powikłania bezpośrednio lub przewlekłe choroby narządu rodowego, prowadzące m.in. do wtórnej niepłodności lub niemożności donoszenia ciąży. Szczególne niebezpieczeństwo wystąpienia powikłań stanowi przerwanie pierwszej ciąży. Ponadto w każdym przypadku zabieg przerwania ciąży stanowi poważny uraz psychiczny dla kobiety”. W związku z powyższym w § 2, pkt 2 tejże *Instrukcji* czytamy: „Obowiązkiem lekarza jest poinformowanie kobiety o szkodliwościach zdrowotnych zabiegu przerwania ciąży, zwłaszcza ciąży pierwszej oraz wnikliwe rozważenie i omówienie motywów, które zdaniem składającej oświadczenie zmuszają ją do przerwania ciąży, jak również podjęcie próby odwiedzenia kobiety od zamiaru przerwania ciąży” (podkr. moje — K.O.). Nałożony przez wymienionych w *Instrukcji* ministrów obowiązek wnikliwego rozważenia motywów doprowadzających kobietę do decyzji przerwania ciąży stał się punktem wyjścia dla zorganizowania stałej, regularnej działalności psychologa na terenie przychodni przyszpitalnej jednego z warszawskich szpitali, do którego kierowane są osoby decydujące się na usunięcie ciąży.

Podstawowe cele realizowane w toku prowadzonej rozmowy można sformułować następująco:

1. Wnikliwe prześledzenie przyczyn, które doprowadziły kobietę do podjęcia decyzji o przerwaniu poczętego życia:
  - a. poznanie przyczyn wewnętrznych: postaw wobec macierzyństwa, systemu wartości, stanu emocjonalnego itp.,
  - b. poznanie przyczyn zewnętrznych: warunków mieszkaniowych, finansowych, postaw otoczenia wobec poczętego życia, jakości więzi rodzinnych itp.
2. Podjęcie próby „odwiedzenia” kobiety od decyzji przerwania poczętego życia:
  - a. ukazanie prymatu wartości życia ludzkiego wśród innych wartości,
  - b. ukazanie pozytywnych aspektów „rozszerzenia” (decyzja na drugie i dalsze dzieci) lub podjęcia macierzyństwa w perspektywie jednostkowej i społecznej,
  - c. wskazanie możliwych form pomocy i współpracy z osobami działającymi na rzecz obrony życia poczętego dziecka.
3. Ukazanie, na czym polega życie według zinternalizowanych wartości, a czym są tylko deklaracje o cenienu wartości.

Na przestrzeni trzy i półletniego prowadzenia rozmów psychologicznych ich forma ulegała i nadal ulega stałym modyfikacjom. Dokonuje się to pod wpływem zbieranych doświadczeń. Szczególne znaczenie ma także przyjęta dyrektywa: Każda kobieta jest indywidualnością i jej problem, choć zewnętrznie może być zakwalifikowany do określonego typu, np. problem mieszkaniowy, finansowy, alkoholizm w rodzinie itp., jest jednak w jakiś szczególny sposób charakterystyczny tylko dla tej rodziny, tego małżeństwa, tej kobiety.

Na ogół rozmowa przebiega w początkowej fazie w taki mniej więcej sposób:

— Jestem psychologiem; w tym szpitalu lekarze, pielęgniarki są przekonani, że przerwanie ciąży nie jest obojętne dla psychicznego, fizycznego i moralnego zdrowia kobiety, dlatego pragnę jeszcze raz wspólnie z panią zastanowić się nad tymi wszystkimi przyczynami, które zadecydowały o chęci przerwania ciąży. A teraz proszę coś o sobie powiedzieć, np.:

— Czy jest pani mężatką?

— Ile ma pani dzieci, w jakim wieku?

— Jak zareagował mąż (lub partner) na wiadomość o ciąży?

— Czy pani dzieci wiedzą o fakcie ciąży, jaka była ich reakcja (o to pytam, gdy dzieci są w odpowiednim wieku).

- Czy rodzice pani lub męża wiedzą o chęci przerwania ciąży?
- Czy mąż wie o pani decyzji przerwania ciąży, jakie jest jego zdanie w tej sprawie?
- Jakie są Pani warunki mieszkaniowe, jakie finansowe?
- Co to znaczy, że chce pani usunąć ciążę ze wskazań społecznych?
- Co można dla pani i pani rodziny zrobić, aby to dziecko, które już jest, mogło się urodzić?
- Co przede wszystkim wpłynęło na pani decyzję o przerwaniu ciąży?

Powyzsze pytanie należą raczej do standardowych, natomiast w miarę uzyskiwania odpowiedzi rozmowa jest kierowana na specyficzne problemy kobiety i jej rodziny.

W trakcie prowadzenia rozmowy nie dokonuje się żadnych notatek, jednak wpisywana jest ostateczna konkluzja do karty choroby. Treść konkluzji jest odczytywana pacjentce w celu zaaprobowania przez nią efektów rozmowy.

