

Wissenschaftliche Studien zum Thema Post Abortion Syndrome bzw. Posttraumatische Belastungsstörung nach einer Abtreibung

Abtreibung ist ein sensibles Thema, das kontrovers diskutiert wird. In der öffentlichen Diskussion wird oft behauptet, dass es keine wissenschaftliche Grundlage für die Existenz des PAS gibt. Dies ist allerdings eine Begriffsfrage, denn die Existenz und Symptomatik einer „posttraumatischen Belastungsstörung“ ist wissenschaftlich belegt und anerkannt:

Psychologische Folgen

Allgemeine psychische Gesundheit

Eine landesweite Langzeitstudie von Sullins (2016) mit 8005 US-amerikanischen Frauen zeigte, dass Abtreibung mit einem moderaten Risiko für psychische Gesundheitsprobleme in der späten Jugend und dem frühen Erwachsenenalter einhergeht. Eine Geburt war hingegen mit weniger psychischen Störungen assoziiert. Ein elftel (8.7%) aller mentalen Störungen, waren auf eine Abtreibung zurückzuführen.

Forschungsarbeiten von Coleman (2011) zeigten, dass Frauen nach einer Abtreibung ein 81% höheres Risiko für psychische Probleme hatten als Frauen, die keine Abtreibung hatten. Außerdem zeigte die Studie von Coleman, dass fast 10% aller psychischen Störungen auf eine Abtreibung zurückgeführt werden konnten.

Eine norwegische Langzeitstudie von Broen, Moum, Bødtker und Ekeberg (2004) über die unterschiedlichen psychologischen Folgen einer Fehlgeburt kam zu dem Ergebnis, dass Frauen nach einer Abtreibung langfristig mehr Schuld- und Schamgefühle aufwiesen als Frauen nach einer Fehlgeburt.

Paul et al. (2009) nennen 18 Risikofaktoren für psychische Probleme nach einer Abtreibung. Zum Beispiel haben Frauen, die das Kind eigentlich austragen möchten und es trotzdem abtreiben lassen, ein höheres Risiko, nach der Abtreibung psychische Probleme zu entwickeln.

Die amerikanische Vereinigung der Psychologen (APA, 2008) ermittelten 17 Risikofaktoren für psychische Probleme nach einer Abtreibung. Sie nannten außerdem Untergruppen von Frauen, die aufgrund von bereits vorher bestehenden Eigenschaften der Frauen oder ihrer sozialen Situation einem erhöhten Risiko ausgesetzt seien. Diese Risikofaktoren beinhalteten ... Empfinden von Stigmatisierung, Bedarf nach Geheimhaltung, und geringe soziale Unterstützung für die Entscheidung abzutreiben; mentale Vorerkrankungen; Persönlichkeitsfaktoren wie z.B. geringes Selbstwertgefühl und der Gebrauch von Vermeidungs- und Verdrängungsstrategien zur Bewältigung; und Merkmale der jeweiligen Schwangerschaft, z.B. wie sehr die Frau die Schwangerschaft gewollt und sich ihr verpflichtet gefühlt hat. Manche dieser Risikofaktoren haben sich auch als Anzeichen für negative Reaktionen auf andere Lebensereignisse inklusive der Geburt eines Kindes.

Die APA sieht daher im Vergleich zu anderen möglicherweise belastenden Ereignissen keine besondere Verbindung zwischen diesen Risikofaktoren und Abtreibung. Gleichzeitig zeigen ihre Ergebnisse, dass eine Abtreibung sehr wohl negative Konsequenzen nach sich ziehen kann.

Posttraumatischer Stress

In einer Studie von Curley & Johnston (2013) berichteten alle Frauen, die Abtreibungen gehabt hatten (89 Frauen der insgesamt 151 Teilnehmerinnen der Studie) von Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) sowie Trauer, die über einen Zeitraum von drei Jahren anhielten. Mehr als die Hälfte der Studentinnen, die eine Abtreibung gehabt hatte, wünschte sich danach psychologische Begleitung.

