

DE INDICATIESTELLING VOOR ABORTUS  
PROVOCATUS

Als anesthesist werd ik onverhoeds geconfronteerd met de ingrijpende wijziging in de eisen, die in de klinische les van collega LADEE (1969) aan de artsen gesteld worden. Zij worden verplicht bij elke, zeer ongewenste, ontoelaatbaar geachte zwangerschap, een artificiële abortus in overweging te nemen. Weigeren zij, dan wordt hun gevraagd alle maatschappelijke hulp te mobiliseren, die onze samenleving kan opbrengen. De vraag blijft open, in hoeverre zij daaraan kunnen voldoen.

Tot voor kort werd van de artsen alléén deze weigering verwacht. Nu is het anders. De zwangerschap kan worden opgeheven. Tot twee maal toe heb ik nu narcose gegeven bij een vrouw die 3 à 4 maanden zwanger was, en bij wie een artificiële abortus werd verricht. Het is voor de gynaecoloog, de verpleegsters en voor mij een zeer onaangenaam en verontrustend werk geweest. Er was een overtuigend protocol aan ons voorgelegd. En toch voelden wij, dat wij mensonterend werk deden, waarbij wij ons op niemand konden beroepen.

Als eerste reactie heb ik een protestbrief gestuurd aan collega LADEE. Tegelijkertijd nam ik mij voor, commentaar te leveren op de klinische les. Het is niet gemakkelijk in het krijt te treden tegen collega's wier scholing en werkkring zoveel anders zijn dan de mijne. Toch kom ik daar niet onder uit, al weet ik dat ik het zal verliezen, nu, en in de toekomst nog meer.

De abortus provocatus smeulde aan de zelfkant van de samenleving en was taboe voor de arts en voor het merendeel van de bevolking. Nu verdraagt die zelfde arts deze ondergrondse activiteit niet meer en treedt op als helper in de nood. Het is altijd veiliger de raad in te winnen van een goede dokter. De bezorgdheid voor de ingreep en de onrust van het hart worden op hem overgedragen. Met de arts gaat ook de bevolking overstag. De stroom van aanvragen zal toenemen. Zij die voorheen de illegale weg bewandelden, vinden nu een toevlucht, en alle anderen, die tot nu toe een ontoelaatbaar geachte zwangerschap met de moed der wanhoop vieldroegen. De kans is groot, dat de artsen door de knieën gaan en het advies „geen abortus” niet meer kunnen en durven geven, omdat zij niet bij machte zijn, dit advies met een toereikende begeleiding waar te maken.

Heel simpel gezegd — het hek is van de dam — en de weg is vrij voor ingreep, die van de gynaecologische operatiekamer een slagveld maakt. Het verwondert mij, dat er tot nu toe alleen door collega SCHMIDT (1969) commentaar is geleverd op de klinische les. De volgende vragen komen bij mij op:

Is het mogelijk, dat een groep, zoals die van Prof. LADEE, zich uitsluitend gaat verdiepen in een onderzoek over het lot van gezinnen, van moeders en van kinderen, voor wie 10 tot 30 jaar geleden een abortus provocatus volgens de in de klinische les gegeven voorbeelden wenselijk geweest zou zijn?

Is het struisvogelpolitiek, de hoop uit te spreken, dat mens en maatschappij over een groot incasseringsvermogen beschikken en dat onoverkomelijke moeilijkheden op den duur toch overwonnen worden?

Literatuur: LADEE, G. A. (1969) *Ned. T. Geneesk.* 113, 641.  
— SCHMIDT, A. L. C. (1969) *Ned. T. Geneesk.* 113, 997.

Barendrecht, 8 juni 1969

W. HEKMAN

Aan de éne kant kan ik de hartekreet van collega HEKMAN volledig aanvoelen en ben ik dankbaar voor een dergelijke reactie. Aan de andere kant ben ik van mening, dat men de zeer straffe houding van vroeger niet meer kan volhouden.