Z uwagi na końcowy wynik treść konkluzji można podzielić na trzy grupy: a. konkluzje zawierające pierwszoplanowe motywy podjęcia decyzji przerwania ciąży, np. „nie mogę”, „nie chcę”, „to już uzgodniłam z mężem”, „naprawdę w tych warunkach, w jakich żyję, absolutnie nie mogę” itp., b. konkluzje dotyczące rezygnacji z decyzji przerwania ciąży, oraz c. konkluzje ukazujące wahania pacjentki co do ostatecznej decyzji. W tych warunkach najczęściej zawarte są motywy, które skłaniają pacjentkę do przerwania ciąży, ale również te, które ją powstrzymują oraz sposoby rozwiązania konfliktu, np. zasięgnięcie dodatkowej opinii lekarza, ponowna rozmowa z małżonkiem, dyskusja w szerszym gronie rodzinnym, odwołanie się do przeżyć religijnych.

Od paru miesięcy w prowadzonych przeze mnie rozmowach uczestniczy osoba, która reprezentuje grupę społeczników bezpośrednio zaangażowanych w działalność obrony życia poczętego dziecka. Stwierdziłam, że obecność dodatkowej osoby nie przeszkadza w prowadzeniu szczerzej rozmowy, a bardzo często jest okazją do wzmocnienia argumentów na rzecz odrzucenia decyzji przerwania ciąży. Z dobrym skutkiem podjęta została także próba — w stosunku do osób wahających się i przeżywających w sposób dramatyczny konflikt z powodu podejmowanej decyzji — odwiedzenia domu rodzinnego i nawiązania kontaktu z mężem w celu przedyskutowania z obydwojema małżonkami tej ważnej decyzji. Ta forma spotkania

podejmowana jest tylko wtedy, gdy pacjentka wyrazi jednoznaczny zgodę na odwiedzin w jej domu.

### 3. DECYZJA O PRZERWANIU CIĄŻY JAKO REAKCJA NA „SYTUACJĘ TRUDNA”

#### 3.1. ŹRÓDŁA KONFLIKTU DECYZYJNEGO

Podejmowanie decyzji o przerwaniu ciąży w każdym przypadku przebiega w dramatycznej scenerii konfliktu wewnętrznego. Konflikt powstaje w wyniku uaktywnienia się przeciwstawnych procesów i mechanizmów psychicznych. Z jednej strony uaktywniają się postawy, potrzeby, wartości, emocje i mechanizmy związane z akceptacją poczętego dziecka i podjęciem roli macierzyństwa, z drugiej — skłaniające do negacji i odrzucenia.

Zebrane w praktyce psychologicznej obserwacje pozwalają przyjąć, że do czynników wpływających najwyraźniej na motywację akceptującą należą:

- percepcja siebie jako człowieka wierzącego, zobowiązanego do życia według oczekiwań i nakazów religijnych,
- percepcja przerwania ciąży jako specyficznej formy zabicia,
- percepcja zagrożeń psychiczno-moralnych w następstwie zrealizowania decyzji,
- wiedza o psychologicznych prawach rozwoju osobowości dziecka.
- świadomość o powinności rodziców zapewnienia dziecku/ /dzieciom „najlepszych warunków rozwoju” (rozumienie „najlepsze” może być różne, w zależności od przyjętej treści może służyć jako argument za akceptacją poczętego dziecka lub przeciw),
- poziom lęku związany z percepcją zagrożenia zdrowia w następstwie dokonania przerywania ciąży.

Do pierwszoplanowych czynników wpływających na motywację odrzucenia i negacji należą:

- percepcja niejednoznaczności głoszonych i uznawanych w społeczeństwie poglądów i norm etycznych dotyczących poczętego życia ludzkiego,
- poczucie osamotnienia w realizacji macierzyństwa i związana z tym percepcja zagrożenia związanego z obniżeniem poziomu zaspokajania potrzeb biologicznych, psychicznych i społecznych kobiety,
- przekonanie o znikomych możliwościach wpływu na kształ-

towanie i jakość warunków zewnętrznych, od których zależy prawidłowe psychiczne i społeczne funkcjonowanie rodziny,  
— percepcja nacisku opinii społecznej na realizowanie modelu rodziny co najwyżej z dwojgiem dzieci,  
— poziom identyfikacji ze społecznie uznawanym modelem rodziny,  
— przekonanie, że dzieci, męża i własne szczęście oraz sukces i powodzenie leżą w powiększaniu i gromadzeniu dóbr konsumpcyjnych.

Podawane przez pacjentki, a także uwzględniane przez lekarzy, tzw. przyczyny społeczne, m.in. złe warunki finansowe, trudne warunki mieszkaniowe i inne, same w sobie bardzo istotne, z psychologicznego punktu widzenia pełnią z reguły funkcję wygodnych mechanizmów obronnych. Łagodzą lub tłumią wewnętrzny konflikt przez fakt dopuszczania ich w ustawie zezwalającej na przerywanie ciąży.

### 3.2. ZACHOWANIE CZŁOWIEKA W SYTUACJI ZADANIOWEJ

Powszechnie przyjmuje się, że aktywność człowieka jest wzbudzana, modyfikowana i ukierunkowywana dzięki napływającym do niego informacjom tak z własnego wnętrza, jak i z otaczającej rzeczywistości społecznej i przyrodniczej. Trafnie wyraża to K. Obuchowski stwierdzając, że „podstawą motywacji (do działania — K. O.) jest określona organizacja informacji mająca charakter zadania” (1985, s. 252—253). Człowiek działa więc ze względu na zadania. Zespół stanów i procesów psychicznych oraz czynności jakie podejmuje jednostka i warunków zewnętrznych, które towarzyszą realizacji zadania można za T. Tomaszewskim (1975) określić sytuację zadaniową.

