

# RISVOLTI PSICOLOGICI DELL'INTERRUZIONE VOLONTARIA DI GRAVIDANZA: REPORT DI UNA RICERCA EMPIRICA PRELIMINARE

Pier Luigi Righetti<sup>1</sup>, Francesca Girlanda<sup>2</sup>, Cesare Romagnolo<sup>2</sup>, Fabio Panizzo<sup>2</sup>, Tiziano Maggino<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Facoltà di Psicologia, Università di Padova – Servizio di Psicologia U.O.C. Ostetricia e Ginecologia, Ospedale dell'Angelo di Mestre, Az. ULSS 12 Veneto;

<sup>2</sup> Ospedale dell'Angelo di Mestre - Az. ULSS 12 Veneto - U.O.C. Ostetricia e Ginecologia, Direttore: Prof. T. Maggino

*Indirizzo per corrispondenza:* Prof Pier Luigi Righetti  
Università Padova

Università di Padova 13, 35100 Padova (PD) Italia

tel: +39 335-7035299; fax: +39 00000000; e-mail: pierluigi.righetti@unipd.it

## ABSTRACT

The present study aims to increase knowledge about psychological repercussions due to antenatal death. First they'll come to describe two types of pregnancy interruption happened in a spontaneous way, that is the stillbirth and the miscarriage; subsequently it will come discussed the abortion. Relatively this last thematic, it will be presented an empirical research on a total of 21 subjects, oriented to deepen the impact at a psycho physiological level of the decision to abort. At this purpose, three tests have been administer: Beck Depression Inventory (BDI) - Symptom Check List Revised (SCL-90-R) - Satisfaction Profile (SAT-P). The administration have been made in two times: 1) the operation day 2) a month after that. Conclusions are generally concordant with previous studies, that support than the abortion doesn't induce severe psychological and psychiatric consequences, nor in short and long terms. Intrinsic purpose of the treatment is also to pick and evidence the different blends that characterized the answers to three interruption types of pregnancy above-citeds and compare them.

**Key words:** *abortion; intrauterine fetal death; termination of pregnancy; psychological impact*

## RIASSUNTO

Il presente studio è finalizzato all'incremento delle conoscenze sulle ripercussioni psicologiche conseguenti alla morte prenatale. Vengono descritti due tipi di interruzione della gravidanza, che avvengono in modo naturale, quali l'aborto spontaneo e la morte endouterina; in seguito viene trattato l'aborto volontario. Rispetto a quest'ultima tematica, viene presentata una ricerca empirica su un campione di 21 soggetti, orientata a valutare l'impatto a livello psico-fisiologico della decisione di interrompere la gravidanza. A tale scopo, sono stati somministrati tre test: il Beck Depression Inventory (BDI), il Symptom Check List Revised (SCL-90-R) e lo Satisfaction Profile (SAT-P). La somministrazione è avvenuta in due tempi: 1) il giorno dell'intervento 2) un mese dopo. Le conclusioni sono generalmente in accordo con gli studi precedenti, i quali sostengono che l'IVG non provoca gravi conseguenze psicologiche e psichiatriche, nè a breve nè a lungo termine. Intrinseco scopo della trattazione è anche evidenziare le diverse caratteristiche relative alle reazioni ai tre tipi di interruzione della gravidanza sopra citati e compararle.

**Parole chiave:** *aborto spontaneo; morte endouterina; interruzione volontaria di gravidanza; ripercussioni psicologiche*

## INTRODUZIONE

L'interruzione volontaria di gravidanza, denominata anche "aborto indotto" o "provocato", consiste nell'interruzione intenzionale dello sviluppo del feto o dell'embrione e nella sua rimozione dall'utero della gestante. Le donne che ricorrono all'IVG non sono caratterizzate da tratti di personalità patologici, ma rappresentano abbastanza

casualmente la popolazione femminile in età fertile. Esiste una divergenza di opinioni all'interno della professione medica e psicologica circa la frequenza e la gravità degli effetti psicologici derivati dall'aborto volontario. Questa diversità di opinioni nasce sostanzialmente dal fatto che la valutazione di un possibile disagio è stata condotta sinora su basi di tipo soggettivo, senza valutare in modo scientifico e oggettivo quanto realmente

provato dalle donne interessate, sia a breve che a lungo termine. Non esistono evidenze dell'esistenza di effetti psicologici a lungo termine significativi dopo un aborto volontario (Jansson, 1965; Kretzschmar, Norris, 1967; Pasnau, 1972; Patt, et al., 1969; Simon, et al., 1967; Whittington, 1970). Diversi studi hanno indicato che relativamente poche donne -dal 2 al 14%- iniziano un percorso psicoterapico per ragioni direttamente connesse all'aborto (Ashton, 1980; Barnes, et al., 1971; Ewing, Rouse, 1973; Kretzschmar, Norris, 1967; Margolis, et al., 1971).

Greenglass (1976) enfatizza l'importanza di non assumere una relazione causale tra difficoltà psichiatriche e precedente aborto: quest'ultimo però, potrebbe rappresentare un evento precipitante, causa di uno scompenso psichiatrico in donne vulnerabili. Comunque, anche pazienti che presentano sintomi di stress durante le prime settimane o i primi mesi dopo l'aborto, generalmente recuperano il loro benessere entro un anno (Ashton, 1980; Brody, et al., 1971).

## MATERIALI E METODI

### *Scopo dello studio*

Lo scopo della presente ricerca è indagare e analizzare le sequele psicofisiologiche sulle donne che decidono di effettuare un'interruzione volontaria di gravidanza (IVG). In primo luogo si intende comparare lo stato psicofisiologico delle donne che praticano un aborto con quello della popolazione generale, per valutare la presenza di eventuali differenze. Un secondo obiettivo è quello di indagare se lo stato psicologico e fisiologico delle donne rilevato un mese dopo l'intervento di IVG si differenzia o meno da quello riscontrato il giorno dell'intervento; a tale scopo ci si è preposti di comparare i risultati ai test ottenuti in due diverse somministrazioni e analizzare l'esistenza o meno di differenze significative nel tono dell'umore, nell'intensità dei sintomi psicofisiologici riferiti e nel livello di soddisfazione personale in vari ambiti della vita.

Per la nostra indagine abbiamo somministrato le seguenti scale: il Beck Depression Inventory (BDI di Beck, et al., 1961, 1979) per l'analisi dello stato depressivo; il Symptom Check List Revised (SCL 90-R di Lipman, Derogatis, Covi, 1979) per l'analisi della presenza di problemi psicologici e/o sintomi psicopatologici; il Satisfaction Profile (SAT-P di Majani, Callegari, 1998) per l'analisi della soddisfazione soggettiva e la qualità della vita. La somministrazione dei test è quindi avvenuta in due tempi: il *giorno dell'intervento* (T1) e ad *un mese di*

*distanza dall'IVG* (T2), per valutare le conseguenze psicologiche a breve termine. Un terzo scopo è quello di indagare se alcune variabili anamnestiche, quali la presenza di precedenti aborti, il motivo per cui si ricorre all'IVG e il tipo di decisione (individuale o di coppia) hanno un'influenza sui risultati ai test ottenuti durante la prima somministrazione (T1).

Si vuole inoltre verificare se è presente una relazione tra i risultati ottenuti tramite gli strumenti utilizzati e se i risultati relativi alle due somministrazioni avvenute ad un mese di distanza correlano.

### *Analisi dei dati*

Tutte le analisi statistiche presenti in questa ricerca sono state effettuate con l'ausilio del pacchetto statistico SPSS for Windows versione 14.0.

Una prima fase di analisi dei dati è relativa al controllo dell'affidabilità degli strumenti utilizzati (sia delle scale totali che delle sottoscale dei vari test). L'affidabilità degli strumenti è stata misurata attraverso il calcolo dell'Alpha di Cronbach, indice della consistenza interna del test; da questa analisi abbiamo ottenuto in generale valori compresi nel range da 0.693 a 0.986 (si vedano le tabb. 1-2-3).

L'indice di affidabilità relativo al campione di riferimento risulta elevato per tutte le scale totali e le sottoscale degli strumenti, quindi si è potuto procedere con le elaborazioni statistiche suggerite dalle ipotesi formulate.

Successivamente, sono state condotte attraverso il programma SPSS le seguenti analisi statistiche *parametriche*: a) test T di Student per campione unico: per i confronti tra i risultati ottenuti dal campione sperimentale con i dati normativi relativi alla popolazione generale; b) test T di Student per campioni appaiati: per comparare i risultati ai test ottenuti nel T1 e quelli riscontrati nel T2 e valutare se vi è una differenza significativa tra le due somministrazioni; c) test T di Student per campioni indipendenti: per confrontare i risultati ai test ottenuti da due gruppi che si differenziano rispetto ad una data variabile; d) correlazione bivariata di Pearson: per il calcolo delle relazioni fra le variabili.

