



Psychische gevolgen van abortus en de rol van huisartsen

Pro Vita Humana, 2007, 14 (1/2), p. 2-6

door prof.dr H. Jochemsen, directeur Prof.dr G.A. Lindeboom Instituut



In deze bijdrage wil ik kort enkele resultaten vermelden van het onderzoek dat wij hebben verricht naar de psychische gevolgen van abortus provocatus en naar de wijze waarop huisartsen omgaan met verzoeken om abortus. (1)

1. Literatuurstudie psychische gevolgen abortus

Het onderzoek naar psychische gevolgen van abortus betreft een inventarisatie op basis van literatuurstudie van psychologische reacties na een abortus in het algemeen, de aard van de reacties, de ernst ervan en kort over de prevalentie daarvan.

In de eerste plaats vermeld ik kort de positieve reacties die in de literatuur beschreven worden. Met name relatief kort na de abortus provocatus ervaren veel vrouwen een gevoel van opluchting, tevredenheid met de beslissing in de zin dat een beslissing genomen is en dat het probleem in eerste instantie uit de wereld is geholpen. Verder een toegenomen zelfwaardering en een verbeterde relatie met de partner.

Deze reacties hebben vermoedelijk te maken met het gegeven dat een ongewenste zwangerschap en een besluit over een eventuele abortus dermate stressvol en geladen zijn, dat na de abortus in eerste instantie vooral opluchting wordt ervaren en normalisering van de situatie, onder meer de relatie met de partner die door de gebeurtenissen soms ook onder druk kwam te staan.

2. Negatieve reacties

Negatieve psychische reacties kunnen grofweg samengevat worden in de volgende vijf:

Depressiviteit, schuld, angst, verdriet en spijt. Ik licht deze reacties kort toe.

Onder depressie worden zowel depressieve gevoelens als depressieve episodes verstaan. De schuldgevoelens worden voornamelijk ervaren tegenover de ongeboren vrucht. Schuldgevoel is een vorm van lijden omdat er iets gebeurd is waarvan men het gevoel heeft dat het niet had moeten gebeuren, dat het niet goed is geweest. Angst die ervaren wordt na een abortus heeft betrekking op angst voor afwijkingen van een foetus in een toekomstige zwangerschap, angst om weer zwanger te worden, angst dat de zwangerschap niet helemaal is afgebroken en soms ook angst voor geslachtsgemeenschap. Bij verdriet is het opmerkelijk dat die reactie vaak ook al optreedt voordat de abortus plaatsvindt, maar nadat het besluit is genomen tot abortus. De vrouw anticipeert als het ware op datgene wat gaat gebeuren en dat een verlies gaat inhouden. Het verdriet dat na een abortus wordt ervaren is vergelijkbaar met het verdriet van een moeder na een onvrijwillig verlies van een foetus/kind. Tot slot reageren verschillende vrouwen na een abortus ook met spijtgevoelens, wat aangeeft dat ze erkennen een fout te hebben gemaakt die ze achteraf niet hadden willen maken. Spijt houdt nauw verband met schuld – het kan een gevolg ervan zijn.

Deze psychische ervaringen kunnen een behoorlijke mate van lijden meebrengen. Ze worden problematisch op het moment dat de score bij een psychologische test boven een bepaalde drempelwaarde uitkomt ofwel dat mensen behoefte hebben aan professionele hulpverlening vanwege de ernst van de reacties.



3. Risicofactoren

In het kader van de hulpverlening is het belangrijk te weten welke factoren een (extra) risico inhouden voor het optreden van deze negatieve reacties.

Voor het optreden van depressiviteit vormt het bestaan van een depressie voordat de abortus plaatsvindt een belangrijke risicofactor. Verder een jonge leeftijd van de vrouw, schaamte over de abortus en ook vermijddgedrag, dat wil zeggen gedrag dat het onderwerp abortus tracht te vermijden.

Voor schuld en schuldgevoelens vormt -begrijpelijkerwijze- de opvatting dat abortus ethisch niet goed is een belangrijke risicofactor; verder hechting aan het ongeboren kind en (h)erkenning van 'leven', d.w.z. dat de vrouw bewust 'leven' heeft gevoeld en er niet onderuit kan dat te erkennen. Het is begrijpelijk dat dan ook de betrokkenheid en emotie van verbondenheid sterker wordt en de kans dat na de abortus schuldgevoelens ervaren worden, groter is. Het risico van angst na een abortus kan verminderd worden door steun bij de beslissing. Verder zijn vermijddgedrag en schaamte factoren die het optreden van angst kunnen bevorderen. Het risico van verdriet wordt vergroot door hechting met de vrucht en is verder afhankelijk van de visie op zwangerschap. Spijt doet zich eerder voor als er ambivalentie bestaat bij de vrouw over het besluit tot abortus.