W konkretnym momencie czasowym człowiek nie działa ze względu na jedno zadanie, ale na złożony ich układ. Równocześnie chcąc podjąć działanie związane z napływającymi informacjami, w postaci zadania nie zawiesza najczęściej realizacji dotychczasowych zadań, ale dąży do uzgodnienia ważności i hierarchii między nimi. Dlatego też każdemu zadaniu towarzyszy pewien potencjał napięcia emocjonalnego. Według K. Obuchowskiego właśnie napięcie emocjonalne pełni rolę blokowania lub wzmaganania aktywności na rzecz danego zadania. Poziom napięcia nabiera szczególnego znaczenia motywacyjnego w chwili wystąpienia przeszkody. Duża jego siła będzie decydowała o determinacji zaniechania lub podtrzymywania bądź podjęcia aktywności. Jednocześnie siła napięcia związana z nowym zadaniem jest wypadkową wektorów na-

pięć, które towarzyszą realizacji innych zadań i pozostałych czynników wewnętrznych i zewnętrznych tworzących sytuację zadaniową. Gdy siła napięcia związana z nowym zadaniem jest duża a jednocześnie potencjał napięcia dotyczących dotychczasowych zadań jest również wysoki możemy mówić o sytuacji zadaniowej trudnej. Sytuacja zadaniowa trudna wymaga szczególnego zaangażowania i mobilizacji psychicznej podmiotu albo na rzecz pojawiającego się zadania, albo utrzymania istniejących. Według Endlera i Magnussona (1972), to czy dana sytuacja zadaniowa jest dla człowieka trudna, określa on sam, gdyż człowiek nadaje sens układowi tych elementów, które określamy mianem sytuacji. Podmiot wartościuje zadanie w różnych aspektach np. środków, które trzeba konieczniesz zaangażować, aby móc zrealizować zadanie; zysków i strat subiektywnych i obiektywnych; zagrożenia dla zadań aktualnie uważanych za znaczące i już realizowanych itp. Od strony percepcji sytuacji jako całości najważniejszym czynnikiem jest wieloznaczność/jednoznaczność moralna sytuacji zadaniowej. Na ten aspekt funkcjonowania w sytuacji zadaniowej zwrócił uwagę Dienstbier (cyt. za Zakrzewskim 1986, s. 236), który uważa, że ludzie reagują na sytuację jako całość i dlatego w procesie wartościowania aktywizują normy postępowania. Jednostka wartościując daną sytuację zadaniową porównuje ją z uznawanymi normami i wartościami moralnymi. Badania dowodzą, że w tzw. sytuacjach moralnie niejednoznacznych decyzje są trudniejsze a kryteriami wyboru stają te cele, potrzeby i dążenia, z którymi wiąże się największe napięcie emocjonalne, a więc przede wszystkim elementarne potrzeby bezpieczeństwa, wygody, przyjemności u jednych osób, zaś u innych wyznawane i ocenione wartości realizujące wymiar duchowy człowieka. Jednocześnie percepcja sytuacji w kategoriach moralnych uzależniona jest od indywidualnych cech jednostki. Jak ukazują nowsze badania z psychologii społecznej proces wartościowania aktywizuje takie cechy jak: koncentrację na sobie, postrzeganie swobody w realizacji wyboru i sposobu działania, postrzeganie możliwości osiągnięcia celu, poczucie sprawstwa, poczucie własnej wartości-ważności, postawy wobec innych i poziom dezindywidualizacji. Dezindywidualizacja odgrywa ważną rolę w tych wszystkich procesach wartościowania, które odwołują się również do poglądów i przekonań innych osób. Dezindywidualizacja jest to tzw. zanurzenie w grupie, jej wysoki poziom sprawia, że jednostka nie ma zdolności samodzielnego sterowania i kontrolowania swojego



zachowania ma także trudności z przewidywaniem rezultatów własnej aktywności. Jednocześnie osoba taka traci zdolność porównywania własnego zachowania z normami postępowania, kierując się reakcjami innych ludzi, w rezultacie pozbywa się zahamowań w stosunku do grożących jej w przyszłości kar, a jest uwrażliwiona na bezpośrednie bodźce i pojawiające się emocje oraz motywacje. Osoba taka jest całkowicie skierowana na zewnątrz bez możliwości ukierunkowania się na własne dobro, jako osoba traci zdolność samoregulacji zachowania, czego efektem są zachowania destruktywne w odniesieniu do jednostki i grupy społecznej. Vallacher i Solodky (za J. Zakrzewskim 1986, s. 209) zwracają uwagę na znaczenie w sytuacji zadaniowej postrzegania skutków własnego działania w kategoriach sprawstwa bądź przypadku lub szczęścia. Osoby, które postrzegają sytuację zadaniową jako przekraczającą ich kompetencje będą w znacznym stopniu motywowane do rozwiązywania sytuacji na płaszczyźnie standardów poza osobistych, a więc np. norm moralnych, społecznych, prawnych. Badania J. Zakrzewskiego dowiodły, że osoby skoncentrowane na sobie w sytuacjach zadaniowych o wyraźnych standardach moralnych przejawiały większą reaktancję wobec tych standardów tzn. były zdolne do częstszego działania naruszającego daną normę, szczególnie wtedy gdy wiązało się to z naruszeniem lub zagrożeniem ich własnych interesów. Lewin (cyt. za T. Tyszką 1986) twierdzi, że ludzie w sytuacjach konfliktowych mają skłonność do różnych „ucieczek” starając się jak najszybciej pozbyć się nieprzyjemnego napięcia emocjonalnego, może to wiązać się z wyborem niewłaściwego rozwiązania z punktu widzenia „ogólnego dobra” jednostki.