Dato l'esiguo numero di soggetti che costituiscono il campione sperimentale, si è ritenuto opportuno comparare i risultati ottenuti tramite le statistiche sovramenzionate, con quelli rilevati attraverso analisi statistiche *non parametriche*, le quali si rivelano particolarmente adatte per studi su campioni con ridotta numerosità campionaria, cioè inferiore a 30 soggetti (anche in questo caso ci si è avvalsi dell'utilizzo del programma SPSS): a) test U

di Mann-Whitney: è un'alternativa non parametrica al test T per campioni indipendenti; b) test di Wilcoxon: è un'alternativa non parametrica al test T per dati appaiati; c) correlazione bivariata di Spearman: per il calcolo delle relazioni fra le variabili.

#### *Descrizione del campione sperimentale*

Innanzitutto è opportuno sottolineare la notevole difficoltà nel reclutamento del campione sperimentale: non è stato semplice trovare donne disposte a compilare i test psicologici sovramenzionati, nei momenti immediatamente precedenti all'intervento di IVG. Questo era stato previsto, data la delicatezza e il carico emotivo che caratterizzano tale momento.

Complessivamente sono state coinvolte nella ricerca 26 donne al T1 e 9 al T2. Sono stati però eliminati dal campione i soggetti che avevano omesso in totale più di 2 risposte ai test, per evitare di rendere inattendibili i risultati e di conseguenza trarre inferenze inadeguate. Il campione sperimentale è così formato da 21 donne al T1 e da 7 donne al T2. Come era stato previsto, si è verificata un'alta mortalità del campione, tale per cui solo 9 donne su 26 hanno restituito il protocollo e 2 di esse non sono state incluse nella ricerca per il motivo precedentemente descritto. Quindi, è stato possibile effettuare confronti tra T1 e T2 solo su 7 soggetti.

Il campione è composto esclusivamente da donne italiane, a causa delle possibili difficoltà di comprensione degli item da parte delle donne straniere, che avrebbero ridotto l'attendibilità dei risultati; inoltre, non è metodologicamente corretto comparare i risultati ottenuti da parte di donne straniere con i dati normativi della popolazione italiana. Questo rappresenta un altro motivo che ha reso difficile il reperimento del campione, in quanto la maggior parte delle donne che si sottopongono ad un intervento di IVG sono straniere.

Per quanto concerne la composizione del campione, sono stati considerati i seguenti parametri: età, stato civile, titolo di studio, occupazione, numero di precedenti aborti, motivo d'interruzione della gravidanza e tipo di scelta (individuale o di coppia). Vediamoli più in dettaglio<sup>1</sup>.

*Età:* è compresa fra i 17 e i 39 anni; l'età media è di 28.06 (DS= 7.86). Il 22.2% del campione, pari a 4 donne su 18 (in quanto tre non hanno indicato l'età) ha un'età di 36 anni: quest'ultima cifra rappresenta la moda. Solo 1 donna è minorenne (5.6%).

*Stato civile:* dal nostro campione emerge che la maggior

parte delle donne sono nubili (n=13, pari al 65%), 4 sono sposate (20%), 2 sono separate (10%) e 1 è divorziata (5%). Vi è solo 1 donna che ha omesso la risposta. *Titolo di studio:* nel campione della ricerca, i due gradi scolastici con il maggior numero di frequenze sono la licenza di scuola media inferiore (n=9, pari al 45%) e la licenza di scuola media superiore (n=9, pari al 45%); 2 sono in possesso di una laurea (10%). Anche in questo caso 1 donna non ha risposto.

*Occupazione:* la maggior parte delle donne che compongono il campione ha un lavoro (n=12, pari al 60%), 1 è disoccupata ma alla ricerca di una nuova occupazione (5%), 5 sono studentesse (25%) e 2 sono in altra condizione, non specificata (10%). Vi è una risposta omessa.

*Numero di precedenti aborti:* 15 donne del campione non hanno avuto pregressi aborti, né spontanei né provocati (75%); 1 ha avuto un aborto spontaneo (5%), 1 sia un aborto spontaneo che un'IVG per sua decisione (5%) e 3 hanno effettuato un'interruzione volontaria di gravidanza (15%), di cui 2 per decisione propria e 1 soprattutto per volontà di altri. Nessuna delle donne che ha avuto una precedente interruzione volontaria della gravidanza ha preso tale decisione per motivi di salute. Vi è un dato mancante.

*Motivo di interruzione della gravidanza:* 4 donne (22,2%) hanno indicato che l'attuale IVG è dovuta a motivi di salute e 14 di loro (77,8%) a motivi di vario genere. Sono presenti 3 dati mancanti.

*Tipo di scelta (individuale o di coppia):* nel nostro campione 8 donne (42.1%) riferiscono che la decisione di interrompere la gravidanza è stata individuale e 11 (57.9%) che è stata una scelta di coppia. 2 donne non hanno risposto a tale domanda.

## RISULTATI

### *Raffronti tra il campione sperimentale e la popolazione normale*

Degli strumenti utilizzati, sono state pubblicate norme relative alla popolazione "normale" italiana esclusivamente per il Beck Depression Inventory (BDI) e il Satisfaction Profile (SAT-P); solo per queste due misure quindi è stato possibile procedere con il calcolo della statistica T di Student per *campione unico*, per il confronto dei dati ottenuti dal nostro campione con quanto riportato per la popolazione generale.

L'*ipotesi 1* prevede che il tono dell'umore che caratterizza il campione sperimentale (rilevato tramite il BDI) non differisce significativamente da quello riscontrato

<sup>1</sup> Per chi ne fosse interessato gli Autori dispongono di grafici e tabelle su ogni valore statistico, di campionamento considerato e sui risultati, che per motivi di spazio non vengono riportati nel presente articolo.

nella popolazione generale, in entrambe le somministrazioni, avvenute ad 1 mese di distanza. Questa ipotesi risulta confermata: il campione sperimentale infatti, al T1 è caratterizzato da una maggior intensità di sintomi depressivi ( $M=12.95$ ;  $DS=11.61$ ) rispetto ai dati normativi ( $M=11.34$ ;  $DS=7.34$ ) riportati da Centomo e Sanavio (1992), ma tale differenza non risulta statisticamente significativa ( $T(20)=.637$ ;  $p=.532>.05$ ).

Al T2 la media del nostro campione ( $M=11.71$ ;  $DS=10.03$ ) risulta leggermente superiore alla media della popolazione generale, ma anche in questo caso non viene raggiunta la significatività statistica ( $T(6)=.099$ ;  $p=.925>.05$ ).

Ad ulteriore conferma di questa ipotesi, è stato valutato anche il cut-off del BDI che distingue i soggetti "depressi" da quelli "disforici": al T1 4 donne su 21 hanno ottenuto un punteggio totale al test  $>20$  e sono quindi risultate "deprese", mentre al T2 solo 1 donna su 7 ha superato tale valore critico.

Per quanto concerne l'**ipotesi 2** essa sostiene che le donne che si sottopongono ad un'interruzione volontaria della gravidanza presentano un livello di soddisfazione soggettiva in vari ambiti della vita (aspetto indagato tramite il SAT-P), non significativamente diverso da quello riportato dalla popolazione generale, sia al T1 che al T2. Il confronto tra le medie (sempre grazie alla statistica T di Student per campione *unico*) è avvenuto per ciascuno dei cinque fattori che si possono individuare nel SAT-P.

Nella prima somministrazione (il giorno dell'intervento) il campione sperimentale ha ottenuto nel Fattore 1 (Funzionalità psicologica) un livello di soddisfazione soggettiva inferiore ( $M=54.72$ ;  $DS=17.59$ ) rispetto a quello riscontrato nella popolazione generale ( $M=65.91$ ;  $DS=16.79$ ) riportato nel manuale del test (Majani, Callegari, 1998); tale differenza risulta statisticamente significativa ( $T(20)=-2.92$ ;  $p=.009<.01$ ).

Anche nel Fattore 2 (Funzionalità fisica) si è rilevato un livello di soddisfazione più basso ( $M=40.62$ ;  $DS=15.11$ ) rispetto ai dati normativi ( $M=60.35$ ;  $DS=13.77$ ) e tale differenza raggiunge la significatività statistica ( $T(20)=-5.98$ ;  $p=.000<.01$ ).

Relativamente al Fattore 3 (Lavoro) la statistica T di Student per campione unico è stata applicata solo ai soggetti che hanno dichiarato di lavorare, ovvero 16 donne al T1 e 5 al T2. Comparando la media del campione sperimentale al T1 ( $M=53.75$ ;  $DS=19.03$ ) con quella della popolazione ( $M=72.92$ ;  $DS=18$ ), è emerso che le donne che effettuano un'IVG hanno un livello di soddisfazione in ambito lavorativo inferiore rispetto alla norma e tale

differenza risulta statisticamente significativa ( $T(20)=-4.029$ ;  $p=.001<.01$ ).

Nel Fattore 4 (Sonno, Alimentazione, Tempo libero) è presente una differenza tra il punteggio delle donne facenti parte della ricerca ( $M=50.70$ ;  $DS=21.14$ ) e quello ottenuto dalla popolazione ( $M=56.36$ ;  $DS=18.69$ ) il quale risulta più elevato, ma tale differenza non risulta statisticamente significativa ( $T(20)=-1.23$ ;  $p=.235>.05$ ).

