

# DE MENTAL HEALTH CONTROVERSE IN DE ABORTUSDISCUSSIE

R. Veenhoven

*Gepubliceerd in: Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, vol. 27, nr. 4, 1972, blz. 182-193*

## Inleiding

Over de psycho-hygiënische aspecten van abortus wordt zeer verschillend gedacht. Sommigen zien abortus als een psycho-hygiënische maatregel bij uitstek, anderen wijzen daarentegen op de gevaren van abortus voor de psychische gezondheid van de vrouw.

Diegenen die de positieve invloed van abortus voor de geestelijke volksgezondheid benadrukken plegen te wijzen op de vaak ontwrichtende effecten van ongewenst moederschap op de vrouw. Overbelasting en ongewilde verandering van het eigen levenspatroon worden daarvan het meest als oorzaak genoemd. Van de zelfde zijde wordt ook gewezen op de slechte gezondheidskansen voor de ongewenste kinderen. Gewenstheid van een kind is een belangrijke voorwaarde voor het ontstaan van een warm effectief klimaat, dat op zijn beurt weer een noodzakelijke voorwaarde is voor de ontwikkeling tot een gezond en zichzelf accepterend mens.

Van de andere kant echter wordt aangevoerd dat iedere vrouw een instinctieve drang tot moederschap eigen is en dat iedere vrouw daardoor van nature een afkeer van abortus heeft. Die afkeer zou zij slechts ten koste van hoge psychische offers kunnen overwinnen, met als gevolg dat de meeste vrouwen dan ook psychisch letsel aan abortus over zouden houden.

Kortom: twee tegengestelde standpunten over abortus, die beide hun uitgangspunt kiezen in de bevordering van de geestelijke volksgezondheid. Het is alleszins interessant die controverse eens verder onder de loupe te nemen. Hiertoe zullen we eerst bekijken welke opvattingen hieromtrent leven bij de mensen die momenteel het abortusbeleid feitelijk bepalen in Nederland, namelijk de Nederlandse artsen: huisartsen en gynaecologen in het bijzonder. Vervolgens zullen we nagaan in hoeverre de beschikbare literatuur uitsluitsel kan geven in deze controverse.

## MENING VAN HUISARTSEN EN GYNAECOLOGEN

Van alle artsen hebben huisartsen en gynaecologen het meest met abortus te maken. Zij worden regelmatig met verzoeken om abortus geconfronteerd. Huisartsen 4 tot 5 maal per jaar en gynaecologen gemiddeld zelfs 55 maal per jaar (1). Hun reactie op die verzoeken is in hoge mate bepalend voor wat er gebeurt. Het is daarom zeer interessant te weten wat hun standpunt in de controverse is. Of zij abortus zien als een maatregel die het geestelijke welzijn van de patiënt meestal ten goede zal komen, of juist als een ingreep die de geestelijke gezondheid bedreigt. Met andere woorden: of zij de factor geestelijke gezondheid hanteren als indicatie of als contra-indicatie voor abortus.

Daarom zijn aan huisartsen zowel als aan gynaecologen een aantal vragen voorgelegd. (3) Deze vragen hadden betrekking op psycho-hygiënische overwegingen bij hun indicatie-stelling en op hun oordeel over de psychische effecten van de ingreep op korte en lange termijn. Deze vragen maakten deel uit van een ruimer onderzoek naar de houding van huisartsen en gynaecologen ten aanzien van abortus, waarover reeds elders is gepubliceerd. (1, 2)