### 3.3. AKCEPTACJA POCZĘTEGO ŻYCIA JAKO ZADANIE

Kobieta zjawiająca się w gabinecie ginekologicznym z domniemanymi objawami ciąży w momencie ich potwierdzenia przez lekarza, z psychologicznego punktu widzenia znajduje się w sytuacji zadaniowej. Dopływające do kobiety informacje o zmianie funkcjonowania własnego ciała oraz informacje przekazane przez badającego lekarza tworzą jednolity układ informacyjny, który można scharakteryzować w postaci krótko i długofalowych zadań składających się na pełnienie roli matki.

Jak dobitnie w swoich pracach dowodzą socjologowie, współczesnej kobiecie polskiej zadanie bycia matką narzuca się w pierwszym momencie jako zespół zadań wymagających rezygnacji z siebie, poświęcenia i ofiary (taka percepcja macie-

rzyństwa jest szczególnie częsta w chwili poczęcia kolejnych dzieci, może rzadziej przy pierwszym dziecku). Przykładowo można wymienić takie zadania jak:

— przez 9 uzgadniać swoje potrzeby, dążenia pragnienia z potrzebami rozwijającego się dziecka, np. nie palić tytoniu, nie pić alkoholu, zmienić tryb życia: innymi słowy przez 9 miesięcy być czujną na potrzeby „innego”, rezygnować z siebie.

Współczesny człowiek, także kobieta niechętnie rozwija postawy uległości i podporządkowania innym ludziom, gdyż jak się wydaje bardzo często czynniki zewnętrzne, nad którymi nie ma władzy w sposób doprowadzający do frustracji zmuszają do rezygnacji z siebie.

- przygotować się psychicznie i fizycznie do porodu i akceptować wszystkie pozytywne i negatywne następstwa,
- po urodzeniu dziecka zaakceptować ograniczenie własnej swobody wyboru działania i postawić się do dyspozycji dziecka np. przerwać pracę zawodową, ograniczyć życie towarzyskie itp.
- przygotować się i zaakceptować monotonną aktywność związaną z biologicznymi i pielęgnacyjnymi potrzebami dziecka,
- zapewnić w przyszłości dziecku nie tylko zaspokojenie potrzeb biologicznych ale także wykształcenie, karierę zawodową, pozycję społeczną,
- być dla dziecka podporą i oparciem od urodzenia do śmierci.

Rejestr spostrzeganych i antycypowanych zadań w każdym konkretnym przypadku jest zależny od zinternalizowanego modelu roli matki. Jeżeli jest to model zakładający całkowite oddanie się matki dla dziecka, to wielość i treść postrzeganych zadań może przekraczać subiektywne i obiektywne możliwości kobiety i tym samym wywoływać większe napięcie i konflikt z już realizowanymi zadaniami. Bowiem stojące przed kobietą zadanie bycia matką musi zostać uzgodnione z aktualnymi zadaniami (celami) i musi być poddane wartościowaniu z punktu widzenia nadrzędnych zadań, jakie sobie dana kobieta postawiła, a także uzgodnione z jej postawami i przekonaniem. Jak wskazują socjologowie, a także własne obserwacje skłaniają do przyjęcia tezy, że dla sporej liczby kobiet fakt zajścia w ciążę (zwłaszcza kolejną) może być zdarzeniem nieakceptowanym ze względu na aktualnie realizowane cele i zadania.

Kobieta dokonując oceny sytuacji zadaniowej, bycia matką, wartościuje ją z pozycji własnych możliwości a także prze-

szłych doświadczeń związanych z ciążą, porodem, wychowywaniem dzieci/dziecka. Przykre przeszłe doświadczenia lub niekorzystna aktualnie sytuacja rodzinna mogą potęgować negatywne stany emocjonalne i utrudniać tym samym właściwą ocenę możliwości. Te same prawidłowości mogą wystąpić w postrzeganiu ważności pracy zawodowej, postrzeganiu najbliższych członków rodziny jako współdziałających lub utrudniających realizację macierzyństwa. Ocena możliwości własnych i środowiska może doprowadzić do uznania, że zadanie bycia matką kolejnego lub pierwszego dziecka przekracza możliwości danej kobiety. Następnie kobieta dokonuje oceny zadania macierzyństwa z punktu widzenia realizacji innych zadań. W przypadku wystąpienia konfliktu zadań np. między macierzyństwem a kontynuowaniem wykształcenia, budową domu, kupnem samochodu, osobistą niezależnością wystąpi — przy silnych naciskach już podjętych zadań — tendencja do zaniechania realizacji macierzyństwa. Jednakże ostateczne wycofanie się z tego zadania następuje w wyniku oceny zadania z perspektywy norm postępowania. We współczesnych społeczeństwach — jak podkreślają socjologowie — zmalała ranga bycia matką, w szczególności matką wielu dzieci.