Infine, anche per quanto concerne il Fattore 5 (Funzionalità Sociale) sono stati tolti i soggetti che non lavorano, perché l'item 31 è relativo al rapporto coi colleghi. Dall'analisi statistica è emerso che le donne che effettuano un'IVG hanno un livello di soddisfazione relativo alla loro funzionalità sociale inferiore ( $M=48.94$ ;  $DS=18.73$ ) rispetto a quello che caratterizza la popolazione generale ( $M=73.83$ ;  $DS=15.93$ ) e tale differenza è statisticamente significativa ( $T(20)=-5.316$ ;  $p=.000<.01$ ).

Per quanto riguarda la somministrazione avvenuta dopo 1 mese dall'intervento (T2), nel Fattore 1 (Funzionalità psicologica) risulta che il campione mostra un livello di soddisfazione inferiore ( $M=46.36$ ;  $DS=27.08$ ) a quello presente nei dati normativi ( $M=65.91$ ;  $DS=16.79$ ), ma tale differenza non raggiunge la significatività statistica ( $T(6)=-1.910$ ;  $p=.105>.05$ ). Anche nel Fattore 2 (Funzionalità fisica) le donne risultano meno soddisfatte ( $M=43.59$ ;  $DS=26.16$ ) in confronto alla popolazione generale ( $M=60.35$ ;  $DS=13.77$ ), ma tale differenza non è significativa a livello statistico ( $T(6)=-1.70$ ;  $p=.141>.05$ ).

Nel Fattore 3 (Lavoro), anche al T2 il campione sperimentale ottiene un punteggio inferiore ( $M=50.44$ ;  $DS=25.50$ ) a quello relativo alla popolazione ( $M=72.92$ ;  $DS=18$ ), ma anche in questo caso la differenza non risulta significativa a livello statistico ( $T(6)=-1.971$ ;  $p=.120>.05$ ), probabilmente a causa della bassa numerosità del campione.

Nel Fattore 4 (Sonno, Alimentazione, Tempo libero) i dati normativi risultano più elevati ( $M=56.36$ ;  $DS=18.69$ ) dei punteggi medi che caratterizzano il campione sperimentale ( $M=53.66$ ;  $DS=22.31$ ), ma non viene raggiunta la significatività statistica ( $T(6)=-.321$ ;  $p=.759>.05$ ).

Nel Fattore 5 (Funzionalità Sociale) si è rilevato che il gruppo sperimentale ha un livello di soddisfazione più basso ( $M=50.2$ ;  $DS=28.83$ ) in confronto alla norma ( $M=73.83$ ;  $DS=15.93$ ), ma tale differenza non è significativa a livello statistico ( $T(6)=-1.832$ ;  $p=.141>.05$ ).

Quindi, l'ipotesi risulta confermata al T1 solo per il Fattore 4, mentre al T2 viene confermata per tutti i fattori. È doveroso sottolineare la presenza di notevoli differenze al

T2 nel livello di soddisfazione delle donne del campione sperimentale, i cui punteggi risultano inferiori rispetto a quelli della popolazione generale: ciò probabilmente è dovuto alla bassa numerosità del campione al T2.

#### *Confronto dei risultati ottenuti nelle due somministrazioni*

Un obiettivo del presente lavoro di ricerca è quello di comparare i risultati ai test ottenuti al T1 (giorno dell'intervento), con quelli rilevati al T2 (1 mese dopo l'intervento); in tal modo si vuole indagare se esistono variazioni col trascorrere del tempo nel tono dell'umore, nell'intensità dei sintomi psicofisiologici avvertiti e nel livello di soddisfazione soggettiva nelle donne che effettuano un'IVG. Come descritto precedentemente si è potuto procedere con tale confronto solo per 7 donne; data l'esigua numerosità del campione, si è deciso di riportare i risultati delle analisi statistiche su questi dati puramente a scopo indicativo, in quanto non possono essere generalizzati. Per comparare i risultati ci si è avvalsi della statistica T di Student per campioni *appaiati*.

L'**ipotesi 3** prevede che non vi siano differenze significative nel tono dell'umore rilevato il giorno dell'intervento e quello riscontrato 1 mese dopo. Questa ipotesi risulta confermata in quanto al T1 le donne del campione presentano un livello complessivo di sintomi depressivi minore ( $M=9.57$ ;  $DS=6.45$ ) rispetto a quello rilevato nel T2 ( $M=11.71$ ;  $DS=10.03$ ), ma tale differenza non è significativa a livello statistico ( $T(6) = -.587$ ;  $p=.578 > 0.05$ ).

Si è voluto verificare tale ipotesi anche rispetto alle due subscale individuate nel BDI. Nel caso della subscale "Cognitivo-Affettiva" non è presente una differenza statisticamente significativa tra le due somministrazioni ( $T(6) = -.916$ ;  $p=.395 > 0.05$ ), anche se al tempo 2 è presente un livello più elevato di sintomi relativi alla sfera cognitivo-affettiva ( $M=7.57$ ;  $DS=7.14$ ), rispetto al tempo 1 ( $M=5.29$ ;  $DS=3.90$ ). Anche per quanto concerne la subscale "Sintomi Somatici e Prestazionali" non si presentano differenze significative ( $T(6) = .112$ ;  $p=.915 > 0.05$ ) tra i valori rilevati al T1 ( $M=4.29$ ;  $DS=2.93$ ) e al T2 ( $M=4.14$ ;  $DS=3.02$ ).

Come indicato precedentemente, si è ritenuto opportuno comparare questi risultati con quelli ottenuti da analisi statistiche non parametriche. Per verificare quest'ipotesi si è utilizzato il test di Wilcoxon, il quale ha confermato i risultati della prima analisi. Nel confronto tra il BDI totale al T1 e quello al T2 si è ottenuto:  $z = -.341$ ;  $p=.733 > 0.05$ . Nella subscale "Cognitivo-Affettiva":  $z = -.679$ ;  $p=.497 > 0.05$ . In quella "Sintomi Somatici e Prestazionali":  $z = .000$ ;  $p=1 > 0.05$ .

L'**ipotesi 4** sostiene che al T1 le donne del campione presentano un'intensità di sintomi psicofisiologici significativamente superiore rispetto al T2. Primariamente è stata indagata l'intensità dei sintomi avvertiti a livello generale, mediante due indici globali dell'SCL-90-R e in secondo luogo si sono effettuati paragoni fra le varie subscale dello strumento. Il GSI (General Symptomatic Index) al T1 risulta più basso ( $M=.44$ ;  $DS=.21$ ) se confrontato a quello del T2 ( $M=.61$ ;  $DS=.48$ ), ma tale differenza non è significativa ( $T(6) = -1.043$ ;  $p=.337 > 0.05$ ). Il PSDI (Positive Symptom Distress Index) al T2 è leggermente superiore ( $M=1.35$ ;  $DS=.363$ ) a quello del T1 ( $M=1.32$ ;  $DS=.15$ ), ma anche in questo caso la differenza non è statisticamente significativa ( $T(6) = -.245$ ;  $p=.815 > 0.05$ ). Si è passati poi a valutare i risultati ottenuti alle varie sottoscale (Somatizzazione, Ossessività-Compulsività, Sensitività, Depressione, Ansia, Collera-Ostilità, Ansia Fobica, Ideazione Paranoie, Psicoticismo).

Solo in due scale si riscontra una differenza significativa a livello statistico, tra i due tempi:

- subscale "Sensitività", in cui la media al T1 ( $M=.27$ ;  $DS=.33$ ) è inferiore rispetto a quella al T2 ( $M=.71$ ;  $DS=.56$ ) e quindi in quest'ultima somministrazione vi è un'intensità maggiore di sintomi ( $T(6) = -2.49$ ;  $p=.047 < 0.05$ );

- subscale "Ideazione Paranoie", nella quale si evidenzia nel T2 un incremento di intensità dei sintomi relativi a tale scala ( $M=.6$ ;  $DS=.5$ ) rispetto al T1 ( $M=.1$ ;  $DS=.2$ ) ( $T(6) = -3.87$ ;  $p=.008 < 0.01$ ).

Sulla base dei risultati statistici ottenuti, è possibile concludere che non vi sono nel nostro campione differenze statisticamente significative tra i risultati agli indici globali e alle sottoscale dell'SCL-90, ad eccezione delle subscale "Sensitività" e "Ideazione paranoie". Di conseguenza, l'ipotesi non risulta confermata.

È stato successivamente applicato il test di Wilcoxon, il quale conferma i risultati precedenti. Le differenze tra il GSI al T1 e quello al T2 non risultano significative:  $z = -.845$ ;  $p=.398 > 0.05$  e anche tra il PSDI rilevato al T1 e quello al T2 non sono presenti differenze significative a livello statistico:  $z = -.169$ ;  $p=.866 > 0.05$ . Per quanto riguarda le diverse sottoscale dell'SCL-90-R, vengono sostanzialmente avvalorati i risultati precedenti, ad eccezione della subscale Sensitività, che con il test di Wilcoxon la differenza non risulta significativa.