Eine südafrikanische Studie von Suliman et al. (2007) untersuchte 155 Frauen nach Abtreibung. Im Fokus standen die Symptome vor, einen Monat nach und drei Monate nach der Abtreibung. Fast ein Fünftel zeigte Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Ein hoher Anteil an PTBS charakterisierte jene Frauen, die sich für einen freiwilligen Schwangerschaftsabbruch entschieden. Drei Monate nach der Abtreibung stieg der Anteil an PTBS um 61%. Frühere Studien von Barnard (1990) und Rue et al. (2004) waren zu ähnlichen Ergebnissen gekommen.

In der Studie von Rue et al. (2004) unter amerikanischen Frauen, die eine oder mehrere Abtreibungen gehabt hatten, aber keine Fehlgeburt, zeigten 65% der Frauen PTBS-Symptome wie Wiedererleben, Vermeiden, und gesteigerte Erregung. Die Studie zeigte, dass Abtreibung Stress erhöhen und Bewältigungsmöglichkeiten vermindern kann, v.a. bei Frauen mit negativen Kindheitserfahrungen oder vorhergehenden Traumata.

Depression

Die oben genannte Studie von Coleman (2011) ermittelte ein 37% höheres Risiko für Depressionen bei Frauen, die eine Abtreibung gehabt hatten, als bei solchen, die keine gehabt hatten. In einer anderen Studie über Frauen mit einer erstmaligen ungeplanten Schwangerschaft hatten jene Frauen, die sich für eine Abtreibung entschieden, ein signifikant höheres Risiko, an einer klinischen Depression zu erkranken, als jene Frauen, die das Kind zur Welt brachten (Reardon & Cogle, 2002).

Drogenmissbrauch

Frauen, die ihre erste Schwangerschaft mit einer Abtreibung beenden, berichten fünfmal häufiger von anschließendem Drogen- und Alkoholmissbrauch als Frauen, die ihr Kind zur Welt brachten (Reardon & Ney, 2000). Eine andere Studie kam zu dem Schluss, dass Frauen nach einer Abtreibung ein 110% höheres Risiko für Alkoholmissbrauch hatten und ein 230% höheres Risiko für den Missbrauch von Marihuana (Coleman, 2011).

Essstörungen

In einer Studie über Frauen, die nach einer Abtreibung posttraumatische Symptome aufwiesen, berichteten 39% dieser Frauen von Essstörungen, die nach der Abtreibung begannen (Burke & Reardon, 2002).

Scheidung und chronische Beziehungsprobleme

Viele Beziehungen zerbrechen an einer Abtreibung. Manche Studien sagen, dass sich bis zu 80% aller Paare nach einer Abtreibung trennen (Ney, 1997). Frauen mit einer Abtreibungsvergangenheit haben in der Folge ein signifikant höheres Risiko für kürzere Beziehungen und häufigere Scheidungen. Das könnte an einem geringeren Selbstwertgefühl, größerem Misstrauen gegenüber Männern, sexuellen Störungen, Drogen- und Alkoholmissbrauch und häufigerem Auftreten von Depression, Angst und gewalttätiger Wut liegen (Henshaw & Silverman, 1988; Sherman et al., 1985; Berger et al., 1984; Freeman et al., 1980; Shepard & Bracken, 1979; Belsey et al., 1977; Bracken & Kasl, 1975).

30-50% der Frauen berichten nach einer Abtreibung über sexuelle Störungen zu erleben, wie z.B. Schmerzen beim Geschlechtsverkehr, vermindertes Lustempfinden, häufig wechselnde Partner oder eine Aversion gegen Sex und/oder Männer (Coleman, Rue, & Coyle, 2009; Speckhard, 1987; Belsey et al., 1977).