J. Kozielski (1988) wyróżnił dwa typy motywacji skłaniającej do podejmowania aktywności: motywację odnoszącą się do komunikatów społecznych i motywację odnoszącą się do standardów doskonalenia się. O tym, która motywacja będzie dominująca w konkretnej sytuacji zadaniowej decyduje system wartości osoby i subiektywnych (podmiotowych) możliwości. Osoba kierująca się motywacją komunikatu społecznego w sytuacji zadaniowej — akceptacji poczętego życia i macierzyństwa będzie kierowała się w swoich decyzjach opinią innych. Rozpatrywać będzie osobiste i społeczne skutki urodzenia kolejnego dziecka przede wszystkim przez pryzmat zysków i strat jej pozycji społecznej. Osoba kierująca się motywacją doskonalenia się w tym samym procesie decyzyjnym będzie przede wszystkim oceniać osobiste i poza osobiste skutki w aspekcie ich wpływu na proces przybliżania się do uznawanego wzorca idealnego osoby, żony, obywatelki, człowieka wierzącego itp. W trakcie prowadzenia rozmów psychologicznych z kobietami zgłaszającymi się na przerwanie ciąży zaobserwowałam dwa typy postaw: „nie chcę” i „nie mogę”. Postawy te można odnieść do wyróżnionych rodzajów motywacji. Postawa „nie chcę” będzie i jest bardziej związana z motywacją odnoszącą się do komunikatów społecznych, postawa „nie mogę” z mo-

tywacją doskonalenia się, choć dyskusyjnym jest treść wzorca.

Kobiety, które wyrażają postawę „nie chcę” na ogół mają poczucie uzyskania pewnego, wyższego niż przeciętny, statusu społecznego, są przekonane, że mają określone osiągnięcia zawodowe i są niezależne od innych. Akceptacja poczętego dziecka jest przez nie postrzegana jako zwolnienie lub wręcz zahamowanie przybliżania się do społecznie uznawanego wzorca powodzenia i sukcesu.

Kobiety, które mówią „nie mogę” w znacznie mniejszym stopniu mają zaspokojone podstawowe potrzeby ekonomiczne, psychiczne i społeczne. Swoje położenie życiowe oceniają w porównaniu z innymi jako gorsze i bardziej obciążające fizycznie i psychicznie. Postrzegają zadanie macierzyństwa, jako przekraczające ich możliwości. Otoczenie postrzegają, jako niewspółpracujące a nawet wrogie i niezyczliwe. Są przekonane, że zadanie macierzyństwa będą musiały realizować wyłącznie zdane na siebie. Mówią „nie mogę” — gdyż kierują się jakimś wzorcem idealnym matki, którego nie potrafią zrealizować.

Postawę „nie mogę” częściej prezentują kobiety, które mają już jedno lub dwoje dzieci i po raz pierwszy podejmują decyzję przerwania poczętego życia.

Postawę „nie chcę” wyrażają kobiety, które mają jedno dziecko i dla których aktualna decyzja przerwania ciąży jest drugą lub trzecią.

W obu postawach elementem wspólnym jest brak zgody na zmiany w sposobie i jakości zaspakajania dotychczasowych potrzeb biologicznych, psychicznych i społecznych, zaznacza się także tendencja do odrzucania takiego stylu życia, który wymaga wyrzeczenia i ofiary czyli tych elementów, które zdaniem T. Kotarbińskiego sprawiają, że miłość macierzyńska jest najpiękniejszą, najcenniejszą. Współczesny człowiek tak bardzo pragnie mieć spokój, wygodę, dobrobyt, wolny czas, rozrywkę, przeżycia sukcesu i satysfakcji, realizować własne ambicje, że nie waha się niszczyć wszystkiego, co powoduje zablokowanie tych dążeń. Jeżeli na drodze do urzeczywistnienia własnych dążeń staje rozwijający się organizm ludzki, trzeba tę przeszkodę zniszczyć, usunąć. Zadanie bycia matką stanowi zagrożenie dla stylu życia typu „mieć”, wywołuje lęk, a ten z kolei — jak wskazują badania nad zachowaniem człowieka w sytuacji lęku — intensyfikuje zachowania agresywne. Przerwanie ciąży można traktować jako zachowanie agresywne ukierunkowane na innego człowieka i na samego siebie (por. E. Fromm 1987).

#### 4. DYSKUSJA I WNIOSKI TERAPEUTYCZNE

Kobiety zgłaszające się na zabieg przerwania ciąży — jak ukazuje analiza ich przeżyć psychicznych oraz przyczyn podjęcia decyzji — znajdują się w stanie silnego dysonansu moralnego. Dysonans ten spowodowany jest zderzeniem dwóch różnych elementów poznawczych o treści moralnej (por. M. Kosewski 1985), które znajdują się w polu świadomości kobiety. Jest także następstwem aktywizacji norm postępowania w ważnym dla jednostki procesie decyzyjnym.

