SOCIAAL-PSYCHOLOGISCHE ASPECTEN VAN ABORTUS PROVOCATUS

door

F. DEVEN

Stafmedewerker bij het Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudiën te Brussel

SUMMARY – *Social-psychological aspects of induced abortion.* – In order to better understand the phenomenon of induced abortion, some characteristics of the social context are pointed out, such as the feminine and motherhood mystique. It is postulated that a presupposition was at the root of much of the earlier research on the consequences of induced abortion : the expectation that the intervention couldn't be but traumatic, as women went against their „true nature".

After reviewing the features of the literature of the past 30 years, the poor methodological quality of the research – until recently – is illuminated. Although no decisive statement is already possible, one can state with a rather high probability that for most women, a (first trimester) abortion doesn't produce any serious adverse psychological reaction. Some women seem to be more at risk. It is also remembered that other circumstances (surgery, broken relationship, socio-economic situation, ...) may play an important role in the way women react to induced abortion.

A majority of women who are refused abortion also seem to adjust well to their new situation. Indeed, some of them after a (rather long) period of difficulties. Analogous to a performed abortion, there seem to be conditions who make some women more at risk for adverse reaction to a refusal.

After stressing the necessity of interpersonal relationships for the development of the (young) child and the repercussion of non-acceptance for mental health, the scarce research data concerning the consequences for the child whose mothers demand for abortion was refused are reviewed. The main results of the Czech study are especially enumerated.

Further, it is noted that the demand for abortion remains somewhat „special" for most physicians. Research data indicate the impact of a negative attitude of the (para)medical staff on aborted women. Finally, attention is payed to the possibilities as well as to the necessary conditions for counseling women with unwanted pregnancies

De abortuskwestie is (opnieuw) aan de orde in enkele West-Europese landen. In Frankrijk blijkt de toepassing van de wet-Weil nog veel te wensen over te laten. In de Duitse Bondsrepubliek wordt een nieuwe regeling van kracht, nadat het Grondwettelijk Hof een eerder door het Parlement gestemde wetswijziging had verworpen. In Italië werd een referendum en de politieke gevolgen ervan ver-

meden. In Nederland belandde de abortuskwestie alweer in de politieke arena. In België ten slotte werd de kwestie – tot voor kort – nagenoeg volledig van het publieke forum afgevoerd door de oprichting van een Staatscommissie voor de Ethische Problemen.

Ofschoon verscheidene facetten inzake zwangerschapsafbreking belangrijk zijn, bedoelt onderhavige bijdrage alleen in te gaan op de sociaal-psychologische aspecten ervan. Enkele jaren terug werd ter zake een literatuurstudie (1) afgesloten binnen het kader van het CBGS-rapport over abortus provocatus. Mede met het oog op de werkzaamheden van de bovengenoemde Staatscommissie bleek het opmaken van een nieuwe stand van zaken wel relevant.

Hier wordt eerst iets geschetst van de maatschappelijke context waarin het verschijnsel van abortus provocatus dient begrepen te worden. Na de vakliteratuur te hebben doorgelicht op haar methodologische kwaliteit, worden een aantal bevindingen vooropgesteld inzake de psychische reactievorming op een uitgevoerde of een geweigerde zwangerschapsafbreking. Vervolgens wordt enige aandacht besteed aan de rol van het (para)medisch personeel in deze kwestie. Ook wordt stilgestaan bij de rol van psycho-sociale begeleiding ten aanzien van ongewenste zwangerschap. Tot slot wordt nagegaan welke implicaties uit deze gegevens afgeleid kunnen worden.

1. EEN SCHETS VAN DE MAATSCHAPPELIJKE CONTEXT

De vaststelling dat de vraag naar abortus maar concreet voorkomt bij een zwangere vrouw die zegt haar zwangerschap als ongewenst te ervaren, is niet zonder belang. Enerzijds vormt zwangerschap en bevalling, vooral de eerste, voor de vrouw in menig opzicht een ingrijpend gebeuren (2). Het heeft ondermeer een weerslag op haar houding tegenover zichzelf, haar partner, haar moeder en evenzeer op haar toekomstig levenspatroon. Gevoelens van spanning, vreugde, vrees en ambivalentie blijven in de regel kenmerkend voor haar beleving.

(1) F. DEVEN : „Sociaal-psychologische aspecten", in R. L. CLIQUET et al. : *Abortus Provocatus. Een interdisciplinaire studie met betrekking tot beleidsalternatieven in België,* De Nederlandse Boekhandel - De Sikkel, Antwerpen - Utrecht, 1972, blz. 279-315; „Gevolgen voor de vrucht van een geweigerde abortus-aanvraag", in R. L. CLIQUET et al. : *op. cit.,* blz. 371-380.

(2) D. BREEN : *The birth of a first child. Towards an understanding of femininity, Tavistock Publications,* London, 1975.

Anderzijds ontleent het verschijnsel zwangerschap zijn groot belang aan het feit dat het voor de samenleving een hooggewaardeerd en sterk gereguleerd gebeuren betreft. Dit valt mede te begrijpen vanuit het historische feit dat tot voor kort – om de samenleving in stand te houden – een hoge sterfte diende gecompenseerd te worden door een hoge nataliteit, evenzeer door het biologische gegeven dat de menselijke voortplanting niet volledig organisatorisch-hormonaal geregeld wordt. Om een hoge gerealiseerde vruchtbaarheid te waarborgen kwamen normerende voorschriften tot stand zoals : elke zwangerschap vormt een „blijde" gebeurtenis en is de vervulling van de „ware natuur" van de vrouw. Binnen de context van deze door mannen ontworpen „moederschapsmystiek" (1) (2) wordt ondermeer elke gedragsvorm die daar tegen ingaat (zwangerschapsafbreking, geen kinderen willen) als deviant geëtiketteerd (3). Er is ook geen plaats voor gemengde gevoelens, laat staan voor het feit dat een vrouw een bepaalde zwangerschap als ondraaglijk beleeft.

Zowel de hoge potentiële biologische vruchtbaarheid als het normensysteem dat er op geënt is, zijn niet meer aangepast aan de huidige cultuuromstandigheden. De (na)werking ervan op het menselijk gedrag blijft evenwel nog tot uiting komen.

Wat voorafgaat lijkt ons belangrijk om de bedoelde literatuur te kunnen situeren en begrijpen. Het is vrij duidelijk dat een vooronderstelling aan de basis lag (nu soms nog) van heel wat onderzoek naar de psychische gevolgen van zwangerschapsafbreking, met name de *verwachting* dat vrouwen die ingingen tegen hun „ware natuur" moeilijk anders konden dan er een psychisch trauma aan overhouden. Er zijn enkele aanwijzingen om een dergelijke stelling te poneren. In Westerse landen is er, in vergelijking met (Oosteuropese en Aziatische) landen die tot een andere cultuursfeer behoren, zeer veel onderzoek verricht – dat ruime aandacht kreeg – bij vrouwen met een vraag naar

(1) J. E. VEEVERS : „Kinderloosheid als alternatief", in *Intermediair* (*Ned.*), 1975, 10, blz., 27-33.

(2) Hier dient te volstaan met te wijzen op de ondersteunende functie van een dergelijke ideologie voor de sociaal-economische structuur van een samenleving.

(3) Het „etiket" verschilt wel in de loop van de tijd (zondig, tegennatuurlijk, schadelijk, psychopathologisch, egoïstisch) op grond van de professionele groep (clerus, artsen/psychiaters, wetenschapslui, ...) die geacht wordt ter zake de meeste invloed te hebben op de leden van de samenleving. Definiëring en schuldinductie blijven hoe dan ook effectieve wapens.

abortus (1). Verhoudingsgewijs gebeurde er ook veel meer dergelijk onderzoek dan onderzoek naar de psychische moeilijkheden bij zwangerschap en bevalling, de beleving van het afstaan van een kind en de omvang en de kenmerken van kindermishandeling.