Schuldgefühle und unterdrückte Trauer

In einer Studie mit Frauen, die posttraumatische Probleme aufwiesen, gaben 80% an, Trauer zu erleben, 79% berichteten von Verlustgefühlen, 62% von Wut und 70% von Depression (Reardon, 2002).

Verbotene Trauer: Nach einer Abtreibung verursachen soziale Erwartungen, persönliche Scham sowie Verleugnung seitens der Öffentlichkeit und vieler Experten schwerwiegende Probleme wie klinische Depression, Essstörungen, selbstzerstörerischer Lebensstil und Suizid (Burke & Reardon, 2002).

Suizid

Zwei finnische Studien zeigten, dass Frauen im Jahr nach der Abtreibung sechsmal häufiger Selbstmord begingen als Frauen, die ihr Kind zur Welt brachten (Gissler, 2005; Gissler, Hemminki & Lonnqvist, 1996).

Innerhalb der ersten acht Jahre nach dem Ende der Schwangerschaft hatten Frauen, die abgetrieben haben, ein 154% höheres Risiko, Selbstmord zu begehen als Frauen, die ihr Kind bis zum Ende ausgetragen hatten (Reardon et al., 2002; Coleman, 2011).

Mädchen im Teenageralter begehen sechsmal häufiger einen Selbstmordversuch, wenn sie in den letzten sechs Monaten eine Abtreibung hatten als wenn sie keine hatten und zwei- bis viermal häufiger als erwachsene Frauen (Gissler et al., 1996; Garfinkel et al., 1986; Campbell et al., 1988).

Physische Folgen

Höheres Todesfallrisiko

Verglichen mit Frauen, die ihre Kinder zur Welt gebracht haben, werden Frauen, die sich für eine Abtreibung entschieden, 14-mal häufiger Opfer eines Mordes. Außerdem begehen sie sechs- bis siebenmal häufiger Selbsttötung und sterben dreieinhalbmal häufiger im Verlauf des folgenden Jahres. Betrachtet man alle möglichen Todesursachen zusammen, so haben Frauen in den ersten acht Jahren nach ihrer Abtreibung ein um 62% höheres Todesrisiko (Reardon et al., 2002).

Höheres Krebsrisiko

Nach einer Abtreibung haben Frauen ein signifikant höheres Risiko an Brust-, Gebärmutterhals- oder Lungenkrebs (vermutlich wegen erhöhten Nikotinverbrauchs nach einer Abtreibung) zu erkranken (LaVecchia et al., 1992; Remennick, 1990; Howe et al., 1989; Parazzini, 1989; Fujimoto, 1985; Le et al., 1984; Weiss, 1983; Pike, 1981; Beral, 1978).

Häufigere Arztbesuche

Nach einer Abtreibung nehmen Arztbesuche laut einer amerikanischen Studie durchschnittlich um bis zu 80% zu und sogar um 180% bei psychosozialen Anliegen (Ney, 1994).

Selbstzerstörerischer Lebensstil

Es besteht ein erhöhtes Risiko dafür, dass Frauen nach einer Abtreibung ihren Nikotinverbrauch stark erhöhen, in Drogenmissbrauch verfallen, Essstörungen entwickeln und häufig wechselnde Partner beim Geschlechtsverkehr haben. All diese Faktoren erhöhen die Risiken für andere Gesundheitsprobleme (Burke, 2002).

Mögliche Komplikationen und Spätfolgen

Verletzungen des Gebärmutterhalses oder der Gebärmutter (Perforation), Blutungen, Infektionen, Entstehung von Verklebungen in der Gebärmutterhöhle mit Schwierigkeiten in der Folge schwanger zu werden, Plazentaablösungsstörungen bei einer Folgegeburt, höheres Risiko für Eileiterschwangerschaften, eine Fehllage der Placenta in einer Folgeschwangerschaft (Placenta praevia mit dem Risiko einer bedrohlichen Blutung).