W społeczeństwie polskim od 1956 roku funkcjonują dwie normy w odniesieniu do przerywania ciąży, jedna wynikająca z Dekalogu i głoszona przez Kościół Katolicki, druga prawna będąca wyrazem polityki państwa. Norma prawna zawarta w Ustawie z 1956 r. jest sprzeczna z normą głoszoną przez Dekalog („Nie zabijaj”). Ta dwoistość normy dotyczącej postępowania wobec poczętego życia ludzkiego utrudnia, w konkretnej sytuacji decyzyjnej, proces wartościowania i wyboru właściwej drogi działania. Prymas Józef Glemp w wywiadzie dla *Polityki* stwierdził, że „Ustawa deformuje sumienie w tym sensie że człowiek przyjmuje to co zgodne z prawem za dobre” (cyt. za E. Zielińską 1985, s. 111).

Sposób ujawnienia dysonansu oraz radzenia sobie z nim w znacznym stopniu uzależniony jest od tego, czy dana kobieta podejmuje decyzję o przerwaniu ciąży po raz pierwszy, czy jest to kolejna jej decyzja.

Kobiety, które po raz pierwszy rozważają możliwość uwolnienia się od urodzenia dziecka przez zabieg przerwania ciąży, manifestują silniejsze napięcie i wahania związane z przeżywanym dysonansem moralnym. U kobiet tych z większą wyrazistością narzuca się norma „nie zabijaj”, a także czują większy lęk i obawę przed psychicznymi, moralnymi i zdrowotnymi skutkami zrealizowania przerwania ciąży. Stosując język prawniczy, można powiedzieć, że kobiety te są pod silniejszym wpływem sankcji, które mogą nastąpić. Osoby po raz pierwszy decydujące się na przerwanie ciąży są niepewne, płaczą, mają wygląd osoby zrezygnowanej, uginającej się pod ciężarem dokonanego bilansu własnych możliwości i skutków podjętej decyzji. Np. jedna z kobiet powiedziała: „żadna kobieta nie przerwałaby ciąży, gdyby mogła mieć warunki odpowiednie dla odbycia ciąży, porodu, a następnie wychowania dzieci”, a inna: „Jestem tak zaganiana, zmęczona, zalekniona, nie potrafię podjąć trudu wychowania kolejnego dziecka”.

Kobiety, które mają już za sobą przerywanie ciąży, ujawniają na zewnątrz mniejsze napięcie psychiczne, natomiast większą determinację w dążeniu do zrealizowania podjętej decyzji. Zewnętrzne zachowanie tych kobiet różni się zasadniczo od zachowania poprzednich. Są bardziej zdecydowane, zamknięte w sobie, deklarują w sposób stanowczy i niepodlegający dyskusji przyczyny swej decyzji, przy czym są wymieniane najczęściej przyczyny materialne (finansowe, mieszkaniowe), które okazują się w rezultacie nie tak ważne, jak ujawnione w rozmowie psychologicznej czynniki osobowościowe i relacje emocjonalne z najbliższym otoczeniem. W rozmowie psychologicznej, kobiety te przejawiają sztywność reakcji emocjonalnych i procesów myślowych, skłonność do reakcji reaktancją na próby zmniejszenia wieloznaczności sytuacji moralnej. Stan, w jakim kobiety te przychodzą do gabinetu psychologa, można określić jako całkowicie odizolowanie się od wpływów zewnętrznych zmierzających do podważenia, w gruncie rzeczy, kruchej i niepewnej argumentacji za decyzją przerywania ciąży. Są jedynie skoncentrowane na sobie i postrzegają urodzenie dziecka jedynie w kategoriach własnego zagrożenia. Wygląd zewnętrzny tych osób, oraz ich zachowanie można porównać do tych, którzy przywdziali pancerz ochronny, lub skryli się za kuloodporną szybą i wiedzą, że w ten sposób oddzielili się od wpływu innych.

Stan psychiczny jednych i drugich wskazuje na konflikt motywów za i przeciw urodzeniu dziecka już poczętego.

Proces podejmowania decyzji o przerywaniu ciąży można nazwać procesem negatywnej diagnozy, gdyż kobieta nastawiona jest przede wszystkim na wyszukiwanie informacji (w sobie i otaczającym środowisku) utwierdzających ją w dążeniu do przerywania ciąży.

Oto przykłady typowych wypowiedzi kobiet broniących swojej decyzji:

„Mam już dwoje dzieci, na dzisiejsze czasy to naprawdę wystarczająca liczba”; „nie mogę rodzić dzieci, jak ktoś nie-uświadomiony a potem nie zapewnić im właściwych warunków rozwoju”; „muszę zadbać o właściwe warunki rozwoju i życie tych dzieci co mam, nie mogę od nich wymagać, by teraz miały rezygnować z własnego dzieciństwa”; „nie mogę pozwolić, by dziecko narażone zostało na brak opieki ojca, a dotychczasowe doświadczenia wskazują, że mąż nie interesuje się wychowaniem dzieci/dziecka”; „mąż jest alkoholikiem i mogą urodzić się dzieci z wadami”; „chorowałam i to może

źle się skończyć dla rozwijającego się dziecka”; „nie chcę więcej dzieci, a dziecko niechciane jest nieszczęśliwe”.

Warto zwrócić uwagę, że wysuwane argumenty za decyzją przerwania ciąży odwołują się jednocześnie do jakiegoś „dobra”, najczęściej jest to dobro starszych dzieci, rodziny, społeczeństwa, rzadko własne. W ten sposób następuje zrównoważenie negatywnych przeżyć związanych z podjętą decyzją. Napięcie emocjonalne wywołane dysonansem moralnym małe, gdyż kobieta nabiera przekonania, że to, co robi, jest tzw. „mniejszym złem” lub służy ochronie czegoś dobrego<sup>2</sup>.