Het schrijven van collega HEKMAN overtuigt mij er nog meer van dat elke gynaecoloog ervoor moet zorgen, dergelijke patiënten te kunnen opvangen. In elk ziekenhuis zullen het weer anderen zijn, die gezamenlijk een oordeel over de te volgen gedragslijn opbouwen. Wederom blijkt dat een rapport van buitenstaanders — hoe uitvoerig en deskundig dit ook is — niet voldoende is voor een bevredigende gang van zaken. Bij dergelijke moeilijke beslissingen is het nodig dat een ieder die zich er verantwoordelijk voor voelt, vanaf den beginnen bij de meningsvorming wordt betrokken.

Rotterdam, 23 juni 1969

A. L. C. SCHMIDT

De brief van collega HEKMAN is mij uit het hart gegrepen. Met hem ben ik het eens dat het (doen) uitvoeren van een abortus provocatus voor ons medici een mensonterende zaak is. En toch heb ik nimmer wroeging, laat staan spijt, over die gevallen waarin ik mede-geadviseerd heb tot opheffen van een ontoelaatbaar geachte graviditeit. Daarentegen word ik dikwijls tot het uiterste geroerd door de ellende, die ik meebeleeft met een aantal meisjes met één of meer onechte kinderen, die ik poog te helpen op hun moeilijke maatschappelijke weg. Onze maatschappij is voor hen zo ontstellend wreed. Heel dikwijls heb ik wroeging indertijd niet wat meer te hebben „doorgeduwd” in de richting van de maatschappelijk gemakkelijkste weg, die via de gynaecologische operatiekamer loopt. Zeer bedroevend zijn ook de gevallen waarin ongewenste graviditeit ontstaat bij het voorhanden zijn van voldoende en gevarieerde anticonceptionele mogelijkheden, overwegend door het bestaan van remmingen en angsten bij de betrokkenen om de medicus advies te vragen of de middelen te gebruiken. Dan is het om allerlei redenen niet gelukt een vertrouwensbasis te scheppen.

Vooraf met de laatste vraag van HEKMAN ben ik blij. Is het te veel gevraagd van onze maatschappij, ongehuwde moeders en hun kinderen als volwaardige mensen te accepteren? En kan het zijn spoedig? Er zijn er zo veel en zij hebben het zo nodig.

Rotterdam, 25 juni 1969

J. KARBAAT

Collega HEKMAN stuurde mij, zoals hij vermeldt, een protestbrief naar aanleiding van een meisje bij wie hij als anesthesist fungeerde ten behoeve van een abortus artificialis. Deze door sterke emoties geïnspireerde exclamatie heb ik reeds persoonlijk kunnen beantwoorden, doch intussen stuurde collega HEKMAN reeds het hierboven afgedrukte stuk aan de Redactie toe ter plaatsing in dit *Tijdschrift*.

Deze in zeer veel rustiger toon gehouden reactie bevat niettemin nog enige zinswendingen die een emotioneel beladen verontwaardiging verraden, waarbij slechts één aspect van de tragiek van het probleem rondom onaanvaardbare zwangerschap en de daaruit resulterende consequentie van het afbreken daarvan wordt behandeld. Het andere aspect van de tragiek, de ontwrichting van een labiel milieu, de dreigende decompensatie, scheefgroei of mutilatie van de ontwikkeling van een nog geheel onrijpe persoon of relatie door een onaanvaardbaar embryonaal leven dat ook nog een onvolwaardige ontwikkelingskans heeft, dit alles is minder direct en concreet, maar minstens even mensonterend indien wij toestaan het zich te laten voltrekken.

