

Det er ei ålmenn oppfatning at abort gir psykiske seinverknader. Forsking har derimot ikkje dokumentert at abort gir problem ut over kva livet elles valdar av sjukdom og bekymringar

Gir abort seinverknader?

Abort er truleg eit av dei mest kontroversielle inngrepa i medisinen. Bekymringane og påstandane om at det gir psykiske etterverknader å ta abort er mange. Dette er ikkje nytt, og trass i at ingen studiar har vist at abortinngrepet fører til psykisk sjukdom, er denne oppfatninga særst slitesterk. Også på 1970-talet viste Berthold Grünfeld til liknande funn i diverse artiklar. Han meinte at det er eit skjønsspørsmål om desse reaksjonane er komplikasjonar eller variantar av naturlege reaksjonar. Han påpeikte også at kvinner er forma av samfunnet rundt seg og at graden av psykiske reaksjonar difor kan påverkast av forventningar om reaksjonar (1). Sidan abortspørsmålet ikkje berre er kontroversielt, men også i høg grad politisk og i tillegg tabuisert, er forskinga og tolkinga av resultatata også prega av dette. Ein studie frå Grete Alræk Iversen og medarbeidarar viste at det kan vere vanskeleg å forske på seinverknader etter abort i ein uselektert populasjon sidan det er låg vilje til å delta i slike studiar blant kvinner som tar abort (2).

I dette nummer av Tidsskriftet har Simonsen og medarbeidarar studert om det finst ein mogleg samanheng mellom eiga aborthistorie og fødselsangst, med negativt resultat (3). Er dette eit overraskande funn?

For nokre år sidan var det stor merksemd kring ein studie som viste at kvinner som hadde abortert spontant eller provosert, hadde psykiske plager som dei kan trenge oppfølging for i helsetenesta (4). Studien, som vart utført av Anne Nordal Broen og medarbeidarar, baserte seg på intervju med ein liten og selektert populasjon på 100 kvinner. Ein av fem av dei som hadde tatt provosert abort, hadde psykiske reaksjonar fem år etter inngrepet. Dei som hadde gjennomgått spontanabort, hadde sine psykiske reaksjonar i løpet av det fyrste halve året etter spontanaborten. Om lag halvparten av dei som hadde tatt provosert abort, hadde ein tidlegare rapportert psykiatrisk hending – mot ein tredel i gruppa med spontanabortar. Forfattarane såg ikkje på tilhøvet mellom psykisk reaksjon og årsaka til abort. I ein annan artikkel viste dei derimot at kvinner som hadde psykiske reaksjonar, i hovudsak var dei som hadde opplevd press frå den potensielle barnefare om å ta abort, hadde vore usikre på om dei skulle ta abort og/eller hadde tidlegare psykiatrisk sjukehistorie (5). Denne artikkelen fekk ikkje like mykje merksemd.

Willy Pedersen gjorde ein studie der han følgde unge kvinner frå dei var 15 år til dei var 27 år og mellom anna dokumenterte samanhengen mellom psykisk helse og abort. I den studien fann han at kvinner som tok abort i 20-åra hadde ein signifikant auka risiko for depresjon samanlikna med dei som ikkje hadde tatt abort. Etter korrigering for andre variablar som tidlegare psykisk sjukdom, partnerhistorie, familiebakgrunn, atferdsproblem etc. så var det framleis eit signifikant funn. Det var derimot ikkje noko auka risiko for depresjon etter abortar gjort i tenåra. Han konkluderte difor med at det å ta abort i 20-åra gir auka risiko for depresjon (6). Det han ikkje hadde sett på i denne studien, var graden av ambivalens i samband med abort tatt i 20-åra i forhold til i tenåra. Fleire kvinner er i etablerte parforhold og er nærare til å sjå seg sjølve som foreldre i 20-åra enn i tenåra. Sjansen for at dei skal vera ambivalente andsynes valet og på same tid ha eit anna syn på om svangerskapet skal ende i abort eller ikkje enn den moglege barnefare, er også større enn i tenåra. Vi vil aldri få vite om resultatata hadde sett annleis ut dersom ein hadde hatt høve til å kontrollere for dette.

