

HOE GEVAARLIJK IS ABORTUS?

R. VEENHOVEN

Gepubliceerd in: *Nederlandse Gedachten*, 7 februari 1973, vol 29

Drs. R. Veenhoven woont in Harmelen. Hij is verbonden aan de faculteit der Sociale Wetenschappen van de Nederlandse Economische Hogeschool te Rotterdam. Onlangs bood hij het artikel „Hoe gevaarlijk is abortus?” aan de redactie aan. In het kader van de discussie over het vraagstuk van een nieuwe abortuswetgeving besloot de redactie tot plaatsing.

In de discussie over de wenselijkheid van een liberalisering van onze abortuswetten komt vaak het risico bij zwangerschapsonderbreking ter sprake. Vooral tegenstanders van een liberalisering plegen er op te wijzen dat abortus geen ongevaarlijke ingreep is en dat zwangerschapsonderbreking een groot risico op ontstekingen, steriliteit en zelfs dood met zich mee brengt.

In het debat hieromtrent worden sterk verschillende cijfers genoemd. Enige tijd geleden nog betoogden Rotterdamse gynaecologen in een brief aan de Rotterdamse Gemeenteraad dat 1 op iedere 5 geaborteerde vrouwen steriel zou raken terwijl anderzijds de stichting STIMEZO cijfers aandroeg die duiden op een sterilisatierisico van minder dan 5%.

Ook over het risico van psychische complicaties zijn uiterst tegenstrijdige cijfers beschikbaar. In dit artikel een analyse van de achtergrond van deze tegenstrijdigheden.

1. RISICO'S VOOR DE LICHAAMELIJKE GEZONDHEID

Evenals aan alle medische ingrepen is aan abortus een zeker risico verbonden. Als gevolg van abortus kunnen tal van complicaties optreden die soms zelfs de dood tengevolge kunnen hebben. Vraag is natuurlijk hoe groot dit risico van abortus is. Beantwoording van die vraag is echter zo eenvoudig niet. De sterfte- en complicatiecijfers waarover wij beschikken vertonen enorme verschillen. De sterftecijfers variëren van 0.6 tot 41.4 per 100 000 ingrepen. Abortus blijkt in sommige landen veel riskanter dan in andere. Zie onderstaande tabel (1)

Het blijkt dat de morbiditeitscijfers in West-Europese landen aanzienlijk hoger liggen dan in Oost-Europa en Japan. Deze verschillen zijn natuurlijk niet toevallig. Deze landen verschillen op cruciale aspecten.

land	tijdvak	aantal abortussen		aantal doden abs. per 100 000 abortussen
Denemarken	1961/65	21 700	9	41.4
Zweden	1960/66	30 600	12	39.2
Joegoslavië	1960/61	177 499	8	4.5
Japan	1959/65	6 860 000	278	4.1
Tsjecho-Slowakije	1958/64	561 000	12	2.1
Hongarije	1963/64	328 200	2	0.6

Het risicocijfer van abortus wordt bepaald door ondermeer de volgende factoren

Methode van zwangerschapsonderbreking.

Tot enige jaren geleden werd als methode overwegend curettage toegepast. Inmiddels zijn andere methoden ontwikkeld; ondermeer de suctiemethode. Deze suctiemethode, welke tot 12 weken kan worden toegepast heeft een aanmerkelijk kleiner risico dan de klassieke curettage methode. (2)

Als in verschillende landen verschillende behandelingsmethoden gehanteerd worden, verschillende natuurlijk ook de risicocijfers van abortus. De moderne zuigcurettage methode werd in Japan en Oost-Europa eerder op grote schaal toegepast dan in West-Europa. Echter ook al voor deze methode ingang vond bestonden reeds grote verschillen in morbiditeitscijfers. Er spelen dus meer factoren een rol.

Ervaring met abortus

Naarmate er in een land langer en meer geaborteerd wordt hebben de artsen in dat land natuurlijk meer gelegenheid gehad om ervaring op te doen. Ook zal de hulpverlening in dat land waarschijnlijk beter georganiseerd zijn. Dat heeft natuurlijk ook invloed op de risicocijfers. We zien dan ook lage risicocijfers in landen waar de abortuswetten al lang geliberaliseerd zijn en waar veel ingrepen plaats vinden. (3) In landen waar abortus nog maar enige tijd legaal mogelijk is en de praktische voorzieningen nog beperkt zijn, zien we daarentegen relatief hoge complicaties- en sterftcijfers. Engeland is daarvan een voorbeeld.

Acceptatie van abortus

Ook de houding die men in een land inneemt ten aanzien van abortus is van invloed op het praktisch risico van de ingreep. Acceptatie van abortus is een noodzakelijke voorwaarde voor een goede uitvoering van de ingreep.

In landen waar men in wezen afwijzend staat tegenover abortus worden vrouwen vaak geschaad tijdens de behandeling. Niet alleen in hun geestelijke gezondheid, maar ook in hun lichamelijke gezondheid. Zij worden gewoon minder goed behandeld. Het is aantoonbaar dat artsen en verpleegkundigen die afwijzend staan tegenover abortus, abortuspatiënten (half onbewust) links laten liggen. (4) Als mensen handelingen moeten verrichten waar zij eigenlijk niet achter staan doen ze het nu eenmaal vaak slecht. Natuurlijk heeft dit zijn weerslag op de risicocijfers van abortus.