De betekenis en de beleving van een gedragsvorm worden in verregaande mate bepaald door de maatschappelijke context waarin deze zich voordoet. Tot op zekere hoogte krijgt men ook het gedrag te zien dat verwacht wordt en waar de omstandigheden (o.a. de geldende waarden en normen) toe aanleiding geven.

2. EEN TERUGBLIK OP DE LITERATUUR

Zowat 30 jaar terug kwam een aantal gegevens beschikbaar die betrekking hadden op de psychische reactievorming op zwangerschapsafbreking. In de periode 1940-1960 hadden de gesystematiseerde onderzoeksresultaten in de regel betrekking op de Scandinavische landen en op Zwitserland.
Voordien waren er wel uitspraken te vinden in de medisch-psychiatrische literatuur die in de regel steunden op klinische rapporten van enkele gevallen. Ook de psychoanalytische theorievorming had stelling genomen. Daaruit bleek dat een zwangerschapsafbreking gepaard ging met ernstige psychische reactievorming. Uitzonderlijk was toen het geluid dat wees op het ten onrechte veralgemenende en vooringenomen karakter van dergelijke uitspraken.

Het degelijk opgezette onderzoek van EKBLAD (2) kan als een soort keerpunt worden beschouwd. Zijn genuanceerde besluiten werden menigmaal aangewend, zowel ter bevestiging als ter ontkenning van een ernstige psychische reactievorming na een abortusingreep. In de Verenigde Staten kwam grondig onderzoek pas echt op gang, mede na de ophefmakende maar nogal voorbarige vooropstelling van

(1) C. MORRISON, R. GREENSPAN & F. MITTELMAN : „The decision making process and the outcome of therapeutic abortion", in *Amer. J. Psychiat.*, 1974, 131 (12), blz. 1332-1337. Het is denkbaar dat er van uit een andere ideologische vernauwing een zekere negatie in plaats van een overgevoeligheid werd ontwikkeld ten aanzien van de potentiële psychische gevolgen van zwangerschapsafbreking, waardoor een kritische reflectie evenzeer wordt tegengewerkt.

(2) M. EKBLAD : „Induced abortion on psychiatric grounds. A follow-up study of 479 women", in *Acta Psychiat. Neurol. Scand.*, 1955, suppl. 99, blz. 1-235.

KUMMER (1) dat een ernstige reactievorming na abortus een mythe was, maar vooral na het kritisch literatuuroverzicht van SIMON & SENTURIA (2). Eén van hun besluiten betrof precies het feit dat sterke persoonlijke opvattingen van de onderzoeker/auteur het meermaals haalden op het belang van de – overigens schaarse en methodologisch zwakke onderzoeksgegevens – vooral op het ogenblik dat besluiten werden vooropgesteld. Ook WALTER (3) kwam tot gelijkaardige conclusies. Beide overzichten hebben ongetwijfeld een impuls gegeven om meer te steunen op goed opgezet en uitgevoerd onderzoek, eerder dan beperkte klinische indrukken te veralgemenen en persoonlijke opvattingen te verwetenschappelijken. Pas later ging de aandacht ook naar de reactievorming van vrouwen van wie de aanvraag tot abortus werd geweigerd.

Veel van de (vooral Amerikaanse en Engelse) onderzoeken kunnen niet losgedacht worden uit de sterk polemische sfeer die toen aan de orde was in die landen. Het bewijzen of weerleggen van wel/geen (ernstige) reactievorming staat herhaaldelijk centraal. Slechts wanneer de maatschappelijke sfeer niet meer zo sterk doortrokken werd van polarisatie, ideologie en wetswijziging, kwam als het ware ruimte vrij voor meer gedifferentieerd onderzoek. Vanaf het begin van de jaren zeventig heeft het onderzoek inderdaad meer betrekking op zaken als de psychodynamiek van een ongewenste zwangerschap, de omstandigheden die bijdragen tot wel/geen ernstige reactievorming (4), factoren die leiden tot uitstel van de aanvraag (5), de invloed van derden op de beleving van de vrouw, de studie van risicogroepen zoals adolescenten (6), het effect van het kader en van psycho-sociale be-

(1) J. KUMMER : „Post-abortion psychiatric illness–a myth ?" in *Amer. J. Psychiatr.*, 1963, 119, blz. 980-983.

(2) N. SIMON & A. SENTURIA : „Psychiatric sequelae of abortion : review of the literature, 1935-1964", in *Arch. Gen. Psychiat.*, 1966, 15, blz. 378-389.

(3) G. WALTER : „Psychologic and emotional consequences of elective abortion", in *Obstet. & Gynec.*, 1970, 36, blz. 482-491.

(4) E. KETTING : *De verwerking van abortus. Een exploratief onderzoek bij gehuwde vrouwen een jaar na de ingreep*, Stimezo, Den Haag, 1976.

(5) M. B. BRACKEN & S. U. KASL : „Delay in seeking induced abortion : a review and theoretical analysis", in *Amer. J. Obstet. Gynec.*, 1975, 121 (7), blz. 1008-1019.

(6) S. L. HATCHER : „The adolescent experience of pregnancy and abortion : a developmental analysis", in *J. Youth & Adolesc.*, 1973, 2 (1), 53-102; C. D. MARTIN : „Psychological problems of abortion for the unwed teenage girl", in *Genetic Psychol. Monographs*, 1973, 88 (1), blz. 23-110.

geleiding (1). Die ontwikkeling in het onderzoek heeft ongetwijfeld mede aanleiding gegeven tot een kwaliteitsverbetering van de betreffende hulpverlening.

3. EEN METHODOLOGISCHE DOORLICHTING

Vooraleer naar de resultaten te kijken, blijft het geboden het nodige voorbehoud te maken inzake de kwaliteit van de bedoelde onderzoekingen. Uit wat voorafgaat blijkt al dat de meeste onderzoeken methodologisch vrij pover zijn opgezet en uitgewerkt. De laatste jaren werd er ter zake vooruitgang geboekt.

Het is belangrijk zich eerst een idee te vormen over de aard van de sociaal-culturele context (2) waarin het onderzoek plaatsvond. Geen enkele reactievorming komt tot stand binnen een sociaal vacuüm. Volstaan mag worden met de vaststelling dat de vergelijkbaarheid zeer moeilijk is, alleen al gezien de belangrijke verschillen qua tijdstip en plaats van de onderzoeken. Anderzijds zijn er verscheidene onderzoekmethodologische aspecten die de bruikbaarheid van de resultaten beperken. Hieronder volgt daarvan een bondige opsomming.

3.1. Het *retrospectieve karakter* van de meeste onderzoeken. Om een uitspraak over iemands reactievorming (bv. ten aanzien van zwangerschapsafbreking) zinvol te maken, is het dwingend zich vóóraf – en bij voorkeur 2 tot 3 keer achteraf – een beeld te vormen over het psychische functioneren van de betrokkene. Zoniet beschikt men slechts over een momentopname die geen weergave kan bieden van de dynamiek en van de verandering. De waarde van het retrospectieve onderzoek wordt nog twijfelachtiger in het geval van een indirecte gegevensverzameling (via vragenlijst, telefonisch, de huisarts). Verder is het tijdsinterval tussen het moment van de ingreep/weigering en het onderzoek, zelfs binnen eenzelfde onderzoek, niet voor alle vrouwen hetzelfde.

Prospectieve studies, vooral op langere termijn, blijven spijtig genoeg vooralsnog schaars. Binnen de context van een wetgeving op

---

(1) A. SCHROEDER-RENDERS & P. SCHNABEL : *Kliniek en kliënt. Een onderzoek naar de ervaringen van Nederlandse vrouwen in abortus-poliklinieken,* Stimezo, Den Haag, 1975.

(2) Wat is het normen- en waardenpatroon en de wetgeving inzake voortplanting, seksualiteit, vruchtbaarheidsregeling, e.d. in het betreffende land ? Wat is de houding van de onderzoekers, van het medisch personeel dat bij de ingreep betrokken is ? Enz.

basis van indicatiestelling, kan evenwel zelfs worden getwijfeld aan de waarde van een dergelijk onderzoek. De dreigende vertekening van het gedragspatroon ingevolge de onzekerheid en de poging om toch in aanmerking te komen, is zeker niet denkbeeldig (1).