Nell'**ipotesi 5** si sostiene che il livello di soddisfazione soggettiva rilevato al T2 non è significativamente diverso da quello riscontrato al T1. Anche in questo caso (come nei due precedenti), per verificare tale ipotesi è

stata utilizzata la statistica T di Student per campioni appaiati. Dal confronto relativo al Fattore 1 (Funzionalità psicologica) è emerso che al T1 le donne avvertono un livello di soddisfazione soggettiva superiore ( $M=61.93$ ;  $DS=14.78$ ) rispetto al T2 ( $M=46.36$ ;  $DS=27.08$ ); tale differenza però non appare statisticamente significativa ( $T(6)=1.993$ ;  $p=.93>.05$ ). Nel Fattore 2 (Funzionalità fisica) si evidenzia nel T2 un lieve incremento nella soddisfazione percepita dalle donne ( $M=43.59$ ;  $DS=26.16$ ), in confronto al T1 ( $M=42.33$ ;  $DS=13.46$ ), ma anche in questo caso la differenza non appare statisticamente significativa ( $T(6)=-.119$ ;  $p=.910>.05$ ). Per quanto riguarda il Fattore 3 (Lavoro), come indicato in precedenza, la verifica d'ipotesi si è effettuata esclusivamente sui soggetti che hanno dichiarato di lavorare, ovvero 16 donne nel T1 e 5 nel T2. È emerso che le donne del campione percepiscono una maggior soddisfazione nella sfera professionale, nel T1 ( $M=40.2$ ;  $DS=29.61$ ), in confronto al T2 ( $M=36.49$ ;  $DS=31.66$ ); la differenza non risulta significativa ( $T(6)=-.519$ ;  $p=.622>.05$ ). Nel Fattore 4 (Sonno, Alimentazione, Tempo libero) risulta che col trascorrere del tempo, ovvero nel T2 le donne del campione sperimentale avvertono un livello di soddisfazione soggettiva minore ( $M=53.66$ ;  $DS=22.31$ ) se paragonato al T1 ( $M=57.66$ ;  $DS=22.76$ ), ma tale differenza non raggiunge la significatività statistica ( $T(6)=-.386$ ;  $p=.713>.05$ ). Rispetto al Fattore 5 (Funzionalità psicologica) sono stati tolti i soggetti che non lavorano, perché l'item 31 è relativo al rapporto coi colleghi (come accennato precedentemente). Le donne al T1 risultano lievemente più soddisfatte della loro funzionalità sociale ( $M=46.62$ ;  $DS=24.56$ ) di quelle al T2 ( $M=45.52$ ;  $DS=29.92$ ), ma come per gli altri fattori, non vi è significatività a livello statistico ( $T(6)=-.166$ ;  $p=.874>.05$ ).

Si sono voluti inoltre verificare i risultati ottenuti, con il test di Wilcoxon, tramite il quale essi sono stati confermati, in quanto nessuna differenza tra il T1 e il T2 riscontrata nei fattori del SAT-P raggiunge la significatività statistica.

#### *Confronto dei risultati in base all'età*

L'ipotesi 6 sulla base dei dati presenti in letteratura, sostiene che le donne più giovani, indicativamente con età inferiore ai 25 anni hanno al T1 un tono dell'umore più basso, una soddisfazione soggettiva inferiore e un'intensità maggiore di sintomi psicofisiologici rispetto alle donne con età superiore. È stato possibile verificare tale ipotesi su 18 donne, in quanto 3 non hanno indicato l'età nella scheda di anamnesi psicofisiologica; inoltre, si è scelto di

valutare tali aspetti solo nel T1, data la bassa numerosità del campione nel T2 (nel quale sono presenti solo 3 donne con età inferiore a 25 anni, 3 con età superiore e una risposta omessa).

Nel T1 il campione è stato quindi diviso in due sottogruppi: le donne con meno di 25 anni (gruppo 1) sono 8 (pari al 44%) e quelle con età superiore (gruppo 2) sono 10 (pari al 56%). In questo caso si è utilizzata la statistica T di Student per campioni *indipendenti*.

Per quanto riguarda gli aspetti depressivi, nel confronto del punteggio complessivo al BDI, le donne più giovani presentano punteggi lievemente superiori ( $M=14$ ;  $DS=15.68$ ) rispetto a quelli ottenuti dalle donne con età superiore ai 25 anni ( $M=13.3$ ;  $DS=9.65$ ), ma tale differenza non risulta statisticamente significativa ( $T(16)=-.117$ ;  $p=.909>.05$ ). Seguono lo stesso andamento i risultati relativi alle due subscale del BDI. Nella subscale "Cognitivo-Affettiva" il gruppo 1 è caratterizzato da un punteggio lievemente superiore ( $M=8.63$ ;  $DS=10.2$ ) di quello osservato nel gruppo 2 ( $M=8$ ;  $DS=6.22$ ), ma non vi è una differenza significativa a livello statistico ( $T(16)=-.161$ ;  $p=.874>.05$ ). Ciò si verifica anche nella subscale "Sintomi Somatici e prestazionali", nella quale non è presente una differenza significativa ( $T(16)=-.033$ ;  $p=.974>.05$ ) tra il gruppo 1 ( $M=5.38$ ;  $DS=5.83$ ) e il gruppo 2 ( $M=5.3$ ;  $DS=3.8$ ).

L'ipotesi 6 quindi, non risulta confermata nelle sue previsioni riguardanti l'aspetto depressivo.

Si è passati poi ad analizzare le differenze relative all'intensità dei sintomi psicofisiologici percepiti.

Nella subscale "Somatizzazione" le donne del nostro campione appartenenti alla fascia 1 hanno un'intensità di sintomi psicofisiologici inferiore ( $M=.88$ ;  $DS=.81$ ) a quelle della fascia 2 ( $M=.98$ ;  $DS=.52$ ), ma la differenza non è significativa ( $T(16)=-.320$ ;  $p=.753>.05$ ).

Anche nella subscale "Ossessività-Compulsività" le donne con età inferiore a 25 anni presentano minori sintomi psicofisiologici ( $M=.76$ ;  $DS=.64$ ) delle donne con età superiore ( $M=.88$ ;  $DS=.62$ ), ma la differenza non raggiunge la significatività statistica ( $T(16)=-.394$ ;  $p=.699>.05$ ).

Nella sottoscala "Sensitività" invece, le donne appartenenti alla fascia 1 detengono punteggi superiori ( $M=.89$ ;  $DS=.83$ ) rispetto alle donne della fascia 2 ( $M=.56$ ;  $DS=.53$ ); la differenza non è statisticamente significativa ( $T(16)=1.04$ ;  $p=.314>.05$ ).

Relativamente alla subscale "Depressione", le donne della fascia 2 hanno un punteggio medio leggermente più elevato ( $M=1.09$ ;  $DS=.82$ ) delle donne appartenenti alla

fascia 1 ( $M=1$ ;  $DS=.95$ ), ma anche in tal caso non vi è significatività ( $T(16)=-.198$ ;  $p=.845$ ).

Lo stesso andamento caratterizza la sottoscala relativa all'“Ansia”, nella quale le donne con età più avanzata avvertono sintomi psicofisiologici con maggior intensità ( $M=.98$ ;  $DS=.87$ ) rispetto alle donne più giovani ( $M=.81$ ;  $DS=.85$ ); come nei casi precedenti, la differenza non è statisticamente significativa ( $T(16)=-.412$ ;  $p=.686>.05$ ).

Rispetto la subscala “Collera-Ostilità”, la lieve differenza che distingue la fascia 1 ( $M=.63$ ;  $DS=.71$ ) dalla Fascia 2 ( $M=.67$ ;  $DS=.65$ ), non è statisticamente significativa ( $T(16)=-.129$ ;  $p=.899>.05$ ).

Punteggi molto simili sono stati rilevati nella subscala “Ansia Fobica” dalle donne con età inferiore ai 25 anni ( $M=.46$ ;  $DS=.75$ ) e quelle con età maggiore ( $M=.44$ ;  $DS=.49$ ) e anche in questo caso non vi è una significatività statistica ( $T(16)=.073$ ;  $p=.943>.05$ ).

Per quanto concerne l'“Ideazione paranoie”, le donne della Fascia 1 avvertono un'intensità maggiore di sintomi ( $M=.63$ ;  $DS=.73$ ) rispetto a quelle della Fascia 2 ( $M=.52$ ;  $DS=.49$ ); la differenza non è significativa a livello statistico ( $T(16)=.374$ ;  $p=.713>.05$ ).

Infine, nella subscala “Psicoticismo” le donne più giovani percepiscono un'intensità maggiore di sintomi ( $M=.68$ ;  $DS=.76$ ) rispetto alle donne adulte ( $M=.49$ ;  $DS=.58$ ); la differenza non è però significativa ( $T(16)=.586$ ;  $p=.566>.05$ ).