### Tabel 1 aan het einde van dit document

Deze vragen zowel als de antwoorden daarop staan in de tabellen 1 en 2 weergegeven. Tabel 1 geeft de overwegingen bij indicatiestelling, tabel 2 de mening over de gevolgen van abortus. Uit tabel 1 blijkt dan dat bij de indicatiestelling aan het psychisch welzijn van de vrouw een tamelijk groot belang wordt toegekend. "Ernstig gevaar voor de psychische gezondheid", (item c) komt met "verantwoordelijkheid" (item f) op de tweede plaats, na "ernstig gevaar voor

de lichamelijke gezondheid". Aan "niet zeer ernstig gevaar voor de psychische gezondheid" (item d) wordt echter aanmerkelijk minder zwaar getild. Naar verhouding zelfs aanmerkelijk minder dan aan een vergelijkbare bedreiging van de lichamelijke gezondheid. (item b) Ook aan potentiële gevaren voor de geestelijke gezondheid wordt bij de indicatiestelling relatief weinig gewicht toegekend. Typische ziekmakers zoals overbelasting, (item g) ernstige belemmering in uitvoering van eigen levensplan (item j) en deficiënte opvoeding (item k) worden slechts door een minderheid als voldoende indicatie tot het toestaan van abortus beschouwd. Een veel groter aantal respondenten meent dat deze overwegingen nooit reden kunnen zijn om abortus toe te staan. Kennelijk is men alleen dan bereid om de geestelijke ongezondheid zwaar te laten meetellen als zich een overduidelijk ziektebeeld manifesteert. Het inzicht in de achtergronden van geestelijke ongezondheid lijkt beperkt te zijn.

## **Tabel 2 aan het einde van dit document**

Tabel 2 geeft sterker dan tabel 1 een beeld van verdeeldheid. Er wordt zeer verschillend geoordeeld over de vraag welke psychische gevolgen in doorsnee na de ingreep verwacht mogen worden. De antwoordpatronen vertonen duidelijke verschillen naar gelang permissiviteit en ervaring van de respondenten. Artsen die zich in hun indicatiestelling permissief plegen op te stellen, veel van de genoemde indicaties voldoende reden achten om abortus toe te staan, menen dat de ingreep in het doorsnee geval geen bijzondere psychische moeilijkheden met zich brengt, maar voorzien dergelijke problemen wel als de ingreep achterwege blijft. Hun restrictievere collega's geven een veel somberder beeld. Zij benadrukken precies het omgekeerde. Het zelfde verschil is aanwijsbaar voor artsen met veel en weinig praktische ervaring met abortus. Artsen die veel patiënten voor behandeling verwezen hebben, of zelf behandeld hebben, geven een aanmerkelijk rooskleuriger beeld van de psychische reacties op abortus dan hun collega's die weinig of geen patiënten geholpen hebben. Op de achtergronden van deze verschillen ben ik elders reeds uitvoerig ingegaan. (2)

Al met al blijkt er in medische kring dus geen overeenstemming. De controversen die we in het begin van dit artikel signaleerden, is ook hier levensgroot aanwezig.

## **RESULTATEN VAN ONDERZOEK**

Gelukkig beschikken we over meer informatie dan over ervaringen van artsen alleen. Er is ook onderzoek gedaan. Tamelijk veel onderzoek zelfs. Dit onderzoek heeft zich vooral geconcentreerd op de psychische effecten van de ingreep voor de vrouw. Met name op het optreden van onbedoelde psychische bijverschijnselen van abortus. Veel onderzoekers hebben geprobeerd te bewijzen dat abortus een hoogst gevaarlijke ingreep is of hebben getracht die stelling juist te verwerpen. Er is naar verhouding minder aandacht besteed aan de vraag in hoeverre de ingreep positieve effecten heeft voor het geestelijk welzijn van de vrouw. Kennelijk wordt dit als een vanzelfsprekendheid aangenomen. Verder is ook enig onderzoek gedaan naar de gevolgen van het nalaten van abortus. Dit is onderzocht voor zowel de geestelijke gezondheid van de ongewenst zwangere vrouw als voor die van het kind dat als gevolg van de afwijzing van het verzoek dus toch (ongewenst) ter wereld komt.

Er zijn dus vier issues in het onderzoek op dit terrein te onderscheiden: gevolgen van doen, positief en negatief, en gevolgen van nalaten, voor moeder en kind. We zullen de resultaten van het onderzoek op die punten nu zo kort mogelijk samenvatten.