2.2. De *vertekende steekproefsamenstelling.* Onderzoek waarbij homogene subgroepen van voldoende omvang met elkaar vergeleken kunnen worden zijn vrij uitzonderlijk. Ingevolge de geldende indicatiestelling (de regel vóór 1970) worden bepaalde groepen van vrouwen oververtegenwoordigd. De meeste steekproeven zijn „gepsychopathologiseerd" en vormen geenszins een weergave van de gemiddelde bevolking. Er treedt eveneens een vertekening op ten gevolge van (zelf)-selectie, bv. alleen die vrouwen worden ondervraagd die zich weer aanmelden bij de nacontrole.

3.3. Het *beperkt aantal variabelen.* Waar een veelheid van sociaal-positionele en sociaal-psychologische variabelen kunnen worden aangewend, nemen de meeste onderzoekers er slechts enkele in beschouwing. Dit contrasteert sterk met de wetenschap dat een complexe veelheid van factoren van invloed kan zijn op de beleving en de verwerking van de betrokkene(n).

3.4. De *terminologische vaagheid en verscheidenheid.* Het centrale begrip „ernstige psychische stoornis" dekt in de verschillende onderzoeken zeker niet eenzelfde lading. Voor alle andere gebruikte begrippen ter aanduiding van een „positieve" of een „matige/ernstige negatieve" reactievorming (2), kan eenzelfde voorbehoud worden gemaakt.

3.5. Ht *ontbreken van een controlegroep.* Bij de zeldzame pogingen om gebruik te maken van een controlegroep, wordt een verschillend criterium gehanteerd (o.a. spontane versus geprovoceerde abortus, toegestane versus geweigerde abortus). Rekening houdend met het complexe geheel van componenten dat aan de orde is in het geval van ongewenste zwangerschap, is het overigens de vraag wat nu precies dient gecontroleerd te worden.

---

(1) B. SARVIS & H. RODMAN : *The abortion controversy,* Columbia Univ. Press, New York, 1973, blz. 155.

(2) Zie o.a. W. BUCK : *Die psychische Verarbeitung des legalen Schwangerschaftsabbrucks. Sammelreferat und Ubersicht über die Weltliteratur,* niet-gepubliceerde Dissertationsentwarf, Hannover, 1976, Tabelle III.

Bij de evaluatie van de reactievorming wordt er verder meestal onvoldoende rekening gehouden met het soort indicatiestelling, de gebruikte techniek (tot zwangerschapsafbreking), de tijdsduur tussen de aanvraag en de ingreep/weigering, de leeftijd van de vrouw en haar pariteit, de zwangerschapsduur, de houding van derden, de toegankelijkheid van de diensten, de kostprijs van de behandeling en met andere gelijktijdige gebeurtenissen (o.a. sterilisatie, verbroken partnerrelatie). Het is een feit dat de psycho-sociale uitgangspositie én de daaropvolgende situationele context niet voor iedere vrouw dezelfde is. Het hoeft geen verder betoog dat degelijk opgezet en uitgewerkt onderzoek ter zake een dwingende noodzaak blijft.

4. REACTIEVORMING BIJ EEN UITGEVOERDE ABORTUSINGREEP

Vooral terwille van de methodologische zwakte van het merendeel van de onderzoekgegevens is het nagenoeg niet mogelijk om reeds een dwingend besluit voorop te stellen. Deze beperkingen en de studie van overzichten (1) die de methodologische kenmerken van de verrichte onderzoeken schematiseren, staven onze overtuiging dat het weinig zinvol is percentages op te sommen, laat staan met elkaar te vergelijken. Niettemin kunnen er met betrekking tot legale (2) zwangerschapsafbreking een aantal vaststellingen worden vooropgesteld, waarover de belangrijkste literatuuroverzichten sedert 1972 (3) het overigens eens zijn.

---

(1) Zie o.a. W. BUCK, *op. cit.*, Tabelle I; E. M. MOORE-CAVAR : *International inventary of information on induced abortion*, Intern. Institute for the Study of Human Reprod. (Colombia Univ.), New York, 1974, blz. 535-542.

(2) Soortgelijke gegevens over illegale zwangerschapsafbreking zijn veel schaarser. Zie I. FABERIJ DE JONGE & H. VEGTER-FRANKHUISEN : *Abortus provocatus - Een onderzoek naar de ervaringen en gevoelens van 42 vrouwen die in 1969 in Nederland geaborteerd werden*, N.I.S.S.O., Zeist, 1971; I. FIGA-TALAMANCA : „Social and psychological factors in the practice of induced abortion as a means of fertility control in an Italian population", in *Genus*, 1971, 27 (1-4), blz. 99-266; L. FREUNDT : „Investigation of woman admitted to hospital with abortion", *Acta Psychiat. Scand.*, 1973, suppl. 242, blz. 1-221; H. N. LEE : *The search for an abortionist*, The Univ. of Chicago Press, Chicago, 1969. Ze leren ons echter veel meer over de besluitvorming, het verloop en de betekenis van een dergelijke ervaring voor de vrouw zelf. Zie F. DEVEN, *op. cit.*, blz. 290-296.

(3) W. BUCK, *op. cit;* H. P. DAVID & H. L. FRIEDMAN : „Psychosocial research in abortion : a transnational perspective", in H. J. OSOFSKY & J. D. OSOFSKY (eds) : *The abortion experience. Psychological and medical impact*, Harper & Row, New York, 1973, 310- 337; C. D. MARTIN, *op. cit.*, blz. 32-61;

Een zwangerschapsafbreking, uitgevoerd onder medisch verantwoorde omstandigheden en bij voorkeur in het eerste trimester, brengt voor de meeste vrouwen geen ernstige verwerkingsproblemen mee. De meeste vrouwen doorstaan deze stressvolle levenssituatie, blijkbaar met gemengde gevoelens maar zonder emotioneel of psychisch disfunctioneren. Vele onderzoeken wijzen er wel op dat – in de regel kortdoorleefde – gevoelens van droefheid en/of schuld nogal gebruikelijk zijn. De intensiteit van dergelijke gevoelens schijnt niet zozeer van de ingreep zelf, dan wel van situationele – en sociaal-positionele kenmerken afhankelijk te zijn.

De recente onderzoekgegevens wijzen meer op gevoelens van opluchting en bevrijding. Een aantal onderzoekers wijzen op het therapeutisch effect van een dergelijke ervaring. Het biedt een aantal vrouwen, mits gepaste opvang en begeleiding, kansen tot persoonlijke groei, zelfinzicht en het mobiliseren van krachten in zichzelf en van mogelijkheden in de omgeving.

Het is (vooralsnog) niet haalbaar om vooraf met zekerheid het procentueel zeer klein aantal vrouwen te onderkennen dat wel ernstige verwerkingsproblemen zal kennen na de zwangerschapsafbreking. Het (recente) onderzoek bevat evenwel aanduidingen om die situaties te onderkennen die een *verhoogde kans* op verwerkingsproblemen meebrengen. De vrouw loopt meer risico wanneer ze :

1° uitgesproken *ambivalent* staat ten aanzien van haar zwangerschap. Er zijn aanwijzingen (1) voor het feit dat het gebruikelijke proces van fantaseren over het komend kind, volledig of gedeeltelijk achterwege blijft bij vrouwen die voor abortus kiezen. Hier stelt zich, voor iedere vrouw afzonderlijk, de vraag naar het tijdstip waarop de

---

E. M. MOORE-CAVAR, *op. cit.*, blz. 530-554, H. J. OSOFSKY, J. D. OSOFSKY & R. RAJAN : „Psychological effects of abortion : with emphasis upon immediate reactions and follow-up", in H. J. OSOFSKY & J. D. OSOFSKY (eds.), *op. cit.*, blz. 188-205; S. SONDERMEIJER & R. VEENHOVEN : *Abortus*, N.I.S.S.O. (Literatuurrapport 7), Zeist, 1972; M. VERVAEKE : *Anticonceptie, ongewenste zwangerschap en abortus provocatus-Literatuurstudie*, niet-gepubliceerde licentiaatsverhandeling, Leuven, 1975. De lezer kan in de overzichten de referenties vinden van de vele onderzoeken die betrekking hebben op de reactievorming op een uitgevoerde of een geweigerde zwangerschapsafbreking. Voor de meest recente literatuur kan men terecht bij gespecialiseerde publikaties zoals de „Abortion Research Notes" en „Tijdok".