Pur esistendo delle differenze tra le donne con età inferiore a 25 anni e quelle con età superiore, nessuna di esse raggiunge la significatività statistica; quindi, per quanto riguarda l'intensità dei sintomi psicofisiologici percepiti dai due gruppi, non vi sono differenze significative.

Anche i risultati agli indici generali dell'SCL-90 indicano che non vi è differenza statisticamente significativa tra le due diverse fasce d'età. Nella fascia 1 il GSI (General Symptomatic Index) presenta i seguenti valori:  $M=.79$ ;  $DS=.77$  e nella Fascia 2:  $M=.81$ ;  $DS=.57$ ;  $T(16)=-.043$ ;  $p=.966>.05$ . Il PSDI (Positive Symptom Distress Index) presenta nelle donne con meno di 25 anni i seguenti punteggi:  $M=1.58$ ;  $DS=.45$ ; nelle donne adulte invece:  $M=1.54$ ;  $DS=.41$ ;  $T(16)=.197$ ;  $p=.847>.05$ .

È dunque possibile concludere che la sesta ipotesi non risulta confermata rispetto all'intensità percepita dei sintomi psicofisiologici.

Infine, si è passati a verificare i risultati ottenuti rispetto al livello di soddisfazione soggettiva, dai due sottogruppi di donne.

Nel Fattore 1 del SAT-P (Funzionalità psicologica) le donne più giovani hanno un livello di soddisfazione inferiore ( $M=51.51$ ;  $DS=20.13$ ) rispetto alle donne adulte ( $M=57.35$ ;  $DS=17.58$ ), ma tale differenza non è statisticamente significativa ( $T(16)=.657$ ;  $p=.521>.05$ ).

Nel Fattore 2 (Funzionalità fisica) le donne con meno di 25 anni risultano leggermente più soddisfatte ( $M=40.57$ ;  $DS=17.54$ ) delle donne con età superiore ( $M=39.07$ ;  $DS=15.51$ ), ma anche in questo caso non vi è significatività statistica ( $T(16)=.193$ ;  $p=.850>.05$ ).

Rispetto al Fattore 3 (Lavoro) le donne più giovani appaiono meno soddisfatte ( $M=35.28$ ;  $DS=24.77$ ) di quelle più grandi ( $M=46.62$ ;  $DS=32.01$ ), ma non in modo statisticamente significativo ( $T(16)=.823$ ;  $p=.423>.05$ ).

Le donne appartenenti alla Fascia 1 appaiono invece più soddisfatte nel Fattore 4 (Sonno, Alimentazione, Tempo libero), in quanto hanno punteggi superiori ( $M=48.93$ ;  $DS=20.53$ ) se confrontate con le donne della Fascia 2 ( $M=45.6$ ;  $DS=19.84$ ); come nei casi precedenti tale differenza non è statisticamente significativa ( $T(16)=.348$ ;  $p=.732>.05$ ).

Per concludere, nel Fattore 5 (Funzionalità sociale) sono le donne con età superiore a risultare più soddisfatte ( $M=46.77$ ;  $DS=22.68$ ) di quelle più giovani ( $M=45.2$ ;  $DS=9.25$ ), ma non vi è significatività statistica ( $T(16)=-.182$ ;  $p=.858>.05$ ).

È possibile pertanto asserire che la sesta ipotesi non risulta confermata nemmeno per quanto concerne l'aspetto relativo alla soddisfazione soggettiva.

Si è poi applicato il test di Mann-Whitney, per comparare i risultati dei test parametrici con quelli ottenuti con esso.

I risultati al test di Mann-Whitney concordano pienamente con quelli ottenuti con la statistica T di Student per campioni indipendenti.

#### *Confronto risultati in base ad alcune variabili anamnestiche*

In base all'**ipotesi 7** le donne che hanno già avuto un'esperienza di aborto, presentano al T1 un tono dell'umore più basso, un'intensità maggiore di sintomi psicofisiologici e una soddisfazione soggettiva inferiore, rispetto alle donne che non hanno mai avuto un aborto. Le donne del nostro campione che hanno avuto precedenti aborti (gruppo A) sono 5 e quelle che non hanno mai effettuato tale intervento (gruppo B) sono 15 (vi è un dato mancante). Anche in questo caso, le analisi effettuate con la T di Student per campioni indipendenti sono state effettuate solo al T1, in quanto al T2 solo 1 donna ha avuto

un aborto in passato.

Le donne che in passato hanno avuto un aborto, presentano nel BDI maggiori sintomi depressivi ( $M= 22.2$ ;  $DS= 17.9$ ) in confronto a quelle che non ne hanno mai avuti ( $M= 10.6$ ;  $DS= 7.49$ ), ma tale differenza non risulta statisticamente significativa ( $T(18)= 1.41$ ;  $p= .224 > 0.05$ ). V'è sottolineato come non sia stato possibile assumere varianze uguali, in quanto il test di Levene risulta significativo ( $F= 7.521$ ;  $p= 0.013 < 0.05$ ). Anche dall'analisi delle due subscale del BDI, risulta che le donne appartenenti al gruppo A presentano un'intensità maggiore di sintomi depressivi (Subscala Cognitivo-Affettiva:  $M= 14$  e  $DS= 11.31$ ; Subscala Sintomi Somatici e Prestazionali:  $M= 8.2$  e  $DS= 6.6$ ) rispetto al gruppo B (Subscala Cognitivo-Affettiva:  $M= 6.4$  e  $DS= 5$ ; Subscala Sintomi Somatici e Prestazionali:  $M= 4.2$  e  $DS= 3.1$ ) ma le differenze non raggiungono la significatività statistica, né per la prima subscale ( $T(18)= 1.456$ ;  $p= .11 > 0.05$ ), né per la seconda ( $T(18)= 1.298$ ;  $p= .255 > 0.05$ ); anche queste sulla base del test di Levene non è stato possibile assumere varianze uguali (rispettivamente:  $F= 4.875$ ;  $p= .04 < 0.05$  e  $F= 8.589$ ;  $p= .009 < 0.05$ ). È importante evidenziare come siano esistenti delle differenze fra i due gruppi e in particolare come le donne che hanno precedentemente effettuato un aborto presentino un tono dell'umore più basso; queste differenze non risultano significative a livello statistico, probabilmente per la bassa numerosità dei campioni, soprattutto del gruppo A; non è quindi possibile asserire che questa porzione dell'ipotesi 7 sia confermata.

Rispetto al secondo test somministrato, l'SCL-90-R, le donne con pregressi aborti avvertono un'intensità di sintomi psicofisiologici maggiore a quella percepita dalle donne del gruppo B, ma anche in questo caso le differenze non sono significative a livello statistico, probabilmente a causa della bassa numerosità dei campioni. Le varianze dei punteggi ottenuti non sono omogenee, come indicato dal test di Levene.

Rispetto al livello di soddisfazione soggettiva dei due gruppi, emerge che le donne con pregressi aborti sono soddisfatte in misura minore della loro funzionalità psicologica, fisica e dell'ambito lavorativo, ma le differenze non risultano significative a livello statistico.

Data la bassa numerosità del campione, è opportuno applicare anche un test non parametrico: il test di Mann-Whitney: le analisi svolte con quest'ultimo test hanno confermato i risultati ottenuti con il test T di Student per campioni indipendenti.

È possibile quindi concludere che la settima ipotesi non

può essere confermata a livello statistico.

Sulla base dell'**ipotesi 8** le donne che attualmente hanno scelto di sottoporsi ad un'IVG a causa di motivi di salute presentano un tono dell'umore più basso, una maggiore intensità di sintomi psicofisiologici e una soddisfazione soggettiva inferiore, in confronto alle donne che hanno deciso di abortire, per motivi di altro genere. Nel campione sperimentale hanno risposto a tale domanda 18 donne: 14 hanno scelto di interrompere la gravidanza per motivi di vario genere e 4 per motivi di salute. Dalle analisi effettuate con la T di Student per campioni indipendenti, è emerso che le donne che hanno abortito per motivi di vario genere presentano maggiori sintomi depressivi ( $M= 14.57$ ;  $DS= 12.65$ ) rispetto a quelle con problemi di salute ( $M= 8.25$ ;  $DS= 3.2$ ), ma tale differenza non è risultata statisticamente significativa ( $T(16)= -.970$ ;  $p= .346 > 0.05$ ). Lo stesso vale per le due subscale del BDI, in quanto in entrambe presentano maggiori sintomi depressivi, le donne che si sono sottoposte all'IVG per motivi di vario genere, ma le differenze non raggiungono la significatività statistica.

Le donne che hanno scelto di interrompere la gravidanza per motivi di salute, contrariamente a quanto ipotizzato, percepiscono una minore intensità di sintomi psicofisiologici rispetto all'altro gruppo di donne e ciò è riscontrabile in tutte le scale dell'SCL-90-R. Queste differenze non sono però significative. In linea con questi risultati sono anche gli indici dell'SCL-90.