### **1 Onbedoelde negatieve effecten van de ingreep**

Zoals gezegd is er veel onderzoek gedaan op dit punt. Niettemin lijkt maar weinig overeenstemming te zijn bereikt. De resultaten van het onderzoek zijn namelijk sterk tegenstrijdig. Enerzijds zijn er onderzoekers die ernstige schuldgevoelens en depressies aantonen na

behandeling (4) anderzijds zijn er resultaten beschikbaar die erop wijzen dat maar zeer weinig vrouwen moeilijkheden hebben met de ingreep en dat er na abortus niet meer problemen plegen op te treden dan na een bevalling of een kleine operatie. (5) De resultaten van wetenschappelijk onderzoek lijken op dit punt even tegenstrijdig te zijn als de meningen die huisartsen en gynaecologen hierover te kennen gaven.

Toch berust de tegenspraak goeddeels op schijn. De onderzoeken waar het om gaat verschillen op een aantal essentiële punten, en daarin ligt de oorzaak van de tegenspraak. De voornaamste punten van verschil zijn samenstelling van de populatie en bejegening van de onderzoeksobjecten door hun omgeving. Wij zullen deze aspecten afzonderlijk onder de loupe nemen:

#### *samenstelling van de populatie*

De meeste onderzoeken naar psychische gevolgen van abortus zijn verricht in landen waar abortus slechts op indicatie mogelijk was. Om voor abortus in aanmerking te komen moesten vrouwen aan speciale voorwaarden voldoen, waarvan de meest gangbare wel waren, dat zij gekenmerkt moesten zijn door een zwakke geestelijke- of lichamelijke gezondheid. Als gevolg daarvan waren relatief zieke vrouwen natuurlijk oververtegenwoordigd in de onderzoeks-populaties in die landen. Dit effect werd nog eens versterkt doordat het onderzoek naar de psychische verwerking van de ingreep zich heeft geconcentreerd rond psychiatrische klinieken waar uitsluitend op psychiatrische indicatie behandelde abortuspatiënten beschikbaar waren. Het ligt voor de hand dat bij deze vrouwen na de abortus veel problemen geconstateerd werden. Die waren er namelijk vóór de abortus al. En vooral bij de meest problematische vrouwen blijken die problemen ook na de ingreep het sterkst voort te leven. Juist in gevallen waar de indicatie voor abortus een psychiatrische is, blijkt het risico groot dat abortus een traumatiserend effect zal hebben. (6)

Niet bij alle onderzoeken zijn problematische vrouwen overigens oververtegenwoordigd. Er is ook onderzoek gedaan onder vrouwen die zich illegaal lieten aborteren (7) en onder vrouwen die op strikt medische indicatie behandeld zijn (8) of die een spontane abortus hadden. (9) Helaas geven echter ook die onderzoeken een vertekend beeld. Illegale ingrepen vinden plaats in een sfeer van gevaar en verbod, wat ongetwijfeld van invloed zal zijn op de psychische reactie. Bij de op strikt medische indicatie uitgevoerde ingrepen zowel als bij de spontane abortussen zit een onbekend percentage van vrouwen die juist graag een kind hadden willen hebben en het om die reden erg moeilijk met de ingreep hebben. (8)

Er is mij op dit punt geen onderzoeksmateriaal bekend dat volkomen vrij is gebleven van vertekening.

#### *reacties van de omgeving*

Van ander punt van verschil ligt in de omgeving waarin de onderzoeken verricht zijn. Reacties vanuit de omgeving zijn van groot belang voor de psychische verwerking van de ingreep. Afwijzende, beschuldigende reacties hebben soms ernstige twijfels tot gevolg: schuldgevoelens en zelfdeprecieatie.