(1) E. C. SENAY & S. WEXLER : „Fantasies about the fetus in wanted and unwanted pregnancies" in *J. Youth & Adolesc.*, 1972, 1 (4), blz. 333-337.

biologische realiteit (bevruchting, zwanger zijn) ook een psychische realiteit (het in verwachting zijn van een kind) wordt. Naarmate de vrouw zich psychisch meer en meer investeert in haar zwangerschap, is er een grotere kans op verwerkingsproblemen bij abortus. De kans neemt uiteraard toe naarmate haar zwangerschap vordert (o.a. eerste bewegingen). In dit verband wordt door sommigen gewezen op het grotere psychische risico bij een abortus in het tweede trimester. De aard van de aangewende techniek zou hierbij ook een rol spelen.

2° de ingreep als *opgedrongen* ervaart. Meestal komt dit er op neer dat de vrouw de genomen beslissing niet (volledig) als de hare beschouwt. Dit kan zich vooral voordoen wanneer personen uit de directe omgeving van de vrouw (haar partner en/of ouders) een sterke druk op haar uitoefenen. Ook een ingreep op basis van een medische of een eugenetische indicatie kan zo worden beleefd. Dikwijls gaat het in dit geval om een zwangerschap die gewenst werd.

3° een *tekort aan steun* en/of een *afkeurende houding* ervaart in haar (directe) omgeving. Voor elke stressvolle situatie geldt ongetwijfeld dat ze met meer moeite wordt doorgemaakt, wanneer men er alleen voorstaat. Vooral wanneer de vrouw niet kan praten over haar ervaring, bij voorkeur met iemand die begrip toont. Menig onderzoek heeft gewezen op de zeer belangrijke plaats die de partner en/of de ouders van de vrouw in dit verband innemen. Recente onderzoeksgegevens wijzen ook op de invloed van het behandelend en verzorgend personeel op de reactievorming van de vrouw (cfr. sub 7) en op het belang van begeleiding (cfr. sub 8). Die afkeuring kan ook op een meer algemene wijze tot uitdrukking komen. Men denke aan de wetgeving en aan het standpunt vervat in bepaalde levensbeschouwingen. Niet het gedrag op zich leidt tot problemen, wel de betekenis die de sociale omgeving eraan toekent.

4° over een *geringe psychische draagkracht* beschikt. Hier wordt vooral gedacht aan zogenaamde psychiatrische patiënten of personen met een psychiatrische voorgeschiedenis (vooral postpartum psychose). Hier stelt zich de paradox dat naarmate zwangerschapsafbreking meer aangewezen wordt vanuit psychiatrisch oogpunt, de kans op psychische verwerkingsproblemen ook toeneemt. Niettemin is stilaan gebleken dat ook de meeste van dit soort vrouwen – mits extra begeleiding vóór en na de ingreep – geen verergering in hun psychisch functioneren vertonen. Verder dient rekening te worden gehouden met

het feit dat hun reacties op de bevalling en het grootbrengen van een kind in de regel evenmin probleemloos verloopt.

5° in haar *adolescentieperiode* verkeert. Een zwangerschap vormt gewoonlijk een extra belasting voor de vrouwen die, in een fase van intense verandering op velerlei vlak, op zoek zijn naar zelfstandigheid en een eigen identiteit. Het maakt volgens MARTIN (1) wel een verschil uit in welk stadium van adolescentie de vrouw zich bevindt. Naast het belastende van een ongewenste zwangerschap op zich, komt er voor de zwangere adolescente nog het sociale stigma bij ten gevolge van de combinatie ongehuwd-zijn/coïtus. Bij adolescenten is er ook een verhoogde kans op wat onder 1°, 2° en 3° werd genoemd. Omdat ze in meerder opzicht een risicogroep vormen, worden ze in de gemaakte indeling afzonderlijk vermeld.

Deze vaststellingen hebben slechts een relatieve waarde. Het zijn geen criteria die nauwkeurig kunnen voorspellen welke vrouw op welke wijze zal reageren op een zwangerschapsafbreking. Ze vormen op zich evenmin dwingende tegenindicaties voor abortus. Het is belangrijk dat de begeleider er extra aandacht voor heeft, zodat psychische verwerkingsproblemen kunnen voorkomen worden. Ook hier blijkt een geindividualiseerde benadering het meest aangewezen te zijn.

Verder dient de vraag te worden gesteld in welke mate een eventuele reactievorming het gevolg is van de zwangerschapsafbreking op zich, dan wel bepaald wordt door bovengenoemde en andere factoren die (kunnen) samengaan met de ingreep. Zo verlieze men niet uit het oog dat een zwangerschapsafbreking inherent de volgende twee elementen meebrengt : een veranderde hormonale werking ingevolge het zgn. ontzwangeringsproces die – zoals na een bevalling – een aandeel kan hebben in de verhoogde emotionele labiliteit van de vrouw, en een chirurgische ingreep. Deze omvat een aantal psychologische componenten (o.a. de indringing van het eigen lichaam, onzekerheid over het verloop) die hun sporen kunnen nalaten (2). Zeker

(1) C. D. MARTIN, *op. cit.*.

(2) J. M. COLDEFEY, S. CRAHAY & L. ARNE : „Les lendemains de l'acte chirurgical. Les suites psychologiques et psycho-pathologiques", in *Psycol. Med.*, 1974, 6, blz. 1133-1192; E. J. LANGER, I. L. JANIS & J. A. WOLFER : „Reduction of psychological stress in surgical patients", in *J. Exper. & Soc. Psychol.*, 1975, 11 (2), blz. 155-165.

als de chirurgische ingreep betrekking heeft op de specifiek vrouwelijke organen en/of functies (1).

De zwangerschapsafbreking kan nog samengaan met andere belastende omstandigheden. Men denke aan een verbroken partnerrelatie, zwangerschap ingevolge verkrachting, een gelijktijdige sterilisatie, sociaal-economische problemen, die belastender kunnen zijn dan het beeindigen van een ongewenste zwangerschap op zich. Verder onderzoek zal mogelijk nog aan het licht brengen wat de weerslag is van het vrijkomen uit een sfeer van onwettigheid, sociale afkeuring en isolering op de beleving van een zwangerschapsafbreking.

5. REACTIEVORMING BIJ EEN GEWEIGERDE ABORTUSINGREEP

Naast het klassiek geworden werk van HÖÖK (2), zijn de onderzoeksresultaten ter zake veeleer schaars. Een mogelijke verklaring hiervoor kan gevonden worden in de veel geringere bereidheid van dergelijke vrouwen (cfr. verbittering, vrees voor het bekend worden van een illegale abortus) om mee te werken aan een follow-up studie. De vaststelling blijft dat het betreffende onderzoek zich meestal alleen richt op de uitkomst van de zwangerschap. In de regel dragen zowat 4 op 10 vrouwen – na een weigering – hun zwangerschap toch niet uit. In vroeger (Scandinavisch) onderzoek betrof dit circa twee (op tien) vrouwen. Verder dient rekening gehouden te worden met het feit dat een deel van de vrouwen die de zwangerschap uitdragen, achteraf het kind niet zelf grootbrengt.