Literaturnachweise

American Psychological Association Task Force on Mental Health and Abortion (2008). *Report of the task force on mental health and abortion*. Washington, DC: American Psychological Association. Retrieved from www.apa.org/pi/wpo/mental-health-abortion-report.pdf (Abgerufen am 31.05.2017)

Badgley, R. F., Caron, D. F., & Powell, M. G. (1997). Report of the Committee on the Abortion Law. *Ministry of Supply and Services*, 319-321.

Barbacci, M., Spence, M. R., Kappus, E. W., Burkman, R. C., Rao, L., & Quinn, T. C. (1986). Post-abortol endometritis and isolation of chlamydia trachomatis. *Obstetrics and Gynecology*, 68(5), 668-690.

Barnard, C. (1990). *The long-term psychological effects of abortion*. Portsmouth, NH: Institute for Pregnancy Loss.

Barrett, J. M., Boehm, F. H., & Killam, A. P. (1981). Induced abortion: A risk factor for placenta previa. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 141(7), 769.

Belsey, E. M., Greer, H. S., Lal, S., Lewis, S. C., & Beard, R. W. (1977). Predictive factors in emotional response to abortion: King's termination study – IV. *Social Science and Medicine*, 11(2), 71-82. doi:10.1016/0037-7856(77)90002-6

Beral, V., Fraser, P., & Chilvers, C. (1978). Does Pregnancy Protect Against Ovarian Cancer. *The Lancet*, 311(8073), 1083-6. doi:10.1016/S0140-6736(78)90925-X

Berger, C., Gold, D., Andres, D., Gillet, P. & Kinch, R. (1984). Repeat abortion: Is it a problem? *Family Planning Perspectives*, 16(2), 70-75. doi:10.2307/2134932

Bracken, M. & Kasl, S. V. (1975). First and repeated abortions: A study of decision-making and delay. *Journal of Biosocial Science*, 7(4), 473-489. doi:https://doi.org/10.1017/S0021932000010336

Broen, A. N., Moum, T., Bödtker, A. S., and Ekeberg. Ö. (2004). Psychological impact on women of miscarriage versus induced abortion: A 2-year follow-up study. *Psychosomatic Medicine*, 66(2), 265–271. doi:10.1097/01.psy.0000118028.32507.9d

Burke, T. & Reardon, D. (2002). *Forbidden grief: The unspoken pain of abortion*. Springfield, IL: Acorn Books.

Campbell, N., Franco, K., & Jurs, S. (1988). Abortion in adolescence. *Adolescence*, 23(92), 813-823

Chacko, M., & Lovchik, J. C. (1984). Chlamydia Trachomatis Infection in Sexually Active Adolescents: Prevalence and Risk Factors. *Pediatrics*, 73(6), 836-840.

Coleman, P. K. (2011). Abortion and mental health: A quantitative synthesis and analysis of research published from 1995-2009. *British Journal of Psychiatry*, 199(3), 180-186. doi:10.1192/bjp.bp.110.077230

Coleman, P. K., Rue, V.M., & Coyle, C.T. (2009). Induced abortion and intimate relationship quality in the Chicago Health and Social Life Survey. *Public Health*, 123(4), 331-338. doi:10.1016/j.puhe.2009.01.005.

Curley, M. & Johnston, C. (2013). The characteristics and severity of psychological distress after abortion among university students. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 279-293. doi:10.1007/s11414-013-9328-0

Duthrie, S., Hobson, D., Tait, I. A., Pratt, B. C., Lowe, N., Sequeira, P. J., & Hargreaves, C. (1987). Morbidity After Termination of Pregnancy in First-Trimester. *Genitourinary Medicine*, 63(3),182-187.

Frank, et.al. (1985). Induced Abortion Operations and Their Early Sequelae. *Journal of the Royal College of General Practitioners* 35(73), 175-180.