Op zichzelf is dat niets nieuws. Ook bij allerlei andere gedragingen ziet men die verschijnselen. Aan masturbatie, fietsen op zondag en andere pekelzonden hebben mensen soms even erge trauma's overgehouden. Niet het gedrag als zodanig is daarbij ziekmakend, maar de verkettering door de omgeving ervan. Met abortus is dat niet anders. Er bestaat geen aangeboren afkeer van abortus. Waar abortus niet stelselmatig getaboeëerd wordt, kan men dan ook geen verwerkings-problemen verwachten. In het klein zien we dat in onze eigen samenleving gedemonstreerd. Naarmate vrouwen in hun omgeving meer acceptatie van abortus vinden hebben ze ook minder last van de ingreep. (10)

Veel duidelijker zien we dit zelfde verschijnsel echter gedemonstreerd als we buiten de grenzen

van onze eigen cultuur kijken en ons oriënteren op culturen waar abortus een volstrekt geaccepteerde vorm van geboorteregeling is en waar ook de seksualiteit als zodanig een geaccepteerd verschijnsel is. In deze culturen vindt abortus veelvuldig plaats, maar zijn geen schuldgevoelens of andere psychische trauma's als gevolg van de ingreep aanwijsbaar. (11)

Psychisch letsel is dus geen noodzakelijk gevolg van abortus. Als het toch optreedt komt dat niet omdat abortus als zodanig traumatiserend is, maar doordat het de vrouw wordt aangepreacht; omdat haar omgeving abortus als slecht, gevaarlijk en zondig definieert en zij er niet in slaagt zich daaraan in eigen oordeelsvorming over zichzelf te onttrekken.

In die voor de oordeelsvorming over abortus relevante omgeving spelen kerk, buurt en familie natuurlijk een belangrijke rol. Een even belangrijke rol speelt echter ook de therapeutische omgeving. Het maakt een groot verschil of vrouwen behandeld worden in een sfeer van "eigenlijk mag het niet" of dat de behandeling geschiedt in een gewoon en accepterend klimaat. Dat verschil is ook duidelijk aantoonbaar. Psycho-pathologische reacties op abortus zijn vooral daar aanwijsbaar, waar vrouwen geconfronteerd worden met de verhulde of onverhulde afwijzing door het behandelend personeel. (10) Waar moeilijk gedaan wordt, onzekere procedures aan de besluitvorming vooraf gaan, waar vrouwen moeten aantonen abnormaal te zijn om voor abortus in aanmerking te kunnen komen en waar zij zich steeds voor het ontstaan van de ongewenste zwangerschap moeten excuseren. Geen wonder dat sommige vrouwen daardoor gekneusd raken.

Hiermee wil overigens niet gezegd zijn dat abortus normaliter voor de vrouwen in kwestie geen enkele betekenis zou hebben. Zoals alle belangrijke gebeurtenissen in het leven heeft abortus emotionele consequenties, evenzeer als zwangerschap als zodanig ook emotionele reacties oproept. Het is alleen onjuist om die reacties als een pathologie te zien. Ze zijn gemiddeld niet pathologischer dan de doorsnee reactie op een bevalling. (12)

## **2 Positieve, bedoelde effecten van de ingreep: het therapeutisch effect**

Behalve negatieve- onbedoelde effecten kan abortus ook positieve effecten hebben. Daar wordt het tenslotte voor gedaan. Abortus wordt vaak gehanteerd als therapeutische maatregel; als een middel om vrouwen die het erg moeilijk hebben van een deel van hun problemen te ontlasten, om daarmee hun persoonlijke problematiek tot hanteerbare proporties terug te brengen. Vraag is natuurlijk, in hoeverre abortus daartoe een adequaat middel is. De vraag naar het therapeutisch effect van abortus.

Ten aanzien van deze vraag bestaat een groot verschil van mening. Enerzijds wordt gesteld dat abortus een hoogst effectieve maatregel is, terwijl anderzijds wordt gesteld dat abortus slechts symptoombestrijding is en de werkelijke problemen onopgelost laat. In hun algemeenheid blijken geen van deze beide standpunten juist. Abortus blijkt vaak het beoogde effect te sorteren, maar niet altijd. In alle onderzoekspopulaties zijn vrouwen aanwijsbaar, die achteraf toch weinig baat bij de ingreep blijken te hebben gevonden; zich niet beter voelen en de ingreep betreuen. Deze vrouwen vormen echter een duidelijke minderheid. In veruit de meeste mij bekende onderzoeken blijkt het overgrote deel van de behandelde vrouwen zeer gelukkig met de ingreep en ervaren zij die ingreep ook op langere termijn als een oplossing voor hun problemen. (10)

Een meerderheid maakt echter nog geen conclusie. Een conclusie kan hier pas getrokken worden als er een redelijke verklaring is voor de gevonden verschillen in therapeutisch rendement. Het ligt voor de hand die verklaring ook hier weer te zoeken in de samenstelling van de onderzoekspopulaties.