De zeer beperkte gegevens wijzen erop dat de meerderheid van vrouwen van wie het verzoek tot abortus werd afgewezen geen ernstige verwerkingsproblemen kent. Die vrouwen passen zich aan, een deel weliswaar pas na verloop van enige jaren, aan hun gewijzigde leefsituatie. Een moeilijk te verwaarlozen minderheid blijft wel ernstige verwerkings- en aanpassingsproblemen kennen. Ook hier dient de vraag te worden gesteld, of deze problemen wel waren ondervangen door de zwangerschapsafbreking alleen, en wat het aandeel is van andere factoren en omstandigheden die zich tussentijds lieten gelden. In het

(1) M. J. DALY : *Psychological impact of surgical procedures on women*, in B. J. SADOCK, H. I. KAPLAN & A. M. FREEDMAN (eds.) : *The sexual experience*, Williams & Wilkins, Baltimore ,1976, blz. 308-313.

(2) K. HÖÖK : „Refused abortion. A follow-up study of 249 women whose applications were refused by the National Board of Health in Sweden", in *Acta Psychiat. Scand.*, 1963, suppl. 168, blz. 1-156.

geval van weigering zou er een *verhoogde kans* op verwerkingsproblemen zijn wanneer :

1° in haar omgeving een *tekort aan (emotionele) steun* is voor de vrouw. Ook hier is de aard van de relatie met haar partner (o.a. verbroken of duidelijk disfunctioneel) zeer betekenisvol. Voor de ongehuwden kan daarnaast ook een negatieve reactie van de ouders (o.a. uit het huis gezet worden) doorslaggevend zijn.

2° een duidelijke en *besluitvaste wens tot abortus niet werd ingewilligd* en de vrouw er niet in slaagde de zwangerschap alsnog (illegaal) te onderbreken. Er vallen in dit verband meer moeilijkheden te verwachten, naarmate deze wens meer steunde op sociale gronden.

3° vooraf *zelfmoordintenties* werden geuit. Hier dient ernstig voorbehoud gemaakt te worden. De aard van vele wetgevingen heeft deze aanduiding immers diepgaand vertekend. Het is waarschijnlijk dat, binnen het kader van een beperkende indicatie-stelling, een dreiging met zelfmoord menig keer wordt aangewend om de beslissende instantie te overtuigen van de ernst van de eigen situatie. Het is redelijk aan te nemen dat de eigenlijke frekwentie van zelfmoord na een geweigerde abortusaanvraag zeer gering is.

Kunnen deze resultaten begrepen worden als een uitdrukking van de grote zorg en de wijsheid waarmee wordt beslist over de aanvraag op basis van een indicatiestelling ? Het bestaan van een groep vrouwen met blijvende problemen alsook het percentage vrouwen dat – na weigering – toch overgaat tot abortus, zijn elementen die deze verklaring twijfelachtig maken. Mogelijk werden de leefomstandigheden van vele vrouwen tussentijds zo verbeterd, dat verder geen belangrijke problemen ontstonden. Of speelde de soms verregaande aanpassingszin van de mens uiteindelijk een doorslaggevende rol ?

6. GEVOLGEN VOOR HET KIND BIJ EEN GEWEIGERDE ABORTUSINGREEP

6.1. *Situering*

Wegens de uitermate grote hulpeloosheid bij de geboorte is verzorging en een warm en aanvaardend klimaat voor het kind een werkelijke levensnoodzaak. Het psychisch proces waarbij een komend kind wordt ingevoegd in de ruimte tussen andere mensen, de prenatale omgang van de ouders met het komend kind worden niet automatisch op gang gebracht door het biologisch proces van de zwangerschap. Een aantal vrouwen verwacht niet meteen een kind, maar stelt dat

er „iets is met de regels" of dat „het" er niet mag komen (1). Anderzijds maken bepaalde motieven waarvoor een kind gewenst wordt, de kans op een harmonische ontwikkeling voor het kind veel geriskeerder.

De betekenis van de moeder voor (de verzorging van) het kind is ongetwijfeld vaak eenzijdig-biologisch geïnterpreteerd en overschat, op basis van het cultuurpatroon waarin we leven. Niettemin zijn de menselijke relaties in de eerste levensjaren zeer belangrijk. Men leert omgaan met mensen, ze staan model voor de latere tussenmenselijke relaties.

6.2. *Niet-aanvaarding en geestelijke gezondheid*

Onderzoek naar de gevolgen voor het kind van de moeder van wie de aanvraag tot abortus werd geweigerd, is gewoonweg schaars. Vooraleer het weinige dat daarover beschikbaar is door te lichten, kan worden nagegaan wat voor een kind de gevolgen zijn van een tekort aan aanvaarding (door één of beide ouders). Bondige literatuuroverzichten ter zake (2) leren dat niet-aanvaarding op verschillende wijzen tot uitdrukking kan komen. Er is uiteraard de fysische kindermishandeling waarvan sommigen zeggen dat ze maar de zichtbare top is van een berg van ongewenstheid. Een tekort aan aanvaarding drukt zich evenzeer uit in gedragsvormen als verwerping, ontwijking, inconsistente bejegening en overbescherming. De schadelijke weerslag daarvan op het zelfbeeld, de intellectuele en affectieve ontwikkeling, het zelfvertrouwen, de zelfstandigheid, de gewetensvorming en het vermogen tot liefhebben van zichzelf en anderen, is bekend.

Dergelijke vaststellingen hebben mede geleid tot de vooropstelling dat een ongewenste zwangerschap in de regel veelzijdige en ongunstige gevolgen zal hebben voor het daaruit voortkomend kind. Er is erg weinig empirisch en prospectief materiaal voorhanden om dit te staven.

Er dient vastgesteld te worden dat het begrip „ongewenst" overigens moeilijk te omschrijven valt. Naast het probleem van het vast-

---

(1) P. Nijs: „Verantwoord ouderschap: op weg naar gelukkig samenleven", in P. Nijs & K. Van den Berghe: *Gezinsplanning, vruchtbaarheid en contraceptie,* Gezinsschool, Brussel, 1974, blz. 1-14.

(2) H. P. David: „Unwanted pregnancies: Costs and alternatives", in C. F. Westoff & R. Jr. Parke (eds.): *Commission on Population and the American Future, Research Reports.* Vol. 1 *Demographic and social aspects of population growth,* 1973, blz. 439-466; B. Sondermeijer & R. Veenhoven, *op. cit.*

leggen van het tijdstip waarop het ongewenst-zijn betrekking heeft, kan het ongewenst zijn van de zwangerschap ook nog betrekking hebben op de situatie waarin de vrouw en/of het kind en/of haar directe omgeving zullen terechtkomen. De beleving van een zwangerschap valt ook moeilijk in zwart-wit termen te denken. Volledige aanvaarding of volledige verwerping lijken meer uitzondering dan regel te zijn. Verder blijven gevoelens vatbaar voor verandering (1). De operationalisering van het begrip heeft wel enig houvast en empirische toegankelijkheid gevonden door het te koppelen aan de vraag tot zwangerschapsafbreking.

6.3. *Onderzoekresultaten*

Tot voor kort beschikte men slechts over één gesystematiseerd onderzoek dat gebruik maakte van een controlegroep (2). Deze Zweedse onderzoekers vonden verscheidene verschillen ten nadele van kinderen die voortkwamen uit zwangerschappen waarvoor de aanvraag tot abortus werd afgewezen. Een recenter Tsjechoslovaaks onderzoek (3) is methodologisch beter. De proef- en controlegroep zijn veel vergelijkbaarder (4) terwijl de meting van – overigens heelwat meer variabelen – veel directer is. Bij de Praagse vrouwen van wie de aanvraag tot abortus tot tweemaal werd geweigerd (periode 1961-1963), droeg 57 % de zwangerschap uit (5). Proefgroep en controlegroep omvatten uiteindelijk beiden 110 meisjes en 110 jongens (6).

---

(1) F. DEVEN, *op. cit.*, blz. 281-286.

(2) H. FORSSMAN & I. THUWE : One hundred and twenty children born after application for therapeutic abortion refused", in *Acta Psychiat. Scand.*, 1966, 42, blz. 71-88.

(3) Z. DYTRICH, Z. MATEJEK, V. SCHOLLER, H. P. DAVID & H. L. FRIEDMAN : „Children born to women denied abortion", in *Family Planning Perspect.*, 1975, 7 (4), blz. 165-171.