Freedman, M. A., Jillson, D. A., Coffin, R. R. & Novick, L. F. (1986). Comparison of complication rates in first trimester abortions performed by physician assistants and physicians. *American Journal of Public Health*, 76(5), 550-554. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1646611/pdf/amjph00268-0072.pdf> (Abgerufen am 31.05.2017)

Freeman, E. W., Rickels, K., Huggins, G. R., Garcia, C. R., & Polin, J. (1980). Emotional distress patterns among women having first or repeat abortions. *Obstetrics and Gynecology*, 55(5), 630-636

Fujimoto, I., Nemoto, H., Fukuda, K., Masubuchi, S., & Masubuchi, K. (1985). Epidemiologic Study of Carcinoma in Situ of the Cervix. *Journal of Reproductive Medicine*, 30(7), 535.

Garfinkel, B., Hoberman, H., Parsons, J., and Walker, J. (1986). *Stress, depression and suicide: A study of adolescents in Minnesota*. Responding to High Risk Youth. University of Minnesota: Minnesota Extension Service

Gissler, M., Berg, C., Bouvier-Colle, M. H., & Buekens, P. (2005). Injury deaths, suicides and homicides associated with pregnancy, Finland 1987-2000. *European Journal of Public Health*, 15(5), 459-63. doi:10.1093/eurpub/cki042

Gissler, M., Hemminki, E. & Lonnqvist, J. (1996). Suicides after pregnancy in Finland, 1987-94: Register linkage study. *British Medical Journal*, 313(7070), 1431-4. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2352979/pdf/bmj00571-0021.pdf> (Abgerufen am 31.05.2017)

Grimes, D. A., & Cates, W. Jr. (1980). Abortion: Methods and Complications, in Human Reproduction, In: Hafez, E. S. E. (Ed.), *Human reproduction: Conception and contraception* (2nd ed), Hagerstown, MD: Harper and Row, 796-813.

Henshaw, S. & Silverman, J. (1988). The characteristics and prior contraceptive use of U.S. abortion patients. *Family Planning Perspectives*, 20(4), 158-168. doi:10.2307/2135791

Howe, H. L., Senie, R. T., Herzfeld, P. (1989). Early Abortion and Breast Cancer Risk Among Women Under Age 40. *International Journal of Epidemiology*, 18(2), 300-304. doi:10.1093/ije/18.2.300

LaVecchia, C., Negri, E., Franceschi, S., & Davanzo, B. (1992). Reproductive Factors and the Risk of Hepatocellular Carcinoma in Women. *International Journal of Cancer*, 52(3), 351-354

Le, M. G. et al. (1984). Oral Contraceptive Use and Breast or Cervical Cancer: Preliminary Results of a French Case-Control Study, in Wolff, J. P. et al. (Ed.), *Hormones and Sexual Factors in Human Cancer Etiology*, New York, NY: Excerpta Medica, 139-147;

Ney, P. G. (1983). A consideration of abortion survivors. *Child Psychiatry and Human Development*, 13(3), 168-179.

Ney, P. G. (1997). *Deeply Damaged*. Victoria, B.C., Canada: Pioneer Publishing

Ney, P. G., Fung, T., Wickett, A. R., & Beaman-Dodd, C. (1994). The Effects of Pregnancy Loss on Women's Health. *Social Science & Medicine*, 48(9), 1193-1200. doi:10.1016/0277-9536(94)90184-8

Parazzini, F., La Vecchia, C., Negri, E., Cecchetti, G. & Fedele, L. (1989). Reproductive Factors and the Risk of Invasive and Intraepithelial Cervical Neoplasia. *British Journal of Cancer*, 59(5), 805-809. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2247205/pdf/brjcancer00127-0149.pdf> (Abgerufen am 31.05.2017)

Paul, M., Lichtenberg, E. S., Borgatta, L., Grimes, D. A., Stubblefield, P.