Het is waarschijnlijk dat het therapeutisch rendement van abortus varieert met de aard van de problemen van de vrouw. Zijn die problemen zeer ernstig en hebben zij weinig te maken met de ongewenste zwangerschap, dan mag men van de ingreep slechts een verlichting verwachten. Is daarentegen sprake van een beperkter probleem dat direct voortvloeit uit de ongewenstheid van

de zwangerschap, dan zal door middel van de ingreep het probleem goeddeels zijn opgelost. Als dat zo is, mag verwacht worden dat het therapeutisch rendement bij de zware psychiatrische indicaties lager zal zijn dan bij de gemiddelde abortuspatiënt. Dit geldt des te sterker omdat bij de op zware psychiatrische indicatie behandelde vrouwen ook meer onvoorziene negatieve bijverschijnselen optreden. (6)

Deze analyse leidt tot de conclusie dat abortus een nuttige therapie kan zijn in gevallen waar de problemen zich concentreren rond de ongewenste zwangerschap als zodanig en dat de zekerheid van succes afneemt, naarmate men abortus hanteert als oplossing problemen die minder daar-mee te maken hebben.

### **3 Gevolgen van het nalaten van abortus**

Bij het vorige punt spraken we over de mate waarin “zieke” vrouwen door middel van abortus “beter” kunnen worden gemaakt: over het therapeutisch effect van abortus. Een andere vraag ten aanzien van hetzelfde object is, in hoeverre door abortus ontstaan en vergroting van psychische problematiek voorkomen kan worden; in hoeverre abortus ook een preventief effect heeft. Op dit punt is weinig onderzoek gedaan. Waarschijnlijk omdat het antwoord zo voor de hand ligt.

Een groot deel van de vrouwen van wie een verzoek om abortus is afgewezen heeft het daar erg moeilijk mee. Die moeilijkheden beperken zich niet tot de periode voor de bevalling. Ook na de geboorte van het ongewenste kind blijkt nog ongeveer de helft van de vrouwen moeite te hebben de afwijzing te verwerken. Ruim éénderde van hen lukt dit ook na enige jaren niet. Een belangrijke minderheid van de afgewezen vrouwen ontwikkelt psychiatrische symptomen van zodanig ernstige aard dat de onderzoekers concluderen dat ten onrechte tegen abortus geadviseerd is (Höök 24%, Pare & Raven 48%) (13).

### **4 Gevolgen van nalaten van abortus voor het kind**

In ongeveer de helft van de gevallen waar een verzoek om abortus is afgewezen wordt tenslotte een kind geboren. Behalve de toestand van de moeder is dan ook de geestelijke gezondheid van het kind in het geding.

Op theoretische gronden mag verondersteld worden dat de gezondheidskansen van ongewenste kinderen klein zijn. Kleiner althans dan die van gewenste kinderen. Acceptatie van een kind door zijn opvoeders is nu eenmaal een belangrijke en tot op zekere hoogte zelfs noodzakelijke voorwaarde voor ontwikkeling tot een gezond, zichzelf accepterend individu. De kans dat een ongewenst kind die noodzakelijke acceptatie krijgt is klein. Ruim éénderde van de vrouwen die na een afgewezen abortusverzoek een kind kregen, bleken niet in staat dat kind voldoende te accepteren; ook niet op langere termijn. (13) Het ligt voor de hand dat dit zich manifesteert in de gezondheidstoestand van hun kinderen.