Relativamente alla soddisfazione soggettiva percepita, si è riscontrato che le donne che hanno dichiarato di aver problemi di salute presentano un livello di soddisfazione in vari ambiti della vita, superiore alle donne che hanno deciso di effettuare l'IVG per motivazioni di vario genere. Solo la differenza presente nel fattore 1 (Funzionalità psicologica) risulta statisticamente significativa, anche se al limite della significatività ( $T(16)= 2.128$ ;  $p= .049 < 0.05$ ).

Sulla base delle analisi effettuate è possibile concludere che l'ipotesi 8 non può essere confermata. In secondo luogo è stato applicato il test non parametrico di Mann-Whitney, i cui risultati concordano con quelli precedentemente esposti.

Anche i risultati al test di Mann-Whitney denotano che non vi sono differenze significative a livello statistico nel tono dell'umore, nell'intensità dei sintomi psicofisiologici percepiti e nel livello di soddisfazione soggettiva, tra le donne che si sono sottoposte ad un'IVG per motivi di salute e quelle che hanno preso tale decisione per motivi di altro genere.

L'ipotesi 9 sostiene che le donne che hanno preso la decisione di effettuare l'IVG di comune accordo con il partner sono caratterizzate da minori sintomi depressivi, un'intensità inferiore di sintomi psicofisiologici e una soddisfazione soggettiva superiore, rispetto alle donne che hanno scelto da sole di abortire. Il campione di ricerca è composto da 8 donne che han preso la decisione individualmente (gruppo 1) e da 11 donne che hanno deciso in coppia (gruppo 2). Sulla base dei risultati ottenuti tramite la T di Student per campioni indipendenti, è emerso in primo luogo che, contrariamente a quanto ipotizzato, le donne che han preso la decisione in coppia presentano maggiori sintomi depressivi ( $M=14.09$ ;  $DS=14.05$ ) rispetto a quelle che hanno deciso da sole ( $M=10.13$ ;  $DS=7.08$ ), ma tale differenza non risulta statisticamente significativa ( $T(17)=-.730$ ;  $p=.475>0.05$ ). Lo stesso andamento è presente nelle due subscale del BDI: nella "Cognitivo-affettiva" le donne del gruppo 2 presentano maggiori sintomi ( $M=8.8$ ;  $DS=9.48$ ) rispetto al gruppo 1 ( $M=6$ ;  $DS=3.8$ ), ma la differenza non è significativa ( $T(17)=-.791$ ;  $p=.440>0.05$ ), nella "Sintomi somatici e prestazionali" le donne del gruppo 2 sono caratterizzate da una maggior intensità di sintomi ( $M=5.27$ ;  $DS=4.78$ ), se paragonate al gruppo 1 ( $M=4.13$ ;  $DS=3.72$ ), ma come nei casi precedenti non c'è significatività statistica ( $T(17)=-.565$ ;  $p=.580>0.05$ ).

Rispetto alla seconda porzione dell'ipotesi, le donne che hanno scelto di comune accordo con il partner percepiscono maggiori sintomi a livello psicofisiologico, ma tutte le differenze riscontrate non raggiungono la significatività statistica.

Per la subscale "Ansia fobica" non si sono assunte varianze uguali, in quanto il test di Levene è risultato significativo ( $F=5.7$ ;  $p=.029<0.05$ ).

Infine, relativamente alla soddisfazione soggettiva percepita, le donne che hanno scelto in coppia di abortire, risultano maggiormente soddisfatte rispetto all'ambito lavorativo e alla funzionalità sociale; di contro, appaiono meno soddisfatte della loro funzionalità psicologica e fisica e nel fattore relativo al sonno, all'alimentazione e al tempo libero, rispetto alle donne dell'altro gruppo. È però di notevole importanza sottolineare come le differenze fra le medie non sono statisticamente significative. Nel fattore 4 non è stato possibile assumere varianze uguali, perché il test di Levene è risultato significativo ( $F=6.399$ ;  $p=.022<0.05$ ). È dunque possibile concludere che l'ipotesi 9 risulta non confermata.

Come in precedenza, è stato applicato il test di Mann-Whitney, il quale ha confermato i risultati riportati.

#### *Verifica della relazione fra gli strumenti utilizzati*

Nella presente ricerca ci si è posti altresì l'obiettivo di verificare se fra i risultati ottenuti tramite gli strumenti utilizzati (BDI, SCL-90-R e SAT-P) sia presente una relazione. A tale scopo è stata utilizzata la correlazione bivariata di Pearson. Sono state quindi effettuate due valutazioni trasversali della correlazione tra gli strumenti, sia al T1 che al T2.

Per quanto concerne il T1:

- BDI e SCL-90-R: tra il tono dell'umore e l'intensità dei sintomi psicofisiologici percepiti (GSI: General Symptomatic Index) è presente un'elevata e significativa correlazione lineare positiva ( $r=.905$ ;  $p<0.01$ ;  $N=21$ ). Ad una maggiore intensità di sintomi depressivi, corrisponde una percezione di maggiori sintomi psicofisiologici e viceversa.

- BDI e SAT-P: è presente una significativa correlazione lineare negativa piuttosto elevata tra il tono dell'umore e la funzionalità psicologica ( $r=-.7$ ;  $p<0.01$ ;  $N=21$ ). Quindi ad una quantità maggiore di sintomi depressivi corrisponde una minore soddisfazione della propria funzionalità psicologica e viceversa.

È presente anche un'elevata correlazione lineare negativa significativa tra il tono dell'umore e la funzionalità fisica ( $r=-.823$ ;  $p<0.01$ ;  $N=21$ ): ad uno stato psicologico maggiormente depresso corrisponde una minore soddisfazione relativa alla propria funzionalità fisica e viceversa.

- SCL-90-R e SAT-P: vi è una correlazione lineare negativa significativa tra il GSI e il fattore 1 del SAT-P ( $r=-.598$ ;  $p<0.01$ ;  $N=21$ ) e tra tale indice e il fattore 2 del SAT-P ( $r=-.738$ ;  $p<0.01$ ;  $N=21$ ), le quali indicano che maggiore è l'intensità dei sintomi psicofisiologici avvertiti, minore è la soddisfazione sia relativa alla funzionalità psicologica che a quella fisica e viceversa.

Anche in questo caso data la bassa numerosità del campione è stata applicata anche la correlazione di Spearman (oltre a quella di Pearson), i cui risultati concordano pienamente con quelli precedenti.

Rispetto al T2:

- BDI e SCL-90-R: è presente un'elevata correlazione lineare positiva significativa tra i risultati ai due test ( $r=.95$ ;  $p<0.01$ ;  $N=7$ ), quindi come nel T1 ad una maggiore intensità di sintomi depressivi, corrisponde una più elevata percezione di sintomi psicofisiologici e viceversa.

- BDI e SAT-P: emergono dai risultati correlazioni lineari negative significative tra il tono dell'umore e la funzionalità psicologica ( $r=-.881$ ;  $p<0.01$ ;  $N=7$ ), quella fisica ( $r=-.866$ ;  $p<0.05$ ;  $N=7$ ) e quella sociale ( $r=-.872$ ;

$p < 0.05$ ;  $N = 7$ ). Quindi, ad un tono dell'umore più depresso corrispondono una minore soddisfazione rispetto alla funzionalità psicologica, fisica e sociale e viceversa.

- SCL-90-R e SAT-P: sono state riscontrate correlazioni lineari negative significative tra il GSI e la funzionalità psicologica ( $r = -.782$ ;  $p < 0.05$ ;  $N = 7$ ), quella fisica ( $r = -.796$ ;  $p < 0.05$ ;  $N = 7$ ), il fattore relativo al sonno, all'alimentazione e al tempo libero ( $r = -.792$ ;  $p < 0.05$ ;  $N = 7$ ) e la funzionalità sociale ( $r = -.831$ ;  $p < 0.05$ ;  $N = 7$ ). Ciò è indice del fatto che ad un'intensità maggiore di sintomi psicofisiologici percepiti, corrispondono una minore soddisfazione relativa alla funzionalità psicologica, fisica, al sonno, all'alimentazione, al tempo libero e alla funzionalità sociale e viceversa

In questo caso, tramite la statistica di Spearman, le correlazioni tra il GSI e i fattori del SAT-P relativi alla funzionalità fisica e al sonno, alimentazione e tempo libero, non sono risultate significative.

Infine, si è voluto indagare se è presente una correlazione a livello longitudinale tra i risultati ottenuti ai test nelle due somministrazioni. Dai risultati della statistica di Spearman è possibile rilevare che esiste una correlazione positiva significativa per quanto riguarda il fattore del SAT-P relativo al lavoro al T1 e al T2 ( $r = .811$ ;  $p < 0.05$ ;  $N = 7$ ) e il fattore dello stesso test relativo alla funzionalità sociale al T1 e al T2 ( $r = .812$ ;  $p < 0.05$ ;  $N = 7$ ). Quindi, si può evincere che ad un'alta soddisfazione rispetto al lavoro e alla funzionalità sociale nel T1 corrisponde un'elevata soddisfazione anche nel T2 e viceversa.