Het is opvallend dat men overeenkomstige emotioneel gekleurde uitingen niet of slechts hoogst zelden tegenkomt

bij allerhande andere (chirurgische) ingrepen, inclusief die welke slechts hoogst discutabele therapeutische en vrijwel alleen diagnostisch-wetenschappelijke betekenis hebben of waarbij het om louter cosmetische doeleinden gaat, om van orgaantransplantaties zónder „integraal-geneeskundige” diagnostiek en evaluatie maar te zwijgen. Inderdaad zullen zij, die krampachtig pogen vast te houden aan verouderde en niet meer functionele taboes, het verliezen. Taboes zijn in ambivalentie gewortelde verboden die voornamelijk functioneren in het systeem van een gesloten samenleving, waarin geen of weinig gedragsalternatieven worden geduld; het dient ter handhaving van bestaande verhoudingen en staat het zich ontwikkelen van gedragspatronen in de weg. Het taboe laat geen toetsing toe op juistheid of rationaliteit (zie: FORTMANN en VAN PEYPE 1969).

Nogmaals wil ik er de nadruk op leggen dat ook naar mijn mening het artificieel afbreken van een zwangerschap een ernstige medische ingreep is of kan zijn, niet alleen in somatisch, maar ook in psychisch opzicht. Evenzeer is afwijzing van een artificiële abortus een minstens even grote medische ingreep bij een zwangere die daarom dringend vraagt en bij wie na intensief multidisciplinair onderzoek en adequate tegemoetreding van de zwangere en haar milieu, nadelige gevolgen van een interruptie evident minder zijn dan de te voorziene nadelen bij voortgaan van de zwangerschap, ook al zóu men voor goede sociale en psychische begeleiding kunnen zorgdragen.

Dit brengt mij tot de door collega HEKMAN gestelde vragen. De eerste vraag betreft eventuele gevolgen voor gezinnen, en kinderen van moeders bij wie geen zwangerschapsonderbreking overeenkomstig bv. door ons team gehanteerde maatstaven heeft plaatsgevonden. Welnu, deze gevolgen zien wij vrijwel dagelijks. De kansen voor een psychisch relatief gezonde ontwikkeling en ontplooiing, voor een gezonde wijze van relatievorming en voor de mogelijkheid om een bevredigend leven en gezond gezinsleven op te bouwen, zijn bij apert ongewenste kinderen vele malen kleiner dan ceteris paribus bij gewenste kinderen. Slechts een gering deel van de vrouwen die een zwangerschap in het begin ervan onomwonden afwijzen, staat vanaf enige tijd na de geboorte positief ten opzichte van het kind, al lijkt de éérste reactie na de geboorte en zelfs nog enkele weken daarna wel positief te zijn (in welke fase de obstetricus vaak meent er tevreden mee te kunnen zijn dat een ongewenste zwangerschap toch is uitgedragen). Voorts is het deel dat na (uitvoerig gemotiveerde) afwijzing op een verzoek tot abortus, elders tot abortus (criminalis) komt, niet gering (in verschillende onderzoeken variërend van 15 tot 75 pct), terwijl de weg tot psychosociale hulp of begeleiding dan (goedgevoel) versperd is. Afstand doen van het kind na eventuele geboorte wordt vrijwel zonder uitzondering (behalve soms bij de psychisch meest gestoorden) krachtig van de hand gewezen. Voorts weten allen die in de kinderbescherming werkzaam zijn, hoe problematisch de ontwikkelingskansen zijn van afstands- en inrichtingskinderen, zelfs ook van het gros van hen die het geluk hebben in een (goed) pleeggezin terecht te komen.

Er bestaan wel enige systematische onderzoeken in de zin zoals collega HEKMAN bedoelt, al blijkt het zeer moeilijk, aan alle eisen die tot wetenschappelijk waterdichte conclusies zouden kunnen leiden, te voldoen. Niettemin wijzen de bevindingen van o.a. HÖÖK (1963), FORSMANN en THUWE (1966) en van SCHULTE en SCHULTE (1969) ondubbelzinnig in dezelfde richting. Overigens ligt het in de bedoeling dat wij t.z.t. een katannestisch onderzoek zullen publiceren over een reeks zowel toegewezen als afgewezen gevallen van abortus artificialis.