Deze verwachting is nog slechts éénmaal in een onderzoek getoetst. Zij is daarbij bevestigd. Uit het bekende onderzoek van Forsmann & Thuwe (14) onder kinderen van vrouwen wier verzoek om abortus was afgewezen, bleek duidelijk dat die kinderen op tal van aspecten veel gebrekkiger functioneerden dan kinderen uit een controlegroep.

### **Conclusie**

Abortus kan verschillende gevolgen hebben op de psychische gezondheid: positieve- zo wel als negatieve-. Negatieve effecten zijn geen noodzakelijk gevolg van abortus. Ze kunnen goeddeels voorkomen worden als we ons normaal gedragen jegens vrouwen die abortus willen. Anderzijds zijn duidelijk positieve effecten van abortus aantoonbaar. Middels abortus kunnen psychische moeilijkheden worden opgelost, verzacht of voorkomen. Zeker waar de ongewenstheid van de zwangerschap als zodanig een belangrijk element vormt in de problematiek. Voorts kan door middel van abortus aan veel mensen een ziekmakende ontwikkeling en ongelukkig leven bespaard worden.

Gegeven deze inzichten mag de mental health controverse zo langzamerhand wel als gesloten worden beschouwd. Overwegend negatieve effecten van abortus op de geestelijke gezondheid zijn slechts te verwachten in tamelijk uitzonderlijke situaties. In normale omstandigheden daarentegen kan middels een permissief abortusbeleid een belangrijke bijdrage worden geleverd aan de geestelijke volksgezondheid; op korte- zowel als op langere termijn.

## Noten

- 1) Veenhoven, R. Onderzoek naar frequentie en spreiding van abortus; resultaten en methoden in: *Medisch Contact*, jrg. 27 1972 9, 3 maart, blz. 227-232.
- 2) Veenhoven, R. Houding van huisartsen en gynaecologen ten aanzien van abortus en abortuswet in: *Medisch Contact*, jrg. 27, 1972, 12, 24 maart, blz. 307-317.
- 3) Schriftelijke enquête bij landelijke steekproef van huisartsen en alle leden van de Nederlandse Gynaecologen Vereniging. Response: 72, respectievelijk 33 percent. De vragen hadden betrekking op aantallen verzoeken, verwijzingen, en behandelingen in 1970 alsmede op houding en kennis ten aanzien van abortus.
- 4) zie o.a. Beek, D. Schwangerschaftsunterbrechung und Schuldgefühl; *Schweiz, Med. W. Schr.* vol 94; 1964, blz. 357-368.
- 5) zie o.a. Kummer, J.M. Post-abortion psychiatric illness, a myth; *American Journal of Psychiatry*, vol 119; 1963, blz. 980-983.
- 6) Jansson, B. Mental disorder after abortion; *Acta Psychiatrica Scandinavia*, vol 41; 1965 blz. 84-87.
- 7) zie o.a. Gebhard, P.H. Pomeroy, W.B & Martin, C.E. e.a. *Pregnancy, birth and abortion*; London, 1959.
- 8) Pare, C.M.B. & Raven, H. Follow-up of patients refused for termination of pregnancy, *lancet*, 1970, 28 - 4.
- 9) Simon, N.M. e.a., Psychological factors related to spontaneous and therapeutic abortion; *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*; 1969, blz. 104-106.
- 10) White, R.B. Induced Abortions, A survey of their psychiatric implications and complications; *Texas Rep Biol Med.*; 24:4, 1966.
- 11) Devereux, C.A. *Abortion in primitive societies*; New York, 1955.
- 12) Walter, G.S. Psychology and emotional consequences of elective abortion; *Obstetrics and Gynaecology*, 1970, 36:3.
- 13) Höök, K. Refused abortion; *Acta Psychiatrica Scandinavia*, Pare & Raven o.c. 1963, supplement 168.
- 14) Forsmann, H & Thuwe, I, One hundred and twenty children born after application for therapeutic abortion refused; *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 1966, vol 42; nr. 1, blz. 77-88.