(4) De vergelijkbaarheid gaat op voor de leeftijd en het geslacht, voor het beroep van de vader; in iets mindere mate voor de leeftijd van de moeder. De overeenstemming is minder succesvol inzake pariteit (cfr. iets meer 1-kind en meer 3-kinderen gezinnen in de proefgroep) en geboorterang (cfr. in de gezinnen van de proefgroep betreft het meer het 3e kind).

(5) Acht procent van de vrouwen had alsnog een legale abortus, 14 % verklaarde een spontane abortus te hebben gehad, van 11 % was geen dossier bekend in één van de Praagse kraaminrichtingen, terwijl 10 % om andere redenen uit de steekproef verdwenen.

(6) De proefgroep omvatte oorspronkelijk 317 kinderen. Ondermeer ingevolge verhuizen (12 %), adoptie (6 %), overlijden (2 %) en weigering tot interview (2 %) werd het aantal herleid tot 220 kinderen.

Er is door deze selectie een grotere kans dat de proefgroep eigenlijk geen vrouwen omvatte die zich aan het extreme (negatieve) einde situeren op het continuum gewenst/ongewenst.

Tot op de leeftijd van negen jaar zijn over deze kinderen een reeks van fysische, intellectuele, sociale en psychologische gegevens beschikbaar. Wanneer alle gegevens in beschouwing worden genomen, is het duidelijk dat de vele gevonden verschillen – die de onderzoekers niet dramatisch noemen – steeds in het nadeel uitvallen van de proefgroep. Deze kinderen – jongens meer dan meisjes – verkeren in een grotere risicosituatie, vooral inzake hun emotionele en sociale ontwikkeling.

Er is het frekwenter ziek-zijn en opgenomen worden in een ziekenhuis ondanks eenzelfde biologische start in het leven, de zwakkere schoolrapporten (vooral bij moedertaal) ondanks vrijwel gelijkaardige resultaten op intelligentietests, de moeilijker integratie bij en aanvaarding door leeftijdsgenoten, een gezinssituatie die zich kenmerkt door een grotere instabiliteit (o.a. meer grootgebracht worden door derden). Een toegenomen verdedigende instelling ten aanzien van stress en frustratie vormt als het ware de gemeenschappelijke noemer in het gedrag van kinderen uit de studiegroep. Er zijn aanwijzingen dat de gevonden verschillen vooral te wijten zouden zijn aan een kleine subgroep, die mogelijk in omstandigheden verkeert waarin werkelijk ernstige schade wordt toegebracht aan hun persoonsontwikkeling.

Voorts wijzen de gegevens er op dat – over een periode van 9 jaar – een ruime meerderheid van vrouwen een positieve houding is gaan aannemen ten aanzien van het kind. De blijvende negatieve houding van een aantal moeders ten aanzien van hun kind, zou verband houden met de aard van de partnerrelatie, hun eigen psychoseksuele ontwikkeling en leeftijd. Zowel de opvatting „aanvankelijk ongewenst, wel gewenst na de geboorte" als de opvatting „eenmaal ongewenst, blijvend ongewenst" blijken op basis van deze gegevens te veralgemenend te zijn.

7. DE FUNCTIE EN DE INVLOED VAN DE (PARA)MEDICI

7.1. *Situering*

Ofschoon artsen meer en meer geconfronteerd worden met een verscheidenheid van vragen, is de vraag naar abortus voor hen toch in menig opzicht „anders". Het gaat uiteraard in tegen de rolverwachting

die de gemeenschap inzake het artsenberoep heeft uitgebouwd. Het valt ook niet in te passen binnen het medisch-curatieve model van waaruit patiënten worden benaderd.

De vrouw met een verzoek tot zwangerschapsafbreking is immers niet ziek. Ze lijdt eronder ongewenst zwanger te zijn, maar dit is geen klassiek organisch lijden. Haar vraag kan zelfs preventief worden begrepen als een (duidelijk late) poging om „ziek-zijn" te voorkomen. Ongewoon is echter vooral het feit dat de vrouw zelf de diagnose stelt (ongewenst zwanger) en ook de behandeling aanduidt (zwangerschapsafbreking). De arts wordt alleen gevraagd te handelen. Praten kan als tijdverlies, als niet ter zake of als een weigering tot helpen worden ervaren. Meer dan bij welke andere vraag ook heeft de arts hier niet te doen met een geïsoleerde reeks organen. Wel wordt hij geconfronteerd met een menselijke en maatschappelijke problematiek. Relevant zijn hier vooral de gezinssituatie, de woon- en werkomstandigheden, de partnerrelatie en de seksualiteitsbeleving van de betreffende vrouw.

Maar de arts wordt in deze kwestie niet alleen betrokken terwille van zijn technische onmisbaarheid. Door heel wat wetgevingen (op basis van indicatiestelling) wordt hij gepromoveerd tot het geweten van de samenleving. Hem wordt opgedragen uiteindelijk te beslissen – in de plaats van de betrokkene zelf – of een verzoek tot abortus zal worden ingewilligd. Is het zijn technische vaardigheid die hem geschikt(er) maakt om over de concrete leefsituatie van een derde moreel te oordelen ? Deze toegeschoven verantwoordelijkheid lijkt (een deel van) de artsen-psychiaters overigens wel zwaar te vallen. Dit mag blijken uit het zoeken naar een houvast, zoals de vraag naar vastomlijnde indicaties, het opleggen van een bedenktijd, het werken binnen een team of commissie, enzomeer.

7.2. *Onderzoekresultaten*

Het is bekend dat mensen dikwijls iets minder goed doen, wanneer ze daar niet zelf kunnen achter staan. Schaarse onderzoekgegevens (1) wijzen erop dat een afwijzende houding van de arts inzake abortus de kwaliteit van de behandeling duidelijk schaadt. Hetzelfde kan gezegd worden van het verplegend personeel. Dit komt tot uit-

(1) L. JACOBSSON, O. ROMAN & B. VON SCHOULZ : „Attitudes to legal abortion in hospital staff", in *Acta Psychiat. Scand.*, 1974, Suppl. 255, blz. 299-307; J. R. WOLFF, P. NIELSON & P. SCHILLER : „Therapeutic abortion : attitudes of medical personnel leading to complications in patient care", in *Amer. J. Obstet. & Gynec.*, 1971, 110, blz. 730-733.

drukking in ontwijkend gedrag (o.a. laten wachten op verzorging) of bestraffend gedrag (o.a. geen verdoving, een vrouw in of bij de kraamafdeling plaatsen). Naast de grotere kans op verwerkingsproblemen (cfr. sub 4.3.), blijken er zich ook problemen voor te doen bij het verplegend personeel zelf (1). Zelfs verplegend personeel dat principieel en verstandelijk bereid was om te werken met geaborteerde vrouwen, kwam soms – om diverse redenen (2) – toch emotioneel of moreel in moeilijkheden.

Wil men werkelijk hulpverlenend kunnen optreden ten aanzien van vrouwen met een vraag naar abortus, dan is aanvaarding (ook emotioneel !) van zwangerschapsafbreking een basisvoorwaarde. Dit maakt het dwingend dat een groep hulpverleners (artsen, verplegend personeel, begeleiders) geselecteerd worden op basis van vrijwilligheid. Er dient voor gezorgd te worden dat zowel vóór als tijdens de werking in groepsverband kan gesproken worden over : de eigen houding en gevoelens ten aanzien van abortus en seksualiteit, de mogelijke conflicten met de eigen rolopvatting, de manier van werken op de afdeling en de mate waarin men in dit verband bij de besluitvorming betrokken wordt. Ter wille van de vereiste psychische draagkracht, is het ook voor het (para)medisch personeel aangewezen dat de abortus zo vroeg mogelijk plaatsvindt.

8. PSYCHO-SOCIALE BEGELEIDING BIJ ONGEWENSTE ZWANGERSCHAP

In hetgeen volgt bedoelen we een beknopt overzicht te geven van wat in de – overigens recente – literatuur een neerslag vond. Een deel daarvan rekenen we tot onze voornaamste inspiratiebron (3).