4. De prevalentie

Over de prevalentie van deze problematische reacties na abortus wil ik enkele opmerkingen maken. In de eerste plaats dat het wetenschappelijk vaststellen daarvan buitengewoon lastig is wegens een aantal serieuze methodische problemen bij dat onderzoek. Ik noem er enkele zonder er in dit verband verder op in te gaan.

1. De medewerking van de onderzoeksgroep is niet consequent en (wetenschappelijk) onbetrouwbaar; een bias in de selectie van de deelnemers in een onderzoek is in dit verband haast onvermijdelijk (zie verder);
2. De diversiteit van negatieve reacties die door vrouwen worden gerapporteerd is zo breed, dat het onmogelijk is die allemaal in een studie mee te nemen;
3. De intensiteit van veel reacties blijkt in de tijd te wisselen en veel vrouwen melden pas na veel jaren dergelijke reacties; dan is de causaliteit heel moeilijk duidelijk vast te stellen;
4. Het gebruik van vragenlijsten en andere gestandaardiseerde onderzoeksinstrumenten lijkt ongeschikt om de dieperliggende reacties te 'meten'; het is dus niet zo duidelijk wat men met standaard schriftelijke vragenlijsten precies meet.

Een oorzaak van het onder 1) genoemde probleem is het verschijnsel van "avoidance", wat inhoudt dat veel vrouwen na een abortus eigenlijk het hele onderwerp willen vermijden en dus negatief reageren op een verzoek tot deelname aan een onderzoek naar hun ervaringen. Zo vertelt een onderzoek dat 63 tot 76% van de ondervraagde vrouwen met negatieve postabortus reacties gemiddeld 63 maanden elke negatieve reactie in verband met de abortus zouden hebben ontkend. (2)

Dit vormt ook de belangrijkste oorzaak van de grote verschillen in prevalenties die in de literatuur genoemd worden. Zeer uiteenlopende waarden komen voor, variërend van 3 tot 28% van de vrouwen die na een abortus en gerelateerd aan die abortus te maken krijgen met ernstige psychische problematiek. Op grond van de onder 1) en 4) genoemde methodische problemen schat ik in dat de werkelijke prevalentie eerder aan de hoge kant van de genoemde marge ligt, of zelfs nog hoger, dan aan de onderkant daarvan. Hoe dan ook, in elk geval een deel van de vrouwen krijgt na een abortus met ernstige zeer waarschijnlijk aan de abortus gerelateerde psychische problemen te kampen. Op zichzelf is dat reden daarop in de hulpverlening alert te zijn. Meer onderzoek naar de psychische gevolgen en de prevalentie ervan in Nederland is gewenst en we bevelen in ons rapport dan ook aan dat daarvoor middelen beschikbaar gesteld worden.

5. Abortus en huisartsen

Het tweede gedeelte van het rapport heeft betrekking op de wijze waarop huisartsen omgaan met het verzoek om abortus provocatus en eventuele problemen na die tijd. In ruim 60% van de gevallen van abortus vindt de verwijzing plaats via de huisarts. (3) De rol van de huisarts in deze hele problematiek is dus aanzienlijk. Daarom is de vraag hoe huisartsen omgaan met een verzoek om abortus, ook in het licht van de WAZ, van aanzienlijke betekenis voor deze problematiek.

Twaalf aselect gekozen huisartsen uit diverse regio's zijn geïnterviewd. Verdere karakteristieken: 6 mannen, 6 vrouwen, leeftijd tussen 38 en 64 jaar, tussen 7 en 30 jaar huisarts, levensbeschouwelijk divers. Het gaat om een kwalitatieve studie die inzicht geeft in het scala aan overwegingen en handelwijzen van huisartsen in dit soort situaties. De resultaten geven geen statistische informatie over de mate waarin bepaalde motieven of handelwijzen onder de huisartsen in Nederland voorkomen.

De belangrijkste resultaten van deze studie kunnen als volgt samengevat worden.