**Tabel 1 -- Door huisartsen en gynaecologen gehanteerde indicaties uitgedrukt in percentages per groep, afgerond in hele getallen**

Vraag: Hieronder volgen enige overwegingen die een rol kunnen spelen bij de beslissing of een verzoek om zwangerschapsonderbreking al dan niet gehonoreerd moet worden. Wilt u door het plaatsen van kruisjes in de daarvoor bestemde hokjes aangeven welke rol deze overwegingen in het afgelopen jaar bij u speelden?									
N (huisartsen) = 216 N (gynaecologen) = 124		voldoende indicatie om abortus toe te staan		alleen in combinatie met andere indicaties reden om abortus toe te staan		nooit reden om abortus toe te staan		geen antwoord	
		ha	gyn.	ha.	gyn.	ha.	gyn.	ha	gyn.
a )	Als voortzetting zwangerschap aanzienlijk gevaar voor het leven van de vrouw met zich meebrengt.	89	85	8	10	5	4		1
b )	Als voortzetting zwangerschap, hoewel geen gevaar voor het leven, dan toch wel een grotere bedreiging van de lichamelijke gezondheid van de vrouw met zich meebrengt dan normaal bij zwangerschap.	48	39	40	46	11	15	1	
c )	Als voortzetting zwangerschap ernstig gevaar voor de psychische gezondheid van de vrouw met zich meebrengt.	74	60	17	19	8	20	1	1
d )	Als voortzetting zwangerschap een zeker, hoewel niet een zeer ernstig gevaar voor de psychische gezondheid van de vrouw met zich meebrengt.	25	18	54	52	20	30	1	
e )	Als een aanzienlijke kans aanwezig is dat het kind misvormd of gehandicapt ter wereld komt.	69	58	18	19	13	20	1	3
f )	Als de vrouw eigenlijk niet verantwoordelijk gesteld kon worden voor het ontstaan van de zwangerschap, bijv. doordat de vrouw ontoerekeningsvatbaar was op het moment van de verwekking of in geval van verkrachting.	74	60	14	23	11	16	1	1
g )	Als de vrouw al een groot gezin heeft en meer kinderen niet gewenst zijn.	24	16	45	42	31	42		
h )	Als de vrouw niet gehuwd is en niet wil huwen met de verwekker.	20	11	39	45	40	44	1	
I )	Als de vrouw niet gehuwd is en niet kan huwen met de verwekker.	16	14	38	43	35	43	1	
j )	Als voortzetting zwangerschap het de vrouw onmogelijk zou maken haar beroep uit te oefenen en zij haar beroep van essentieel belang acht in haar leven.	20	23	34	34	45	43	1	
k )	Als indicaties aanwezig zijn dat de vrouw haar kind niet naar behoren zal kunnen grootbrengen.	21	13	36	43	42	44		
l )	Als de vrouw geen andere overweging aanvoert dan dat zij het kind niet wenst.	8	2	33	25	57	72	1	1



**Tabel 2 -- Meningen van huisartsen en gynaecologen over psychische gevolgen van verrichten of nalaten van abortus in percentages van de populatie en afgerond op hele getallen**