Vista la bassa numerosità del campione, le correlazioni riscontrate sono state valutate anche sulla base della "dimensione dell'effetto" di Cohen (indipendente dalla numerosità del campione), convenzione secondo la quale se la relazione è  $> 0 < 0.1$  si definisce "Bassa", se  $> 0 < 0.3$  "media" e se risulta  $> 0 < 0.5$  è possibile considerarla "alta". Le correlazioni rilevate nella presente ricerca possono essere considerate elevate (esse vanno comunque considerate a titolo indicativo).

## DISCUSSIONE

Il lavoro di ricerca presentato si è proposto di verificare quanto riportato in letteratura, in merito ai risvolti psicologici dell'interruzione volontaria di gravidanza, obiettivo subordinato alla volontà di validare ed integrare il corpus di conoscenze a cui può attingere chi a vario titolo è coinvolto in questo tipo di intervento.

In primo luogo è stato effettuato un confronto tra i risultati ai test ottenuti dal campione sperimentale e quelli re-

lativi alla popolazione generale, riportati dalla letteratura. Come indicato in precedenza, questo tipo di valutazione è stata possibile solo per il BDI e il SAT-P; in quanto per l'SCL-90-R non sono disponibili riferimenti normativi relativi alla popolazione italiana.

La maggior parte dei contributi presenti nella letteratura internazionale sostiene che dopo un'interruzione volontaria della gravidanza, non si presentano conseguenze psicologiche o psichiatriche gravi, né a breve né a lungo termine. Sulla base di questi dati si è ipotizzato che il tono dell'umore che caratterizzava le donne del campione risultasse nella norma: la nostra ricerca depone a favore dei dati presenti in letteratura, in quanto tra l'intensità dei sintomi depressivi percepiti dalle donne del campione sperimentale e i riferimenti normativi non vi è una differenza significativa, in nessuna delle due somministrazioni effettuate.

È possibile dunque dichiarare che le donne che scelgono di abortire non possono definirsi depresse e probabilmente la maggior parte di loro non svilupperà con il trascorrere del tempo, sintomi depressivi correlati all'intervento effettuato. La ricerca presentata offre quindi una conferma ai dati presenti in letteratura.

Ancora in linea con i risultati presentati in letteratura, che testimoniano l'assenza di ripercussioni emotive gravi in seguito ad un'IVG, si è voluto analizzare il livello di soddisfazione soggettiva in diversi ambiti della vita, delle donne che si sottopongono a tale intervento. In questo caso però, l'ipotesi di ricerca, la quale sosteneva che il livello di soddisfazione soggettiva delle donne che si sottopongono ad un'interruzione volontaria della gravidanza sia paragonabile a quello rilevato per la popolazione "normale", non è stata pienamente confermata. Sulla base dei risultati ottenuti il giorno dell'intervento, nel mese precedente le donne del campione risultano meno soddisfatte della loro funzionalità psicologica e fisica, del loro lavoro e della funzionalità sociale: tali differenze risultano statisticamente significative. Loro sono soddisfatte in misura inferiore anche della quantità e qualità del sonno, della loro alimentazione e del tempo libero, ma la differenza non raggiunge la significatività statistica.

Anche un mese dopo l'intervento, le donne che hanno scelto di abortire sono meno soddisfatte in confronto al campione normativo, relativamente agli aspetti sovraccitati, ma in tal caso nessuna differenza risulta statisticamente significativa; ciò probabilmente è dovuto alla rilevante mortalità del campione sperimentale relativa alla seconda somministrazione dei test e di conseguenza alla bassa numerosità dello stesso.

Oltre a queste valutazioni trasversali, la presente ricerca si è posta l'obiettivo di verificare le variazioni intervenute con il trascorrere del tempo rispetto ai sintomi depressivi, all'intensità dei sintomi psicofisiologici percepiti e alla soddisfazione personale. Si è quindi effettuata una valutazione longitudinale, anche se è stato possibile valutare questi aspetti solo per le donne che hanno accettato di sottoporsi sia alla somministrazione avvenuta il giorno dell'intervento, sia a quella effettuata un mese dopo lo stesso.

È stato ipotizzato che non siano presenti differenze significative rispetto alla sintomatologia depressiva percepita il giorno dell'intervento e quella rilevata un mese dopo l'aborto, peraltro entrambe (come descritto in precedenza) nella norma. Questo è stato confermato dalle analisi statistiche: nonostante le donne appaiono maggiormente depresse un mese dopo l'intervento, tale differenza non raggiunge la significatività statistica. Quindi, non sono presenti variazioni nel tono dell'umore tra le due somministrazioni.

Un'altra ipotesi che si è voluta verificare è relativa alla presenza di maggiori sintomi a livello psicofisiologico, il giorno in cui è stata effettuata l'interruzione di gravidanza rispetto a quelli rilevati un mese dopo. Questa ipotesi è basata sul fatto che durante la prima somministrazione, le donne dovevano far riferimento alla settimana precedente l'aborto e pertanto loro potevano avvertire inquietudine e ansia per l'intervento; da sottolineare è anche il fatto che la gravidanza in corso poteva provocare dei disturbi a livello fisiologico (per esempio la nausea). Un mese dopo l'intervento invece, la preoccupazione per quest'ultimo non era più presente e ovviamente non potevano presentarsi sintomi legati alla gravidanza, in quanto era stata precedentemente interrotta. Dall'elaborazione dei dati però emerge che non sono presenti variazioni significative nell'intensità dei sintomi psicofisiologici avvertiti il giorno dell'intervento e quelli riscontrati un mese dopo. È comunque interessante osservare come un mese dopo l'IVG, le donne del campione presentino in misura maggiore sintomi ossessivo-compulsivi, depressivi (come indicato anche dai risultati al BDI), psicotici e maggiore collera e ostilità: tali differenze però non risultano significative a livello statistico. Differenze significative si sono invece riscontrate rispetto ai sintomi relativi alla "sensitività" (sentimenti di inadeguatezza e inferiorità) e all'"ideazione paranoie", i quali risultano superiori un mese dopo l'intervento. Per interpretare questi dati, si potrebbe ipotizzare che a causa del particolare tipo di intervento effettuato, le donne del campione si sentano inadeguate e

diverse rispetto alle altre donne, in quanto hanno deciso di non portare a termine la gravidanza; inoltre potrebbero sentirsi giudicate dalle persone a conoscenza della loro decisione.

Sempre con l'obiettivo di valutare eventuali differenze tra i risultati alle due somministrazioni, si è altresì ipotizzato che il livello di soddisfazione soggettiva rilevato un mese dopo l'IVG non differisca da quello riscontrato il giorno dell'intervento. Un mese dopo l'intervento le donne risultano soddisfatte in misura minore della loro funzionalità psicologica, del lavoro, del sonno, dell'alimentazione, del tempo libero e della loro funzionalità sociale; appaiono più soddisfatte solo nella funzionalità fisica. Tutte le differenze riportate non raggiungono la significatività statistica, di conseguenza è possibile concludere che tra le donne del campione oggetto della ricerca non vi sono variazioni significative nel livello di soddisfazione percepito il giorno dell'intervento e un mese dopo.

Si è ritenuto interessante valutare altresì le reazioni psicofisiologiche delle donne rispetto ad alcune variabili anamnestiche. Queste analisi sono state effettuate esclusivamente in relazione alla prima somministrazione, data la bassa numerosità del campione al T2.

In letteratura alcune ricerche sostengono che un fattore predittivo di una negativa risposta psicologica della donna dopo aver preso la decisione di abortire, sia la giovane età. Uno studio ha evidenziato come ragazze di età inferiore ai 25 anni presentassero maggiori problemi mentali, che includono ansia, comportamenti suicidari e depressione, in seguito ad un'IVG (Fergusson, Horwood, Ridder, 2006). In linea con questi dati, è stato ipotizzato che le donne che hanno una giovane età e precisamente inferiore a 25 anni, in conseguenza dell'interruzione di gravidanza, presentino maggiori disturbi depressivi, un'intensità superiore di sintomi psicofisiologici e una soddisfazione soggettiva inferiore, rispetto alle donne con età superiore. Dai risultati della presente ricerca emerge che nonostante le donne più giovani risultino lievemente più depresse, tale differenza non è significativa a livello statistico. Anche rispetto all'intensità dei sintomi psicofisiologici percepiti dalle donne dei due gruppi, non sono presenti differenze significative. Per quanto concerne la soddisfazione soggettiva, le donne più giovani appaiono meno soddisfatte della loro funzionalità psicologica, dell'ambito lavorativo e della loro funzionalità sociale, ma le differenze non sono statisticamente significative. È dunque possibile concludere che il presente studio non depona a favore di differenze relative ai sintomi depressivi, all'intensità dei sintomi psicofisiologici avvertiti e del

livello di soddisfazione personale, tra le donne con età inferiore ai 25 anni e quelle con età superiore.