De tweede vraag lijkt mij nogal hybridisch van inhoud. Laat ik als volgt mijn antwoord formuleren, waarmee ik aan de verschillende mogelijkheden van de vraag tracht recht te doen. Ik heb er vertrouwen in dat deze maatschappij zich snel in die zin zal kunnen ontwikkelen, dat zowel gehuwden en ongehuwden — en onder hen ook de heel jonge mensen — zonder schroom objectief en subjectief in staat zullen zijn gebruik te maken van de meest adequate anticonceptieve methoden die er beschikbaar zijn wanneer zij, door welke motieven ook, tot seksuele omgang komen zónder dat zwangerschap gewenst of opportuun is. Ook heb ik er vertrouwen in dat de dan stellig veel minder vaak voorkomende ongewenste zwangerschappen met een minimum aan taboe zullen kunnen worden beoordeeld en zonodig worden beëindigd. Zelfs ook vertrouw ik erop dat onbedoelde, maar eventueel niet ongewenste zwangerschappen bij ongehuwden zullen leiden tot optimale kansen zonder enig vooroordeel ten aanzien van de ongehuwde moeder, en tenslotte wil ik er zelfs enig vertrouwen in hebben dat vrouwen voor wie een huwelijk, om welke reden ook niet realiseerbaar is, niet per se van een zeer gewenst moederschap verstoken behoeven te blijven, indien zij dit op andere wijze zouden willen bewerkstelligen dan door middel van extra-maritale coitus; uiteraard ook na indicatiestelling met afwegen van alle factoren. Zo zullen er zelfs wel meer onoverkomelijk lijkende moeilijkheden via „ont-taboeïsering” worden overwonnen. Helaas heb ik wat minder goede hoop op de kans dat er ooit bij benadering zo veel geld zal worden beschikbaar gesteld voor speurwerk naar en behandeling van psychische ongezondheid in het algemeen (welzijns-verstoringen) als er met betrekking tot somatische gezondheidsstoornissen beschikbaar is. Al hoop ik van ganser harte dat dit tekort aan hoop struisvogelpolitiek zal blijken te zijn, veroorzaakt door de onafzienbare hoeveelheid werk die er op dit gebied van de psychische gezondheidszorg dán zou kunnen en moeten worden verricht.

*Literatuur:* FORSMANN, H. en I. THUWE (1966) One hundred and twenty children born after application for therapeutic abortion refused. *Acta psychiat. scand.* **42**, 71. — FORTMANN, H. M. M. (1969) Oorsprong en functie van het taboe. *Maandbl. geest. Volksgezondh.* **24**, 228. — HÖÖK, K. (1963) Refused abortion; a follow-up study of 249 women. *Acta psychiat. scand.* **39**, suppl. 168. — PEYPE, D. C. J. VAN (1969) Over het verdwijnen van taboes. *Maandbl. geest. Volksgezondh.* **24**, 236. — SCHULTE, W. M. en S. SCHULTE (1969) *Unerwünschte Schwangerschaft*. George Thieme Verlag, Stuttgart.

Rotterdam, 7 juli 1969

G. A. LADEE

## BERICHTEN BUITENLAND

### Canada

**Middellandse-Zee-koorts in Canada.** — BRICKMAN en FELDMAN beschrijven in het *Canadian medical Association Journal* (24 mei bl. 938) drie patiënten te Montreal, bij wie de diagnose werd gesteld op familiale Middellandse-Zee-koorts, een autosomaal-recessief-erfelijke afwijking die bijna uitsluitend voorkomt bij Sefardische Joden en Armeniërs. Deze twee groepen waren tot voor kort vrijwel onbekend in Canada, maar in de laatste twaalf jaar zijn er ongeveer 10.000 Sefardische Joden uit Noord-Afrika binnengekomen, afstammelingen van de door de Inquisitie uit Spanje verdreven Joden, die zich grotendeels aan de zuidoever van de Middellandse Zee hadden gevestigd en weinig contact hebben gehad met Europese Joden. Verder is tijdens deze twaalf jaar de Armeense groep van duizend personen, die in