<b>vraag:</b>	<b>Tot slot hebben wij graag uw oordeel over enige punten die in de discussie over abortus in het algemeen veel ter sprake kwamen. Het betreft hier gevolgen van zwangerschapsonderbreking, resp. uitblijven van zwangerschapsonderbreking.</b>			
<b>vraag 1</b>	<i>Psychische gevolgen van verrichten van zwangerschapsonderbreking voor de vrouw</i>			
<b>vraag 1.1</b>	De psychische moeilijkheden die vrouwen ervaren direct na een zwangerschapsonderbreking, zijn in de meeste gevallen groter dan de psychische moeilijkheden die gemiddeld na een normale bevalling plegen voor te komen.			
		huisarts 1) 2)	gynaecoloog 1) 2)	
	juist	35	39	
	meer juist dan onjuist	19	23	
	weet niet	12	15	
	meer onjuist dan juist	19	12	
	onjuist	13	10	
	geen antwoord	2	2	
<b>vraag 1.2</b>	De psychische moeilijkheden die vrouwen direct na een zwangerschapsonderbreking ervaren, zijn in de meeste gevallen groter dan de moeilijkheden die zich voordoen na weigering van een verzoek om abortus.			
		huisarts 1) 2)	gynaecoloog 1) 2)	
	juist	10	9	
	meer juist dan onjuist	6	4	
	weet niet	25	29	
	meer onjuist dan juist	26	22	
	onjuist	32	36	
	geen antwoord	2	1	
<b>vraag 1.3</b>	De psychische moeilijkheden die vrouwen op langere termijn overhouden aan een zwangerschapsonderbreking zijn in het gros van de gevallen groter dan de moeilijkheden op langere termijn die voortvloeien uit het uitblijven van abortus.			
		huisarts 1) 2)	gynaecoloog 1) 2)	
	juist	7	14	
	meer juist dan onjuist	14	11	
	weet niet	29	33	
	meer onjuist dan juist	25	20	
	onjuist	23	22	
	geen antwoord	1	1	
<b>vraag 1.4</b>	De ongewenstheid van zwangerschap is in het merendeel van de gevallen slechts een probleem gedurende de eerste maanden van de graviditeit. Naarmate de zwangerschap verder vordert groeit de acceptatie van het kind, zodat als het kind eenmaal geboren is de problemen goeddeels verdwenen zijn.			
		huisarts 1) 2)	gynaecoloog 1) 2)	
	juist	20	32	
	meer juist dan onjuist	41	34	
	weet niet	5	7	
	meer onjuist dan juist	26	18	
	onjuist	6	9	
	geen antwoord	1	1	
<b>vraag 2</b>	<i>Psychische gevolgen van het uitblijven van zwangerschapsonderbreking voor vrouw en kind</i>			
<b>vraag 2.1</b>	Het uitblijven van zwangerschapsonderbreking brengt in het gros van de gevallen grotere psychische moeilijkheden voor de vrouw met zich mee dan het uitvoeren van zwangerschapsonderbreking.			
		huisartsen 1) 2)	gynaecologen 1) 2)	
	juist	20	26	
	meer juist dan onjuist	31	22	
	weet niet	27	22	
	meer onjuist dan juist	14	19	
	onjuist	7	11	
	geen antwoord	1	1	
<b>vraag 2.2</b>	Kinderen die voortkomen uit ongewenste zwangerschappen ervaren in het gros van de gevallen in hun verdere levensloop grotere psychische en sociale moeilijkheden dan kinderen geboren uit gewenste zwangerschappen.			
		huisartsen 1)	gynaecologen 1) 2)	
	juist	27	27	

	meer juist dan onjuist	35	22	
	weet niet	23	30	
	meer onjuist dan juist	9	11	
	onjuist	4	8	
	geen antwoord	1	2	
vraag 3 <i>Gevolgen van afschaffing van de huidige wetten inzake abortus op langere termijn.</i>				
vraag 3.1 Afschaffing van het abortusverbod zal op den duur een aanmerkelijke vermindering van de vraag om psychische- en sociale hulpverlening met zich meebrengen.				
		huisartsen	gynaecologen 2)	
	juist	10	11	
	meer juist dan onjuist	16	12	
	weet niet	27	27	
	meer onjuist dan juist	23	18	
	onjuist	21	29	
	geen antwoord			
vraag 3.2 Afschaffing van het abortusverbod zal op den duur een verzwakking van het verantwoordelijkheidsbesef met zich meebrengen, hetgeen zich dan ook op andere levensgebieden zal openbaren.				
N (huisartsen) = 216 N (gynaecologen) = 124		huisartsen 1) 2)	gynaecologen 1) 2)	
	juist	26	52	
	meer juist dan onjuist	19	14	
	weet niet	12	10	
	meer onjuist dan juist	20	10	
	onjuist	22	13	
	geen antwoord	1	2	
1) = Beantwoording van deze vraag door de meest permissieve respondenten verschilt significant met van de minst permissieve respondenten. 2) = Beantwoording van deze vraag door de respondenten die veel praktische ervaring met abortus hebben verschilt significant met die van de respondenten die weinig of geen eigen ervaring met abortuspatiënten hebben.				