Sempre nell'ottica di ricercare dati sperimentali a favore di affermazioni teoriche, è stato ipotizzato che le donne che hanno avuto pregressi aborti (sia spontanei che volontari) abbiano una reazione psicologica più negativa all'IVG attuale e quindi siano caratterizzate da un tono dell'umore più basso, un'intensità superiore di sintomi psicofisiologici e una soddisfazione soggettiva più bassa, in confronto alle donne che non hanno mai avuto quest'esperienza. I risultati offerti dalle analisi non sono concordanti con i dati degli studi precedenti. Di fatto, le donne con precedenti aborti presentano maggiori sintomi depressivi, ma le differenze non sono statisticamente significative. anche rispetto ai sintomi psicofisiologici, le donne che hanno avuto precedenti aborti presentano una maggior intensità di sintomi, ma la differenza non è significativa. Rispetto al livello di soddisfazione soggettiva dei due gruppi, emerge che le donne con pregressi aborti sono soddisfatte in misura minore della loro funzionalità psicologica, fisica e relativa all'ambito lavorativo, ma le differenze non risultano significative a livello statistico. In conclusione, sulla base dei risultati ottenuti dalla presente ricerca, è possibile asserire che nel campione sperimentale non vi sono differenze significative nelle reazioni psicofisiologiche delle donne che hanno avuto un aborto prima dell'IVG attuale e quelle che non hanno mai effettuato tale intervento.

Sempre sulla base dei dati riportati in letteratura, è stato inoltre ipotizzato che le donne che avevano deciso di interrompere la gravidanza attuale a causa di problemi di salute della madre stessa o del feto, presentassero una reazione maggiormente negativa all'aborto. L'ipotesi di ricerca sosteneva quindi che le donne che avevano deciso di abortire per problemi di salute fossero caratterizzate da maggiori sintomi depressivi e psicofisiologici e da una soddisfazione soggettiva inferiore. I dati emersi dalla ricerca presentata non avvalorano la letteratura: da essi risulta che le donne che hanno deciso di effettuare un'IVG per motivi di salute presentano meno sintomi depressivi, un'intensità inferiore di sintomi psicofisiologici, ma le differenze non risultano significative. Queste donne inoltre, presentano un livello di soddisfazione soggettiva relativo alla loro funzionalità psicologica significativamente superiore a quello percepito dall'altro gruppo; loro sono più soddisfatte anche della loro funzionalità fisica, del loro lavoro, del sonno, dell'alimentazione, del tempo libero e della funzionalità sociale, ma non in modo significativo. Quindi, nella presente ricerca non sono state riscontrate

differenze significative tra le donne che interrompono la gravidanza per motivi di salute e quelle che prendono tale decisione per altri motivi; loro risultano più soddisfatte solo in relazione alla funzionalità psicologica.

Infine, la letteratura pone l'accento sul fatto che il contesto sociale e il grado di supporto offerto da persone significative per la donna sono predittori delle reazioni all'aborto, in misura maggiore rispetto alle variabili demografiche. Alti livelli di ansia, depressione e ostilità risultano associati all'opposizione all'aborto delle persone care alla donna; comunque, il supporto di una persona importante per la donna sembra sufficiente per mitigare questi stati d'animo.

Per verificare queste affermazioni teoriche, è stato ipotizzato che le donne che prendono la decisione di abortire insieme al partner e quindi possono giovare del supporto di quest'ultimo, presentano minori sintomi depressivi, un'intensità di sintomi psicofisiologici inferiore e una soddisfazione soggettiva superiore. Anche in questo caso, la ricerca svolta non depone a favore dei dati riportati in letteratura. Contrariamente a quanto ipotizzato infatti, le donne che hanno deciso di interrompere la gravidanza insieme al compagno presentano maggiori sintomi depressivi e un'intensità superiore di sintomi psicofisiologici rispetto a chi ha deciso individualmente, anche se non si tratta di differenze significative a livello statistico; inoltre, non risultano più soddisfatte delle donne che hanno deciso individualmente. Sulla base di questi risultati non è possibile assumere che le donne che abortiscono di comune accordo con il partner, abbiano reazioni diverse all'IVG rispetto alle donne che prendono da sole tale decisione.

Con le conclusioni tratte da questa ricerca non si ha la presunzione di contraddire i dati presenti in letteratura. Nell'interpretazione dei risultati della nostra ricerca infatti, è doveroso tenere presente alcune limitazioni metodologiche che sottolineano l'impossibilità di generalizzare le conclusioni alle quali si è giunti, all'intera popolazione da cui il campione è stato mutuato. In primo luogo, vi è l'esigua numerosità del campione sperimentale e l'alta mortalità dello stesso per quanto concerne la seconda somministrazione degli strumenti. Anche relativamente ai confronti rispetto alle variabili anamnestiche, le analisi sono state effettuate anche su gruppi a bassissima numerosità, quindi è opportuno tener in considerazione i risultati ai quali si è pervenuti, solo a titolo indicativo. Per ovviare al problema della bassa numerosità del campione, sono state opportunamente applicate delle analisi statistiche non parametriche (che non risentono

della numerosità del campione), le quali hanno sostanzialmente confermato i risultati ottenuti tramite le statistiche parametriche. Sarebbe interessante comparare i risultati ottenuti dalla ricerca descritta nel presente capitolo, con quelli di un campione sperimentale a numerosità elevata.

Un ulteriore limite della ricerca (come di molte altre ricerche nell'ambito psicologico) è rappresentato dal fatto che non si è a conoscenza dello stato psicofisiologico delle donne prima della gravidanza, ovvero se erano già presenti problemi relativi alla sfera psicologica piuttosto che a quella fisica e dell'influenza di altre variabili non considerate dalla ricerca che potrebbero influenzare la condizione fisica e psicologica della donna.

Inoltre, bisogna tener presente che il campione è costituito da soggetti reclutati nel nord-est d'Italia e che quindi sarebbe auspicabile un confronto con campioni composti da persone residenti nelle regioni del centro e del sud, poiché la variabile geografica in Italia è di solito molto rilevante. Infine, la prima somministrazione è avvenuta il giorno dell'intervento, quindi le donne si trovavano in una condizione psicofisica che potrebbe non rispecchiare esattamente la "realtà".

Al termine di queste nostre riflessioni sui risultati ottenuti – in base alla nostra esperienza di clinici che lavorano quotidianamente in questo settore e di ricercatori curiosi sulla propria attività clinica – ci sembrano opportune due precisazioni.

Prima: questo studio presenta diverse limitazioni (come descritto in precedenza) ed è per questo che lo possiamo ritenere preliminare e da consiglio per futuri progetti di ricerca e disegni sperimentali che abbiano come tema l'IVG (non a caso anche fin dal titolo abbiamo voluto precisare che si tratta di un report di una ricerca preliminare)

Seconda: comunque siamo dell'idea che – al di là del fatto che le donne che fanno un IVG non presentino stati psicopatologici particolari – a tutte le pazienti debba essere offerto uno spazio di ascolto e confronto (sia medico-ginecologico che psicologico) che possa raccogliere le loro eventuali preoccupazioni e i loro eventuali vissuti emotivi, consapevoli di un lavoro che debba sempre essere integrato (medico e psicologico; Casadei, Righetti, 2007) e centrato sulla paziente/coppia.

## BIBLIOGRAFIA

1. Ashton JR. *The psychological outcome of induced abortion*. BJOG. 1980;87:1115-1122.
2. Barnes AB et al. *Therapeutic abortion: medical and social sequels*. Ann Intern. Med. 1971;75:881-886.
3. Beck A. et al. *Beck Depression Inventory Beck Depression Inventory: Manual*. The Psychological Corporation. New York, 1961-1979.
4. Casadei D, Righetti PL. *L'intervento psicologico in ginecologia*. Edizioni Scientifiche Ma.Gi. Roma, 2007.
5. Ewing JA, Rouse BA. *Therapeutic abortion and a prior psychiatric history*. Am J Psychiatry. 1973;130:37-40.
6. Greenglass E. *After abortion*. Don Mills Ont. Longman Canada Ltd, 1976.
7. Jansson B. *Mental disorders after abortion*. Acta Psychiatrica Scand. 1965;1:87-110.
8. Kretzschmar RM, Norris AS. *Psychiatric implication of therapeutic abortion*. Am J Obstet Gynecol. 1967;98:368-373.
9. Kretzschmar R.M., Norris A. *Psychiatric implication of therapeutic abortion*. Am J Obstet Gynecol. 1967;98:368-373.
10. Lipman RS, Derogatis LR, Covi L. *SCL-90-R: Symptom Check List-Revised*. The Psychological Corporation. New York, 1979.
11. Majani G, Callegari S. *SAT-P: Satisfaction Profile*. Erickson. Trento, 1998.
12. Margolis AJ et al. *Therapeutic abortion follow-up study*. Am J Obstet Gynecol. 1971;110:243-249.
13. Pasnau RO. *Psychiatric complications of therapeutic abortion*. Obstet Gynecol. 1972;40:252-256.
14. Patt SL et al. *Follow-up of therapeutic abortion*. Arch Gen Psychiatry. 1969;20:408-414.
15. Simon N et al. *Psychiatric illness following therapeutic abortion*. Am J Psychiatry. 1967;126:1224-1229.
16. Whittington HG. *Evaluation of therapeutic abortion as an element of preventive psychiatry*. Am J Psychiatry. 1970;126:1224-1229.