---

(1) F. J. Jr. KANE, M. FIELDMAN, S. JAIN & M. A. LIPTON : „Emotional reactions in abortion services personnel", in *Arch. Gen. Psychiat.*, 1973, 28 (3), blz. 409-411; H. D. KIBEL : „Staff reactions to abortion : a psychiatrists view", in *Obstet & Gynec.*, 1972, 39 (1), blz. 128-133; J.F. MCDERMOTT & W.F. CHAR : „Abortion repeal in Hawaii, an unexpected crisis in patient care", in *Amer. J. Orthopsychiat.*, 1971, 41 (4), blz. 620-626.

(2) Bezwaren hebben tegen het (bv. voor- of buitenechtelijk) seksueel gedrag van de vrouw, niet kunnen aanvaarden dat iemand toch zwanger wordt ondanks de bestaande anticonceptiva, de reden(en) waarom een vrouw tot abortus besluit o.a. oppervlakkig vinden, het ervaren van een negatieve reactie van collega's op andere afdelingen.

(3) D. B. BASHAER : „Abortion counseling", in *Family Coordinator*, 1973, 22 (4), blz. 429-435; B. DAUBER, M. ZALAR & P. J. GOLDSTEIN : „Abortion counseling and behavioral change", in *Family Planning Perspect.*, 1972, 4 (2), blz. 23-27; H. MOLINSKI : „Gesprächsführung bei Schwangerschaftkonflikten", in

Aanvankelijk was de begeleiding nagenoeg beperkt tot de opvang en het vragen naar de antecedenten van de vrouw bij haar vraag naar zwangerschapsafbreking. Geleidelijk ging het integraal deel uitmaken van de benadering van vrouwen met een ongewenste zwangerschap (1).

8.1. *De taakomschrijving*

1° Er wordt gesteld dat het essentieel is de vrouw in een ontvangststructuur een niet bedreigende sfeer aan te bieden waar ze openlijk haar gevoelens, wensen en onzekerheden met betrekking tot haar ongewenst zwanger zijn kan exploreren. Zonder te moeten vrezen dat dit tegen haar zal worden gebruikt om haar welke oplossing dan ook te doen „kiezen". Het blijkt belangrijk te zijn dat ruimte geboden wordt voor zelfonderzoek en besluitvorming, ook voor de vrouwen die voor zichzelf al een keuze hebben gemaakt (2). De beslissing dient ontdaan te worden van de eventuele druk van derden of van overhaasting, ofschoon de tijd dringt willen alle opties gelijkwaardig beschikbaar blijven.

Hogergenoemde auteurs vinden het ook belangrijk dat de vrouw kan nagaan wat *elk* alternatief gevoelsmatig voor haar betekent : overgaan tot zwangerschapsafbreking of de zwangerschap uitdragen, wat kàn leiden tot onbedoelde gezinsuitbreiding of een gedwongen huwelijk of tot ongehuwd moederschap of tot het afstaan van het kind voor adoptie. Een vrouw die bv. niets anders wil of durft bedenken dan abortus neemt een onvolkomen beslissing. Slechts vanuit een reëel afwegen van de verschillende mogelijkheden, kan de vrouw komen tot een bewust kiezen voor de oplossing waar ze zelf het meest achter staat.

Deutsches Aertzteblatt, 1975, 46, blz. 3183-3186; L. POTTS : „Counseling women with unwanted pregnancies,", in F. HASELKORN (ed.) : *Family Planning. Readings and case materials,* Council on Social Work Education, New York, 1971, blz. 267-280 : M. SIMMS : „What can abortion counseling achieve ?", in *Abortion Research Notes,* 1973, November, suppl. 7; STIMEZO : *Kwaliteit van de abotushulpverlening. Meningen uit de praktijk,* Verslag van een studiemiddag, Stimezo, Den Haag, 1975.

(1) In de literatuur wordt de term „abortion counseling" vaak gebruikt. We hebben daar bezwaar tegen omdat het – potentieel – de uitdrukking vormt van een beperkende en vooringenomen houding.

(2) Het instellen van een verplichte bedenktijd na een eerste gesprek is – zeker voor deze groep vrouwen – een psychisch belastende regeling. Ook hier dient de mogelijkheid te bestaan tot een geïndividualiseerde benadering.

Verder blijkt het belangrijk te zijn dat de vrouw een positief gevoel overhoudt aan haar keuze. Dit zal des te meer het geval zijn naarmate het om haar eigen beslissing gaat waarvan ze weet deze niet ondoordacht en overhaast te hebben genomen. Het betekent niet noodzakelijkerwijs dat de vrouw blij is met haar beslissing. Eerder gaat het om het aanvaarden van een – soms pijnlijke – situatie, waarbij ze beseft zo eerlijk mogelijk met zichzelf te hebben gehandeld.

2° Gesteld wordt dat het ook essentieel is dat de vrouw weet waar ze aan toe is en ervaart dat de (bij voorkeur vrouwelijke) begeleider haar daadwerkelijk zal helpen bij het ten uitvoer brengen van haar keuze. Onder meer door concrete informatie over personen/organisaties waar ze terecht kan voor prenatale begeleiding of adoptie of zwangerschapsafbreking, materiële en/of financiële hulp, e.d.

Voorts blijkt het nodig te zijn dat de vrouw weet dat de begeleider ter beschikking blijft, zeker wanneer er zich moeilijkheden zouden voordoen in het contact met de personen/organisaties waarnaar ze verwezen wordt. Maar ook later, om desgewenst haar gevoelens bespreekbaar te maken hetzij over de beleving van de ingreep, hetzij over de betekenis een kind af te staan nu de bevalling nadert, hetzij over de eigen reactie op de eerste contacten met haar kind.

3° Er wordt ook gewezen op het bieden van de mogelijkheid voor de vrouw (en haar partner) om tot een inzicht te komen in het waarom van haar ongewenste zwangerschap. Vaak wordt vastgesteld dat de ongewenste zwangerschap de uitdrukking vormt van een leefsituatie die problematisch is. Al was het alleen maar inzake het gebruik van effectieve anticonceptie. De vraag van de vrouw is dikwijls veel meer hoe ze uit deze klemsituatie komt, die nog acuter geworden is door deze ongewenste zwangerschap. Dit eerste contact kan een aanzet worden tot een verandering, bv. in een relatieproblematiek. Mogelijk dient voor verdere begeleiding verwezen te worden.

4° Uiteraard wordt ook de noodzaak onderstreept om de vrouw en haar partner te motiveren om ongewenste zwangerschappen te voorkomen. De situatie waarin de vrouw zich bevindt verhoogt ongetwijfeld (tijdelijk) haar belangstelling voor effectieve anticonceptie. De kans is des te gunstiger naarmate de vrouw ervaren heeft dat de hulpverlening wezenlijk erop gericht is haar te helpen in haar huidige noodsituatie. Het gesprek over anticonceptie is pas zinvol *nadat* de vrouw een oplossing heeft gevonden voor haar ongewenste zwangerschap. Zolang ze nog onzeker is over de afloop, is er geen optimale

basis voorhanden voor een gesprek waarin haar gevraagd wordt open te staan voor latere problemen. Enige tijd na de ingreep of na haar bevalling is de vrouw opnieuw in staat plannen te maken.

De begeleider kan geen vrede nemen met de verzekering van de vrouw (en haar partner) dat ze in de toekomst wel wijzer zullen zijn. Wijsheid is geen anticonceptivum (1). Een voorbehoedsmiddel voorschrijven biedt evenmin voldoende waarborg, zelfs al wordt het met dank aangenomen. Anticonceptie is immers veel meer dan een technische aangelegenheid (2). Wil een ongewenste zwangerschap achterwege blijven, dan is het noodzakelijk met de vrouw en haar partner de houding en de gevoelens te exploreren, tegenover seksualiteit en welbepaalde anticonceptiva, en bovendien de kinderwens en de partnerrelatie te bespreken. Anticonceptiegebruik is moeilijker dan velen denken (3).