Prowadzone rozmowy z kobietami przerywającymi ciążę ujawniają fakt niezgodnego z intencją Ustawodawcy posługiwania się Ustawą o dopuszczalności przerywania ciąży, Ustawa stanowi bowiem:

---

<sup>2</sup> Dnia 24.11.1988 r. w Warszawie (Szpital Bródnowski) dokonano pierwszej operacji przeszczepienia tkanki mózgowej, pobranej z płodu, 57-letniemu pacjentowi z przewlekłą chorobą Parkinsona. Tkanka ta pochodziła od płodu, który został zniszczony w wyniku decyzji kobiety o przerwaniu ciąży. W związku z podjętym eksperymentem nasuwają się następujące refleksje natury psychologicznej i etycznej.

a. Eksperyment ten przyczynia się do jeszcze większej wieloznaczności normy postępowania wobec poczętego życia, niż dotychczas; tym samym utrudnia kobiecie podjęcie własnej i całkowicie samodzielnej decyzji o życiu poczętego dziecka. Doświadczenie psychologiczne wskazuje, że kobieta decydująca się na przerwanie ciąży prawie do ostatniego momentu przeżywa wahania co do słuszności swojej decyzji. Poszukuje uporczywie informacji potwierdzających słuszność swojej decyzji, ale jednocześnie nie jest wolna od nacisku wewnętrznych i zewnętrznych czynników podważających tę decyzję. Przyjęcie, że tkanka mózgowa płodu może być użyta do leczenia innej osoby, stawia kobietę w sytuacji, w której znajduje ona dodatkowe usprawiedliwienie dla swej decyzji. Jednocześnie podpisując zgodę na dysponowanie szczątkami płodu przez lekarza, kobieta działa pod dodatkową presją zewnętrzną skłaniającą ją do bezwzględnego zrealizowania działań, nawet gdyby wystąpiły silne wahania.

b. Powstaje pytanie, ile trzeba zniszczyć płodów ludzkich, aby przywrócić zdrowie lub tylko zmniejszyć cierpienie jednemu człowiekowi?

c. Od momentu decyzji kobiety o przekazaniu szczątków płodu dla przeszczepienia innemu człowiekowi, kobieta i jej dziecko poczęte traktowane są instrumentalnie a nie podmiotowo.

d. Eksperyment omawiany jeszcze raz unaocznia problem, czy można stawiać życie i zdrowie jednej osoby wyżej nad inną.

e. Nie może być dla żadnego lekarza a nawet nieprofesjonalisty wystarczającym usprawiedliwieniem takiego działania twierdzenie: kobieta i tak przerwałaby ciążę, a szczątki płodu byłyby wyrzucone; dzięki temu zabiegowi zyska inny człowiek. Twierdzenie takie doprowadza do pogłębiania jeszcze bardziej wieloznaczności normy „nie zabijaj”.

„Zabiegu przerwania ciąży może dokonać tylko lekarz, jeśli:

1. za przerwaniem ciąży przemawiają:
  - a. wskazania lekarskie,
  - b. trudne warunki życiowe kobiety ciężarnej,
2. Zachodzi uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku przestępstwa”.

W okresie 3 i pół letniej działalności zetknęłam się jedynie z 2 przypadkami wskazań lekarskich do przerwania ciąży. Z reguły do szpitala zgłaszają się kobiety-mężatki z orzeczeniem wskazującym na warunki socjalne. Jednakże w trakcie rozmowy-wywiadu psychologicznego okazuje się, że warunki socjalne nie stanowią najważniejszej przyczyny podjęcia decyzji. Najistotniejszymi okazują się przyczyny psychologiczno-społeczne, tzn. czynniki osobowościowe oraz funkcjonujące w społeczeństwie postawy i wzorce odnoszące się do rodziny i dietności. Jak pisze J. Rostowski: „Badania lat 60 i 70 wskazują, że urodzenie się dziecka odbierane jest przez małżonków jako negatywne, przy czym żony bardziej tak postrzegają ten fakt, niż mężowie (1987, s. 323). Również Z. Smoliński pisze, że „w każdym modelu małżeństwa a zwłaszcza małżeństwa egalitarnego, które staje się coraz częstszym przypadkiem wśród młodych małżeństw, jeden z małżonków, a jest nim najczęściej żona, musi rezygnować z wielu dotąd spełnianych zadań, żona ponosi zazwyczaj największe ofiary” (1983, 3).

Ludzie potwierdzają swoją wartość osobistą i miejsce; wśród innych ludzi, jak pisze J. Koziński, dzięki nieustannemu procesowi porównywania się z innymi. Drugi człowiek staje się kryterium oceny siebie, chce co najmniej dorównać innym lub ich przewyższyć. Kobieta będąca w ciąży i rozważająca możliwość jej przerwania, porównuje się z innymi kobietami w zakresie pełnienia różnych ról: matki, pracownika, kobiety w ogóle, żony itp. Porównuje swój sukces z sukcesami innych kobiet, swoje ograniczenia z ograniczeniami innych. W ten sposób społeczny model roli matki i kobiety oddziałują na jej decyzję o życiu poczętego dziecka. W sytuacji, gdy porównywanie wypada na niekorzyść danej kobiety, częściej będzie ona dążyła do rezygnacji z macierzyństwa w stosunku do kolejnego dziecka, niż podejmie trud jego urodzenia i wychowania. Szczególnie jaskrawo występuje to w odniesieniu do trzeciej. czy czwartej ciąży — społeczny model rodziny to rodzice plus dwoje dzieci.