Huisartsen proberen ongewenst zwangere vrouwen zo goed mogelijk te begeleiden. Ze doen dit in eerste instantie door een abortusverzoek van een vrouw te bespreken in een zogenaamd keuzegesprek. De huisarts geeft in dat keuzegesprek informatie over de gevolgen, en mogelijk ook psychische risicofactoren en alternatieven van abortus, maar doet dat in de mate waarin de vrouw er om vraagt. Dus de informatie wordt niet gegeven of althans beperkt gegeven, wanneer een vrouw geen vragen stelt en alleen maar zegt: Ik wil abortus, geef me een verwijzing, (die ze in feite niet nodig heeft om abortus bij een abortuskliniek te krijgen). Er is in het keuzegesprek dan ook meestal nauwelijks uitwisseling over wat abortus precies inhoudt, welke ethische waarden aan de orde zijn. Er wordt vooral gesproken over de motieven van de vrouw en de omstandigheden en of ze het wel zeker weet. Respect voor de autonomie van de vrouw overheerst sterk het respect voor het leven van de vrucht. Terwijl de WAZ getracht heeft een balans tussen die twee te vinden.

Huisartsen zijn op de hoogte van mogelijke negatieve psychische gevolgen van abortus, maar het herkennen en behandelen daarvan blijkt in de praktijk weinig voor te komen. Men herkent dat soort gevolgen toch niet zo vaak. (4) Omdat het hier gaat om een kwalitatief onderzoek kan op basis van onze resultaten geen conclusie getrokken worden over de mate waarin men negatieve psychische gevolgen van abortus herkent. Ze doen wel vermoeden dat dit in het algemeen niet veel zal voorkomen.

Op de vraag of een richtlijn wenselijk zou zijn kregen we diverse antwoorden. Een belangrijk deel van de door ons ondervraagde huisartsen zegt er niet direct behoefte aan te hebben. Maar bij doorvragen en praten over wat die richtlijn zou kunnen inhouden aan informatie e.d. zeggen sommige van die huisartsen dat zoiets wel handig kan zijn. Als er een richtlijn zou komen, zou dat een soort beslisboom moeten zijn met informatie over bijvoorbeeld hoe men een gesprek over eventuele nadelige psychische gevolgen na een abortus zou kunnen aankaarten, informatie over instanties waarnaar verwezen zou kunnen worden, enzovoort. Dit laatste bleek in zoverre nuttig dat een deel van de huisartsen niet goed op de hoogte was van instanties die voor en na een abortus hulp kunnen bieden in de vorm van counseling en informatieverstrekking e.d.

6. Modellen arts-patiëntverhouding

De resultaten overziende en interpreterende meen ik te kunnen constateren dat huisartsen in het geval van een verzoek om abortus in het keuzegesprek veelal optreden volgens het zogenaamde informatieve model voor de arts-patiënt verhouding. (5) In het informatiemodel verschaft de hulpverlener de hulpvrager zo goed mogelijk informatie over de situatie en de professionele hulpmogelijkheden. De hulpvrager kiest de gewenste behandeling, die door de hulpverlener wordt geboden. Een nadere verantwoording van de keuze jegens de hulpverlener is niet nodig. De waarden van de hulpverlener zijn niet relevant, zijn rol is die van competent expert. Dit model gaat uit van het respect voor de autonomie van de hulpvrager, dat wil zeggen; diens



zeggenschap over de professionele hulp en of behandeling.

Naast het informatieve model onderscheiden Emanuel en Emanuel ook het deliberatieve model (in goed Nederlands: het poldermodel). Hierin is ook ruimte voor een bespreking van de waardeovertuigingen van de patiënt. In dit model helpt de hulpverlener de hulpvrager om haar waarden te verhelderen en stelt ze eventueel ook ter discussie. In een open gesprek probeert de hulpverlener (huisarts) duidelijk te maken welke waarden gerelateerd aan de hulpvraag aan de orde zijn en welke waarden het meest geëigend zijn om na te streven in de situatie waarin de hulpvrager zich bevindt. Het overleg is erop gericht om die waarden te realiseren in de uiteindelijk te verlenen hulp. Dit model gaat ervan uit dat waardeovertuigingen niet vast liggen en dat mensen ook in moreel opzicht gevormd kunnen worden. In dit model bestaat dus ruimte voor een fundamenteel ethisch gesprek over de verschillende opties die vanuit professioneel gezichtspunt aangedragen kunnen worden. Bij een ongewenste zwangerschap zijn dat ook alternatieven voor abortus zoals het afstaan voor adoptie, het mobiliseren van hulp en ondersteuning rond de ongewenst zwangere vrouw, zodat ze de zwangerschap kan uitdragen.