Tegelijk kan de vrouw gewezen worden op het belang om verder contact te houden met het oog op de nacontrole na de ingreep of een degelijke prenatale begeleiding. Hier stelt zich ook de vraag naar de relatie van de vrouw met haar (huis)arts.

8.2. *De vereisten*

De meeste van de eerdergenoemde auteurs vestigen ook de aandacht op het feit dat dit alles het een en ander vereist van de begeleider. Vooral POTTS (4) komt het essentieel voor :

1° centraal gericht te zijn op de noden en de belangen van de betreffende vrouw en niet op die van haar partner, de ouders of de gemeenschap. Dit wordt in concreto niet door de begeleider alleen bepaald (cfr. sub 8.3);

2° grondig en uptodate geïnformeerd te zijn over de verschillende oplossingen ten aanzien van ongewenste zwangerschap. Het beschikken over diverse adressen volstaat niet. Het is noodzakelijk dat de begeleider persoonlijk kennis heeft van en contact met de personen/organisaties waarnaar hij de vrouw verwijst. Hij dient weet te hebben bij wie de vrouw zal terechtkomen, welke de sfeer en de werkregeling (voor-

(1) G. W. VAN SCHAIK-SCHEFFER : *Poliklinische abortus. Een vorm van hulp aan ongewenst zwangeren,* Stimezo, Den Haag, 1975.

(2) P. NIJS, *op. cit.*.

(3) I. FABERIJ DE JONGE, J. R. HARMSEN, L. CYRUS-GOOSWIT & B. S. WITTE : *Anticonceptiegedrag in Nederland, N.I.S.S.O.,* Zeist, 1976.

(4) L. POTTS, *op. cit.*.

waarden, eventuele wachttijden) is. Hij dient ook, op een aan de vrouw aangepaste wijze, haar te kunnen inlichten, bv. over de aard en het verloop van de ingreep;

3° ruime aandacht op te brengen voor de vrouw en haar eigen situatie, alsook gericht te zijn op haar eigen vragen, angst en wantrouwen;

4° ideologisch en emotioneel open te staan voor de verschillende oplossingen. Waar oogkleppen zijn, vallen meer moeilijkheden te verwachten. Een begeleider die vooringenomen is ten aanzien van één van de mogelijkheden, of die in de loop van het contact betrokken geraakt op een bepaalde oplossing, verliest zijn waarde als begeleider (voor de betreffende vrouw). Zijn gerichtheid wordt dan verlegd van de vrouw naar de uitkomst. Naast de eigenschappen en vaardigheden die belangrijk zijn om te kunnen begeleiden, is het dus wenselijk voor dit soort werk personen te kiezen die open en aanvaardend staan tegenover de verschillende mogelijkheden én ten aanzien van seksualiteit.

8.3. *De indicatiestelling*

Of de begeleider zich zo zal kunnen opstellen ten overstaan van de vrouw, wordt in belangrijke mate bepaald door de rol die de samenleving hem in dit verband toebedeelt. Misschien is de begeleider tegelijk beslissende instantie (cfr. arts). Misschien heeft de begeleider vooral als taak gegevens bijeen te brengen die iemand anders in staat moet stellen te beslissen.

Bij vrouwen die voor zichzelf reeds geopteerd hebben voor zwangerschapsafbreking, wordt vaak vastgesteld dat het gesprek voor hen in functie komt te staan van het gerealiseerd krijgen van de eigen optie. Zeker wanner ze weet hebben dat de beslissing over de uitkomst van de ongewenste zwangerschap niet bij henzelf ligt. De kans neemt dan toe dat vooral datgene beklemtoond wordt wat haar kansen begunstigt, terwijl die elementen niet uitgesproken of zelfs alsnog overwogen worden die het toestaan van een abortus in het gedrang zouden kunnen brengen. Het soort begeleiding waarvan de kenmerken geschetst werden onder 8.1., wordt aldus op de helling gezet.

De weerslag van de buitenlandse praktijkervaring met beperkende indicatiestelling is bekend. Een dergelijke werkwijze kan aanleiding geven tot onzekerheid, tot gevoelens van abnormaliteit en schuld, het etaleren van symptomen, argumenteren, tribunaalsfeer, schijnhouvasten, willekeur, verbittering, het zich alléén voelen op een kritisch levens-

moment. Het in overweging nemen van psychologische en sociale indicaties (1) vestigde mede de aandacht op het feit dat alleen een geglobaliseerde en geïndividualiseerde benadering in overeenstemming is te brengen met de menselijke realiteit.

Uit wat voorafgaat volgt concreet dat het wezenlijk is om na te gaan of de betreffende vrouw kennis heeft van alle elementen inzake haar actuele probleemsituatie, en deze (samen met haar partner) – onoverhaast – kan overwegen. Desgevallend zorgt de begeleider voor aanvullende informatie. Op deze basis dient elke vrouw tot een eigen, doordachte beslissing te kunnen komen én in de mogelijkheid gesteld te worden deze in verantwoorde omstandigheden te realiseren. Vaak wordt in de literatuur vastgesteld dat dit de meest aangewezen en vol te houden benadering vormt ten aanzien van vrouwen die naar een oplossing zoeken voor hun ongewenste zwangerschap.

Het behoort overigens tot de verworven inzichten dat in een begeleidingsrelatie, het recht maar ook de last van de besluitvorming alleen door de cliënt zelf kan worden gedragen, hoe verward of besluiteloos iemand zich op een bepaald moment ook moge voelen. Benaderd te worden als een persoon die verantwoordelijk is voor zichzelf, ertoe gebracht worden zelf te beslissen over wat er met jezelf gebeurt, is een ervaring die een belangrijke kans tot leren en groei inhoudt. Behoorlijk veel mensen, vooral vrouwen, worden in onze samenleving zelden in de gelegenheid gesteld iets belangrijks voor zichzelf te beslissen. Dit vormt nochtans een belangrijk element van volwassenwording en geestelijke gezondheid.

9. SLOTBESCHOUWINGEN

9.1. Een zwangerschapswens, laat staan het feit van zwanger te zijn, kan niet steeds gelijkgesteld worden met de bereidheid en/of geschiktheid tot het ouderschap.

9.2. Al te lang heeft men de meeste vrouwen belet hun biologische vruchtbaarheid af te stemmen op eigen draagkracht en voorkeur. Daardoor was moederschap voor vele vrouwen dikwijls meer plicht dan voorrecht.

---

(1) N. SIMON : „Psychological and emotional indications for therapeutic abortion", in *Seminars in Psychiat.*, 1970, 2 (3), blz. 283-301; G. VAN DEN BOGAERT : „Psycho-sociale indicaties", in R. L. CLIQUET et al., *op. cit.*, blz. 243-260.

9.3. Het mag duidelijk zijn dat er waarschijnlijk geen psychologisch pijnloze manier bestaat om een situatie van ongewenste zwangerschap tegemoet te treden. Welke oplossing ook wordt gekozen, in de regel onstaan er problemen voor de vrouw zelf, voor haar directe omgeving en voor de gemeenschap in het algemeen.

9.4. Het voorkómen van ongewenste zwangerschappen en ongewenst ouderschap kan een wezenlijke bijdrage leveren tot de preventie van stoornissen in de psycho-sociale ontwikkeling van mensen.

Een gewenste conceptie vormt geen sluitende waarborg dat het komend kind gewenst zal zijn. Evenmin vormt de gewenstheid van een kind een voldoende basis voor een optimale ontwikkeling. Gewenstheid vormt beslist een betere start in het leven, dan ongewenstheid.

9.5. Ongewenste zwangerschap en abortus werden tot nog toe te zeer benaderd op basis van ethische, politiek-demografische en medisch-technische overwegingen. Daardoor werd al te dikwijls voorbijgegaan aan de noodsitutatie en het psychisch welzijn van de betrokken vrouwen en hun partner.

9.6. Om een kwalitatief goede hulpverlening tot stand te brengen, is het ondermeer nodig – vooraf – een voldoende aantal mensen technisch én psychologisch grondig op hun taak voor te bereiden.