Selectie van patiënten

In West-Europese landen werd tot voor kort (en wordt nog) op indicatie geaborteerd. D.w.z. er moest een reden zijn, liefst gelegen in de geestelijke- of lichamelijke gezondheid van de vrouw. Gevolg van deze regeling is dat de groep vrouwen die behandeld werden in deze landen relatief veel slechter van gezondheid is dan de groep vrouwen die behandeld werd in landen waar abortus op verzoek mogelijk is. Naarmate patiënten zieker zijn voordat ze behandeld worden, stijgt de kans op complicaties, met als gevolg dat in het restrictieve West-Europa de mortaliteit en morbiditeit van abortus hoger ligt dan in de permissievere Oost-Europese landen.

2. RISICO'S VOOR DE GEESTELIJKE GEZONDHEID

Het ligt voor de hand dat abortus ook schadelijke effecten kan hebben voor de geestelijke

gezondheid van de vrouw. Het is tenslotte een hele ingreep die de vrouw niet voor haar plezier laat verrichten. Een ingreep bovendien die belast is met maatschappelijke afkeuring en die strijdig is met het beeld van het vreugdevol moederschap dat iedere vrouw geacht wordt na te streven. Het is dan ook niet verwonderlijk dat veel vrouwen het er moeilijk mee hebben. Onderzoek bevestigt dit. En zijn veel onderzoeken gedaan waarbij lichte en zware **schuldgevoelens** zijn aangetoond na abortus. Zelfs ernstiger psychische problemen die in incidentele gevallen zelfs tot suïcide hebben geleid. (5)

Dat betekent echter niet dat deze psychische problemen een noodzakelijk gevolg van abortus zijn. Abortus is evenmin psychopathogeen als masturbatie of fietsen op zondag. Toch is het bekend dat mensen aan dit soort pekelzonden ook ernstige schuldgevoelens kunnen overhouden. We weten inmiddels echter dat die schuldgevoelens geen inhaerent gevolg zijn van het masturberen of het fietsen, maar van het besef iets te doen dat wordt afgekeurd. Niet het gedrag als zodanig is psychopathogeen maar het oordeel van de omgeving daarover.

Met abortus is dat niet anders. Abortus is voor die ongewenst zwangere vrouwen problematisch die te kampen hebben met openlijke of bedekte afkeuring van abortus vanuit hun omgeving. Het duidelijkst zien we dit als we kijken naar culturen waar abortus een wezenlijk geaccepteerd element in het levenspatroon vormt. In deze culturen vormt abortus het middel bij uitstek tot geboorteregeling en vindt op grote schaal plaats. Schuldgevoelens na abortus zijn daar echt niet aanwijsbaar. (6)

Binnen onze Westerse cultuur blijkt de frequentie van schuldgevoelens, depressies en andere **psychische complicaties te variëren met de volgende factoren.**

Acceptatie van abortus door de vrouw zelf

Vrouwen die geleerd hebben abortus zondig en absoluut verwerpelijk te vinden hebben het uiteraard erg moeilijk als zij toch tot zwangerschapsafbreking moeten besluiten. Bij de meeste godsdienstige vrouwen zien we dan ook het meest schuldgevoelens. (7)

Acceptatie van abortus door de directe sociale omgeving

Hetzelfde geldt voor vrouwen die weten dat abortus door hun ouders, buurt of kerk wordt afgekeurd. Zij hebben het ook extra moeilijk bij verwerking van de ingreep omdat zij er thuis niet gewoon over kunnen praten. (8)

Acceptatie door de therapeutische omgeving

Van bijzonder grote invloed op de verwerking van de ingreep blijkt de houding van het behandelend personeel te zijn. Waar artsen en verpleegsters de vrouw openlijk of bedekt afwijzen treden later psychische complicaties op. De factor is zo belangrijk dat zij het resultaat van verschillende onderzoeken naar de verwerking van abortus door vrouwen op beslissende wijze heeft beïnvloed. (9)

Vrouwen blijken bijzonder kwetsbaar te zijn tijdens de behandeling. Als men zich de situatie van die vrouwen voor ogen haalt, is dat zo merkwaardig ook niet. Zij zijn allen enigszins ambivalent. Hebben moeite gehad met de keuze waartoe zij besloten hebben. Zij zijn daarom extra gevoelig voor oordelen uit hun omgeving. Zeker voor het oordeel van de arts, die zij zien als autoriteit en van wie zij afhankelijk zijn. Voorts verkeren zij fysiek ook in een kwetsbare positie. Bloot op een tafel in een vreemde omgeving met onbekende en verontrustende instrumenten. Vaak zijn zij ook een beetje bang, waardoor hun gevoeligheid voor het oordeel van de arts en de zuster nog eens vergroot wordt. Het is evident dat in een dergelijke situatie een en-

kel verwijt aan sommige vrouwen onevenredig veel pijn kan doen. De norsheid, zakelijkheid, soms zelfs agressie, waarachter veel artsen hun eigen ambivalentie tegenover de ingreep plegen te verbergen, kunnen als zodanig bij van huisuit gevoelige vrouwen tot ernstige verwerkingsproblemen leiden. Dit alles heeft natuurlijk consequenties voor de eisen die aan een medisch verantwoorde behandeling moeten worden gesteld.