Den amerikanske psykologforeninga publiserte i 2008 ei oversikt over studiar om samanhengen mellom abort og psykisk sjukdom (7). Grunna manglande kontroll for andre samanfallede risikofaktorar var det umogleg å seia om ein eventuell auka risiko var skulda abortinngrepet i seg sjølv eller andre risikovariablar som fattigdom, foruteksisterande psykisk sjukdom eller liknande. Førekosten av psykisk sjukdom hjå dei som hadde tatt ein abort var derimot lik med førekosten i normalbefolkninga, men risikoen var litt auka dersom ein hadde hatt multiple abortar. I rapporten seier dei også at aborterfaringa for mange er kjenneteikna av ambivalens og ei blanding av positive og negative kjensler. Konklusjonen deira blir at ein ikkje kan utelukke at nokre kvinner får psykiske reaksjonar etter abort, men at det ikkje er norma (7). Heller ikkje i ein populasjonsstudie frå Danmark der ein såg på insidensrata av psykisk sjukdom i ni månader før abort eller fødsel samanlikna med insidensen dei fyrste 12 månadene etter, fann ein auka risiko for psykisk sjukdom etter abort. Derimot fann ein auka risiko for psykisk sjukdom etter fødsel (8).

Dei aller fleste kvinner får ingen psykiske reaksjonar i etterkant av eit abortinngrep. Det er heller ikkje gitt at det er abortinngrepet i seg sjølv som i så fall gir psykiske reaksjonar. I tillegg skal ein ikkje sjukeleggjere normale reaksjonar. Gruppene med risiko for å få psykiske etterverknader er samanfallede i mange studiar; dei som er ambivalente, opplever press og har psykiatrisk forhistorie har høgare risiko. Norske kvinner har 40 % livstidsrisiko for å ta abort (9). Då er det viktig ikkje å stigmatisere ei stor gruppe eller skape frykt for reaksjonar dei truleg ikkje vil få.

Mette Løkeland
lokeland@gmail.com

Mette Løkeland (f. 1971) er spesialist i fødselshjelp- og kvinnesjukdomar. Ho er stipendiat ved Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen med forskningstema «Medikamentell abort» og er nettredaktør for Norsk gynekologisk forening. Forfattaren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgjev ingen interessekonflikar.

Litteratur

1. Grünfeld B. Psykiske reaksjoner på svangerskapsavbrudd. Tidsskr Nor Lægeforen 1973; 93: 768–9.
2. Iversen GA, Løkeland M, Fjereide AK et al. Er senvirkningene etter provosert abort forskbare. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 1550–2.
3. Simonsen TB, Wahl AK, Vangen S et al. Gir tidligere aborter fødselsangst? Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 635–9.
4. Broen AN, Moum T, Bødtker AS et al. The course of mental health after miscarriage and induced abortion: a longitudinal, five-year follow-up study. BMC Med 2005; 3: 18.
5. Broen AN, Moum T, Bødtker AS et al. Reasons for induced abortion and their relation to women's emotional distress: a prospective, two-year follow-up study. Gen Hosp Psychiatry 2005; 27: 36–43.
6. Pedersen W. Abortion and depression: a population-based longitudinal study of young women. Scand J Public Health 2008; 36: 424–8.
7. American Psychological Association, Task Force on Mental Health and Abortion. Washington, D.C.: American Psychological Association, 2008. www.apa.org/pi/wpo/mental-health-abortion-report.pdf
8. Munk-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB et al. Induced first-trimester abortion and risk of mental disorder. N Engl J Med 2011; 364: 332–9.
9. Bjørge L, Løkeland M, Oppegaard KS. Provosert abort. I: Maltau JM, Thornhill H, Eng ME, red. Nasjonal veileder i generell gynekologi 2009. www.legeforeningen.no/id/157791.0 [25.2.2012].