Meestal is het zo dat huisartsen hun zorg verlenen op een wijze die aansluit bij het deliberatieve model. Opmerkelijk is nu dat ze bij een verzoek om abortus meer handelen volgens het informatieve model. Dit betekent ons inziens een verarming van de zorg en we bevelen dan ook aan dat ook bij abortusverzoek huisartsen en abortusartsen zorg verlenen volgens het deliberatieve model. Dit te meer daar uit het onderzoek van de Evaluatiecommissie WAZ blijkt dat op enkele punten die wet niet altijd goed wordt uitgevoerd. Dit ondanks de algemene conclusie van de evaluatiecommissie dat over het geheel de wet goed wordt nageleefd. Ik noem enkele punten waarop tekorten worden vastgesteld in de wetsuitvoering. De beraadtermijn wordt meestal, maar zeker niet altijd, goed nageleefd. Patiënten signaleren vaker dat die niet nageleefd wordt dan de artsen zelf. Bij huisartsen is een grotere kennis en deskundigheid met betrekking tot verwijzing voor abortus provocatus gewenst. Met het begrip noodsituatie wordt in het algemeen goed omgegaan, zegt men, maar tegelijkertijd blijkt uit de discussie die men dan voert dat het natuurlijk heel erg afhangt van hoe dat begrip in de praktijk wordt ingevuld. In omstreeks de helft van de gevallen is er geen voorlichting gegeven over alternatieven. Een belangrijke reden, meestal niet de enige, voor abortus provocatus die door de vrouwen wordt genoemd, vormen de financiën. Op dat punt kunnen we in onze welvarende samenleving toch in elk geval een alternatief bieden. Tot slot van deze 'pijnpunten': niet altijd wordt adequaat omgegaan met twijfel bij de vrouw; twijfel wordt lang niet altijd onderkend.

7. Aanbevelingen

We komen tot de volgende aanbevelingen.

- 1) Counseling door artsen bij ongewenste zwangerschap dient minder volgens informatieve en meer volgens het deliberatieve model. Net zoals we dat in veel andere gevallen als huisartsen gewend zijn te doen.
- 2) Een beslissing tot abortus provocatus dient te berusten op 'informed consent', dus counseling bij ongewenste zwangerschap dient informatie te bevatten over wat abortus precies inhoudt en welke andere opties er zijn (op basis van het subsidiariteitsbeginsel).
- 3) Deze alternatieven voor abortus in vormen van steun, begeleiding en zorg dienen actief geëxploreerd te worden.
- 4) Een aanbod van bijscholing aan huisartsen in het onderkennen van psychische klachten die mogelijk mede het gevolg zijn van een a.p. Ook dat lijkt mij gezien de ervaringen wenselijk.
- 5) Er wordt door de beroepsgroep van huisartsen een richtlijn opgesteld over begeleiding van ongewenst zwangere vrouwen en van vrouwen na een abortus provocatus. Dit om huisartsen te helpen in hun begeleiding



de punten 1 t/m 4 ook daadwerkelijk te realiseren.

Het gaat hierbij niet alleen om de bescherming van het ongeboren kind, maar gezien de eerdere helft van dit verhaal ook om het belang van de vrouw zelf om te voorkomen dat er psychische problemen optreden na een abortus provocatus.

8. Weerleging kritiek

Tot slot van dit artikel wil ik nog kort ingaan op de kritiek die mw. Kleiverda op het symposium gaf op ons rapport en waarop toen slechts heel kort kon worden ingegaan.

1) Haar eerste kritiek was dat het rapport (althans de literatuurstudie) is gebaseerd op een 'zoekt en gij zult vinden'- strategie; m.a.w. als je iets zoekt vind je het. Deze kritiek is in dit verband onjuist. Wij zijn niet op zoek gegaan naar negatieve gevolgen, maar naar wat literatuur over postabortus onderzoek die aan bepaalde wetenschappelijke criteria voldoet, vermeldt over psychische gevolgen van abortus. Daarbij hebben we gezien onze vraagstelling vooral gekeken naar gemelde negatieve gevolgen en die uitvoeriger beschreven. Bij onderzoek wordt ook niet altijd gevonden wat men zoekt, bijvoorbeeld een gewenst effect van een interventie. Het antwoord op een onderzoeksvraag kan ook negatief uitvallen.