G., & Creinin, M. D. (Eds.) (2009). *Management of unintended and abnormal pregnancy: Comprehensive Abortion Care*. Chichester, UK: Wiley-Blackwell. (National Abortion Federation). doi:10.1002/9781444313031

Pike, M. C., Henderson, B. E., Casagrande, J. T., Rosario, I., & Gray, G. E. (1981). Oral Contraceptive Use and Early Abortion as Risk Factors for Breast Cancer in Young Women. *British Journal of Cancer* 43(1), 72-76. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2010485/pdf/brjcancer00448-0073.pdf> (Abgerufen am 31.05.2017)

Radberg, et al. (1980). Chlamydia trachomatis in relation to infections following first trimester abortions. *Acta Obstetrica Gynaecologica (Supp. 93)*, 54:478

Reardon, D.C. & Cogle, J. R. (2002). Depression and unintended pregnancy in the National Longitudinal Study of Youth: a cohort study. *British Medical Journal*, 324(7330), 151-2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC64517/pdf/151.pdf> (Abgerufen am 31.05.2017)

Reardon, D. C., Cogle, J. R., Shuping, M. W., Coleman, P. K., & Ney, P. G. (2003). Psychiatric admissions of low-income women following abortions and childbirth. *Canadian Medical Association Journal*, 168(10), 1253-1256. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC154179/pdf/20030513s00022p1253.pdf> (Abgerufen am 31.05.2017)

Reardon, D. C. & Ney, P. G. (2000). Abortion and subsequent substance abuse. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 26(1), 61-75.

Reardon, D. C. (2002). *Aborted women: Silent no more*. Springfield, IL: Acorn Books

Reardon, D. C., Ney, P. G., Scheuren, F., Cogle, J., Coleman, P. K., & Strahan, T. W. (2002). Deaths associated with pregnancy outcome: A record linkage study of low income women. *Southern Medical Journal*, 95(8), 834-41

Remennick, L.I. (1990). Induced abortion as a cancer risk factor: A review of epidemiological evidence. *Journal of Epidemiological Community Health*, 44(4), 259-64.

Rue, V. M., Coleman, P. K., Rue, J. J., & Reardon, D. C. (2004). Induced abortion and traumatic stress: A preliminary comparison of American and Russian women. *Medical Science Monitor*, 10(10). SR5-16. <http://www.medscimonit.com/download/index/idArt/11784> (Abgerufen am 31.05.2017)

Shepard, M. J. & Bracken, M. B. (1979). Contraceptive practice and repeat induced abortion: An epidemiological investigation. *Journal of Biosocial Science*, 11(3), 289-302

Sherman, D. et al. (1985). The abortion experience in private practice. Women and loss: Psychobiological perspectives, ed. W.F. Finn, et al., (New York: Praeger Publishers, 98-107.

Speckhard (1987). *Psycho-social stress following abortion*. Kansas City, MO: Sheed & Ward

Strahan, T. W. (Ed.) (2002). *Detrimental effects of abortion: An annotated bibliography with commentary* [3rd ed.]. Springfield, IL: Acorn Books.

Sullins, D.P. (2016). Abortion, substance abuse and mental health in early adulthood: Thirteen-year longitudinal evidence from the United States. *SAGE Open Medicine* 2016, 4:1-11. doi:10.1177/2050312116665997

Suliman, S., Ericksen, T., Labuschgne, P., de Wit, R., Stein, D. J., & Seedat, S. (2007). Comparison of pain, cortisol levels, and psychological distress in women undergoing surgical termination of pregnancy under local anaesthesia versus intravenous sedation. *BMC Psychiatry*, 7:24. doi:10.1186/1471-244X-7-24

Weiss, N. (1983). Events of reproductive life and the incidence of epithelial ovarian cancer. *American Journal of Epidemiology*, 117(2), 128-139.

Westergaard, L. (1982). Significance of cervical chlamydia trachomatis infection in post-abortal pelvic inflammatory disease. *Obstetrics and Gynecology*, 60(3), 322-325.