Przyjmując, że z psychologicznego punktu widzenia, przerwanie ciąży jest najbardziej kosztowną, bo niszczącą zdrowie



psychiczne, metodą regulacji poczęć, można zaproponować kilka kierunków działań profilaktycznych i terapeutycznych w skali mikro i makro-społecznej.

1. Podjęcie działań zmierzających do zlikwidowania lub ograniczenia wieloznaczności normy moralnej odnoszącej się do postępowania wobec poczętego życia ludzkiego.
2. Podjęcie działań umożliwiających stworzenie społecznego klimatu akceptującego wartość i ważność prac związanych z rolą matki i żony na równi z wartością i ważnością innych prac zawodowych.
3. Podjęcie działań zmierzających do kształtowania pozytywnych postaw wobec rodzin wielodzietnych.
4. Kształtowanie indywidualnych i społecznych postaw życzliwości i pomocy drugiemu człowiekowi.
5. Zmiana polityki mieszkaniowej państwa.
6. Wprowadzenie do programów szkolnych w szkołach ponadpodstawowych przedmiotu „Praca nad sobą”, z uwrażliwieniem na takie wartości, jak: odpowiedzialność za swoje czyny; odpowiedzialność za innych; solidarność z innymi ludźmi; życie i zdrowie własne i cudze.

#### LITERATURA

1. Adamski F.: *Rodzina między sacrum a profanum*, Poznań 1987, Pallotinum.
2. Endler N. S., Magnusson D. (ed.): *International psychology and personality*, Washington 1986.
3. Instrukcja Nr 11/81 Ministrów, Zdrowia i Opieki Społecznej, Komunikacji, Obrony Narodowej oraz Spraw Wewnętrznych z dnia 21 września 1981 r. (cyt. za Dz. Urz. Min. Zdr. i O.S. Nr 11, z dn. 2 XI 1981 s. 50).
4. Kotarbiński T.: *Medytacje o życiu godziwym*, w: *Pisma etyczne*, Warszawa 1987, Ossolineum.
5. Koziński J.: *O człowieku wielowymiarowym. Eseje psychologiczne*, Warszawa 1988, PWN.
6. Obudowski K.: *Adaptacja twórcza*, Warszawa 1985, KiW.
7. Rostowski J.: *Zarys psychologii małżeństwa*, Warszawa 1987, PWN.
8. Smoliński Zb.: *Ankieta rodzinna*, maszynopis powielony GUS, Warszawa 1983.
9. Tomaszewski T.: *Człowiek i otoczenie*, w: *Psychologia*, red. T. Tomaszewski, Warszawa 1975, PWN.
10. Tyszka T.: *Analiza decyzyjna i psychologia decyzji*, Warszawa 1986, PWN.
11. Zakrzewski J.: *Wieloznaczność moralna sytuacji, koncentracja na sobie a nieintencjonalne działanie na szkodę innych*, w: *Studia nad uwarunkowaniami i regulacją agresji interpersonalnej*, Warszawa 1986, Ossolineum.
12. Zielińska E.: *Oceny prawno-karne przerywania ciąży. Studium porównawcze*, Warszawa 1986, wyd. UW.

## DIE PSYCHOLOGISCHEN PROBLEME DER FRAU VOR DEM SCHWANGERSCHAFTSABRUCH

### Zusammenfassung

In der Arbeit wurde der Versuch unternommen die Entschlüsse der Frau zum Schwangerschaftsabbruch als einen schwerwiegenden Aufgabenbereich darzustellen. Die Erlebnisse der betroffenen Frauen, sowie die daraus folgenden theoretischen Überlegungen stützen sich auf 3,5 Jahre dauernde Praxis psychologischer Beratungen von Frauen, die sich bei einer Warschauer Klinik zum Schwangerschaftsabbruch gemeldet hatten.

Zu den wichtigsten Ursachen, die eine Abortion motivieren, zählen:

1) die Normenunklarheit in bezug auf die Wertung des beginnenden menschlichen Lebens;

2) das Gefühl der Einsamkeit bei der Erfüllung der Pflichten einer Mutter;

3) das Gefühl der Hilflosigkeit bei der Gestaltung des Familienlebens;

4) das Zwei-Kinder-Familienbild;

5) die gestörte emotionelle Verbindung zwischen den Ehepartnern.

Die Abortion verhindern dagegen:

1) die religiöse Integrität;

2) die Solidarität mit anderen Menschen;

3) die Gleichstellung der Abortion einem Tötungsdelikt.

Dafür spielt die ökonomische Lage eine untergeordnete Rolle, in dem Sinne, dass sie der Frau ermöglicht ihre Argumentation mit der gesellschaftlich genehmigten Motivierung des Schwangerschaftsabbruchs in den Einklang zu bringen. In Wirklichkeit sind jedoch die erklärten ökonomischen Motive als Defensivmechanisme zu verstehen.