2) Dat psychische problemen ook voorkomen bij vrouwen die geen abortus gehad hebben (weet men dit laatste wel altijd zeker?) en mogelijk relatief veel bij vrouwen die een ongewenste zwangerschap uitdroegen, doet niets af aan het gegeven dat er ook psychische problemen voorkomen die aan de abortuservaring zijn gerelateerd. Wanneer prevalenties van problemen in verband met abortus genoemd worden, dan gaat het om aan de abortuservaring gerelateerde problematiek. Daarnaast is onderzoek gedaan. Dat er ook andere determinanten zijn voor depressiviteit doet niets af aan de bevinding dat een abortuservaring er ook een kan zijn. Het is ook maar de vraag in hoeverre voorkomende psychische problematiek in het leven van vrouwen te maken heeft met een eerdere abortus, zonder dat die link expliciet wordt gelegd. Ons rapport betoogt vooral hoe moeilijk het is om daarover duidelijke cijfers te krijgen. En verder concentreren wij ons op de beschrijving van de problematiek en pleiten voor meer aandacht voor die vrouwen die vroeger of later na een abortus met psychische problematiek te kampen krijgen. Ook al zou dat maar 1% zijn, dan nog dient daarvoor oog te zijn in de gezondheidszorg. Overigens geldt dit evenzeer voor vrouwen die na uitdragen van een ongewenste zwangerschap met problemen te maken krijgen. Voor ons is dat geen of -of!

3) Mw. Kleiverda noemt heel selectief een enkele publicatie uit BMJ, die niet alleen bij ons maar ook in het overzicht van de Rutgers Nisso groep ontbreekt (als ik me niet vergis, ze geeft geen duidelijke referentie). Dat doet de vraag rijzen naar de kwaliteit van die publicatie! Selectief gebruik van literatuur is op dit gebied inderdaad een probleem. Bovendien, wij citeren niet alleen primaire literatuur maar ook een tiental overzichtsstudies die weliswaar met diverse prevalenties komen, maar alle de psychische problematiek ten gevolge van abortus wel degelijk signaleren. Tot slot noem ik nog een recente publicatie (in ons rapport in een naschrift nog vermeld) van een methodisch sterk onderzoek. Van een geboortecohort van Nieuw-Zeelandse kinderen die 25 jaar werden gevolgd werd bij vrouwen tussen 15 en 25 jaar nagegaan of er een verband bestaat tussen het doormaken van abortus en psychische problematiek. Er werd enerzijds nagegaan of in het leeftijdsinterval van 15-25 jaar een abortus had plaatsgevonden en anderzijds werden in de leeftijdsintervallen van 15-18 en 18-21 en 21-25 jaar DSM-IV tests uitgevoerd op psychische stoornissen en suïcidaal gedrag. Van deze vrouwen was voor hun 25e jaar 41% ten minste eenmaal zwanger geweest van wie 14,6% een abortus had gehad. Deze laatste groep bleek, ook na correctie voor versturende factoren (confounders) hogere scores te hebben bij depressiviteit, angst, suïcidaal gedrag en drugsgebruik. (6) Op basis van deze publicatie heeft de American Psychological Association een statement waarin een verband tussen abortus en psychologische schade werd ontkend, ingetrokken. (7) Ik blijf er dus bij dat voor deze problematiek aandacht dient te bestaan in beleid en zorg en die niet onder het tapijt geveegd moet worden.



Dankbetuiging

Met dank aan de VBOK voor het aanleveren van de uitgetypte tekst van de uitgesproken voordracht.

Noten

1. T.W. van Laar-Jochemsen, C.E. Zuidema, H. Jochemsen. Psychische problematiek bij vrouwen na abortus provocatus en de rol van de huisarts. Rapport van het Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut, nr. 18 Ede, 2006.
2. D.C. Reardon (1994). Psychological reactions reported after abortion. *The Post-Abortion Review*, 2 (3), 4-8.
3. Inspectie voor de Gezondheidszorg (2004). Staatstoezicht op de volksgezondheid. Jaarrapport 2003. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg; dit rapport vermeldt een percentage van 63%.
4. Althans tot voor enkele jaren herkenden huisartsen depressiviteit bij een patiënt in ongeveer eenderde tot de helft van de gevallen niet; <http://www.spreekuurthuis.nl/themapag.html?thema=Depressie> en <http://www.nivel.nl/OC2/page.asp?PageID=5129>
5. E.J. Emanuel, L.L. Emanuel. Four models of the physician-patient relationship. *J Am Med Ass* 1992; 267 (16), p. 2221-2226
6. D.M. Fergusson, L.J. Horwood, E.M. Ridder (2006). Abortion in young woman and subsequent mental health. *J Child Psychol Psychiatry* 41(1), 16-24.
7. P Saunders. Triple helix, winter 2007, p.5; zie ook <http://www.apa.org/ppo/issues/womenabortfacts.html>

Overgenomen met toestemming van Pro Vita Humana.