Verwerkingsproblemen na abortus zijn dus geen inherente complicatie van de ingreep, maar een uitvloeisel van het abortustaboe. Naarmate dit taboe in betekenis afneemt zullen ook schuldgevoelens en depressies bij geaborteerde vrouwen minder voorkomen.

Een wetswijziging die abortus uit zijn bijzondere positie haalt en binnen de categorie van de normale medische ingrepen brengt is als zodanig een bijdrage tot de geestelijke volksgezondheid. Iedere maatregel die het uitzonderlijke en zondige van abortus benadrukt is vanuit dit gezichtspunt schadelijk.

Bij de huidige ontwikkeling van de abortus hulpverlening in Nederland zal het risico van abortus in de komende jaren waarschijnlijk steeds kleiner worden. Tenzij restrictieve bepalingen worden afgekondigd. Ook het psychologisch risico van abortus zal in de toekomst afnemen. Als we er in slagen de beslissing van vrouwen die abortus verkiezen wezenlijk te respecteren zal dit psychologisch risico zelfs helemaal verdwijnen.

Noten

- 1) Potts, D.M., Abortus en anti-conceptie Congres „Abortion in England today”. NSVH 1971
- 2) Iwukovski, I.N., Complications following Legal Abortions Proc. roy Soc. Med. vol 62 1969 blz. 23-33
- 3) zie o.a. Tietze en Lewis Scientific American vol 1969 januari blz.
- 4) Wolff, J.R., Nielson, P.E. and Schiller, P.J., Therapeutic Abortion; attitudes of medical personal leading to complications in patientcare in: American Journal of Obstetrics and Gynecology Vol
- 5) Veenhoven, R., De mentalheath controverse in de abortus discussie in Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid vol 27 1972 nr. 4
- 6) Devereux, C.A., Abortion in primitive societies, New York 1955
- 7) Walter, G.S., Psychologic and emotional consequences of electieve abortion; Obstetrics and Gynaecology 1970 36:3
- 8) Fabery de Jonge, I. en Vegter., Frankhuizen, H., Abortus Provocatus, een onderzoek naar de ervaringen en gevoelens van 42 geaborteerde vrouwen; NISSO Zeist 1971
- 9) White, R.B., Induced abortions; a survey of their psychiatric implications and complications. Texas Rel., Biol. Med. 24:4 1966

Een reactie in vol 29 nr. 9 3 maart 1973.

Hoe gevaarlijk is abortus?

Nederlandse Gedachten van 17 februari 1973 treft men in het artikel van drs. R. Veenhoven veel deugdelijke informatie aan. Gaarne ik echter willen wijzen op een in het artikel voorkomende onjuistheid, een eenzijdigheid en een indoctrinerende positiekeuze.

Het is onjuist om (in het begin van het artikel) over zwangerschapsonderbreking te spreken; bij abortus wordt een zwangerschap niet onderbroken maar afgebroken en daarmee het voortbestaan van een zich ontwikkelende menselijke vrucht onmogelijk gemaakt.

Het is eenzijdig om slechts over norske, op zakelijke wijze hun werk verrichtende, vanwege hun ambivalentie tegenover abortus (arte) provocatus agressieve artsen en verpleegsters te spreken,

die „abortuspatiënten half onbewust links laten liggen” en niet over artsen die gericht op de commerciële aspecten van de „hulpverlening” hun cliënten nog half bewusteloos „ontslaan”.

Er is sprake van een indoctrinerende positiekeuze als gesteld wordt dat abortus provocatus uit zijn bijzondere positie moet worden gehaald en binnen de categorie van de normale medische ingrepen moet worden gebracht, dat iedere maatregel die het uitzonderlijke en zondige van abortus provocatus benadrukt vanuit dit gezichtspunt schadelijk is en dat het psychologische risico zelfs helemaal verdwijnen zal als we er in slagen de beslissing van vrouwen die abortus verkiezen, wezenlijk te respecteren. Een abortus (arte) provocatus is een zeer bijzondere medische Ingreep omdat daarbij het bestaan van de vrouw en de zich bij haar ontwikkelende menselijke vrucht in het geding zijn. Een abortus (arte) provocatus is (voor velen) een uitzonderlijke ingreep die slechts in een collisie van plichten ten aanzien van de (beschermingswaardige) vrouw en haar (beschermingswaardige) vrucht als uitweg gekozen zal worden. De schrijver maakt zich schuldig aan indoctrinerende positiekeuze als hij op geen enkele wijze het beschermingswaardig zijn van de vrucht in het geding brengt en niet ook in de overwegingen wil betrekken dat „zwangerschap waarachtig toch ook nog wel een belasting waard is”.

Prof. dr. J. Janssens, Amsterdam