

huisarts en wetenschap

maandblad van het
nederlands huisartsen
genootschap



Redactiecommissie: A. Hofmans, voorzitter, Rotterdam; Mevrouw H. G. Frenkel-Tietz, Amsterdam; Dr. K. Gill, Zwammerdam; Dr. H. Lamberts, Rotterdam; S. van der Kooij, Voorschoten en Dr. H. G. M. van der Velden, Nijmegen.

Secretariaat: Burgemeester Reigerstraat 87, Utrecht telefoon 030-516741.

Nederlands Huisartsen Genootschap: Burgemeester Reigerstraat 87, Utrecht, telefoon 030-516741.

Nederlands Huisartsen-Instituut: Mariahoek 4, Utrecht, telefoon 030-319946.

Uitgever: Uitgeverij. Kruyt B.V., Groot Hertoginnelaan 28, Bussum, telefoon 02159-16241*; postgiro 142554.

Advertenties: In te zenden — ook brieven op advertenties onder nummer — uitsluitend aan de uitgever. Advertenties behoeven de goedkeuring van de redactiecommissie en kunnen zonder opgaaf van reden worden geweigerd.

Abonnementen: f 36,— + f 1,44 btw = f 37,44 per jaar; voor studenten f 18,— + f 0,72 btw = f 18,72; voor het buitenland f 38,—; losse nummers f 3,60 + f 0,14 btw = f 3,74.

Adreswijziging: Leden van het N.H.G. uitsluitend aan Burgemeester Reigerstraat 87, Utrecht. Niet-leden aan Uitg. mij. Kruyt B.V., Bussum.

Druk: Verweij, Mijdrecht, telefoon 02979-1251*.

17de JAARGANG
No. 2 - FEBRUARI 1974

Inhoud: blz.
J. Bergsma: Een abortus follow-up 45
G. van Mierlo en A. Smits: Nerveus-functionele klachten — de huisarts en het gezinsgesprek — de klacht en de huisarts 52
H. Lamberts: De wijkgezondheidszorg en het ontstaan van kosten door ziekte- en probleemgedrag .. 56
Commissie Praktijkvoering van het N.H.G.: Het steriliseren van instru-

menten in de huisartspraktijk	63
J. M. G. Persoon, P. H. J. M. Heydendaal en F. J. A. Huygen: Onderzoekingen rond een pseudogroepspraktijk (III)	67
E. van der Does: De huisartsgeneeskunde in beweging	71
Referaten	74
Boekbesprekingen	75
Nota bene	78
Ingezonden	78
Literatuurinformatie	78
Nascholing door middel van multiple choice	79
Berichten	80
Doorlopende agenda	82
N.H.I.-rubriek	83
Uit de centra	84
Aanvullende ledenlijst	84

Een abortus follow-up*

DOOR DR. J. BERGSMA, ZIEKENHUISPSYCHOLOOG

In dit artikel wordt slechts verslag uitgebracht over een onderzoek bij een groep van veertig vrouwen die zich bij twee vrouwenartsen meldden voor het ondergaan van abortus arte provocatus. Gezien de vele publicaties van de laatste jaren zal geen bespreking plaatsvinden van de algemene aspecten van abortus arte provocatus. De bespreking van de resulta-

ten zal kort worden gehouden, al was het alleen maar met het oog op de zich snel wijzigende opinies, waardoor elke bespreking reeds bij voorbaat een relatieve waarde heeft.

PROCEDURE BIJ EEN ABORTUS-AANVRAGE

Het onderzoek betreft veertig vrouwen en meisjes die zich op de spreekuren van twee gynaecologen meldden voor een artificiële afbreking van een ongewenste zwanger-

schap. Deze aanmeldingen stammen uit de periode september 1970 tot juli 1971 en vonden dus plaats in de beginperiode van een iets grotere openheid ten aanzien van het abortusprobleem. Een grotere openheid, zowel bij het publiek als in de kliniek waar de ingrepen plaatsvonden. Dit betekende onder andere dat er een organisatorische ordening kon plaatsvinden in die zin, dat een vaste procedure werd ontworpen voor het onderzoek van de vrouwen.

* Uit het Centraal Ziekenhuis Alkmaar, afdeling gynaecologie, Dr. J. Bennen en Dr. H. Hoekstra.

In deze procedure speelden vier personen een hoofdrol: de vrouw, de huisarts, die veelal als verwijzer optrad, de gynaecoloog en de psycholoog. Indien nodig werden ook maatschappelijk werker en/of psychiater ingeschakeld. De laatsten waren niet betrokken bij de standaardprocedure. Na een gesprek en een eerste onderzoek bij de huisarts werd de vrouw naar de gynaecoloog verwezen, die een kort gesprek combineerde met een lichamelijk onderzoek en haar vervolgens naar de psycholoog verwees. Deze laatste had een uitvoerig gesprek met haar, soms vergezeld van ouders, echtgenoot, verloofde of zelfs vrienden en vriendinnen. Teneinde de procedure te bekorten vond telefonisch overleg plaats tussen psycholoog en huisarts enerzijds en tussen psycholoog en gynaecoloog anderzijds, waarbij veelal een beslissing viel. Onmiddellijk daarna rapporteerde de psycholoog schriftelijk aan beide artsen, waarna de gynaecoloog zijn definitieve standpunt bepaalde. In twijfelgevallen werd een consult

Samenvatting. Het onderzoek betreft de follow-up van een veertigtal vrouwen dat zich meldde voor de afbreking van een ongewenste zwangerschap. Van de veertig vrouwen reageerde 63 procent positief op een verzoek voor een gesprek een jaar na de betreffende aanvraag. Na een beschrijving van de wijze van (niet-medische) indicatiestelling volgt een weergave van de anamnestiche gegevens met vervolgens een verslag van de bevindingen van de vrouwen achteraf. Het blijkt dat het merendeel positief staat tegenover het gebeurde, terwijl ongeveer 20 procent met de verwerking (vrij) veel moeite heeft. Het al dan niet accepteren van de abortus is een probleem waarbij met name de houding van de omgeving een grote rol speelt. Gehuwden blijken dan ook minder moeilijkheden te hebben dan ongehuwden, die zich vaak geïsoleerd gevoelen, mede omdat er met de omgeving (ouders, broers, zusters, vrienden) niet of nauwelijks over het gebeurde kan worden gesproken. Het blijkt dat dit isolement vaak een versterking is van een reeds bestaand isolement, daar in een zeer groot aantal gevallen van gestoorde relaties moet worden gesproken, die mede oorzaak waren van de ongewenste zwangerschap.

gevraagd bij de psychiater of een sociaal onderzoek ingesteld door de maatschappelijk werker. Over het algemeen gebeurde dit echter niet en bleek vooral de visie van de huisarts, die het gezin en de omstandigheden kende, van groot belang te zijn. Onder normale omstandigheden kon de procedure in vierentwintig uren worden afgewerkt, hetgeen voor de vrouw een minimale wachttijd betekende.

HET FOLLOW-UP ONDERZOEK

Het motief voor deze follow-up is vooral de eigen onzekerheid van zowel gynaecoloog als psycholoog geweest. Is het juist wat wij doen, maken wij één grote fout of maken wij beoordelingsfouten per individu? Een ander motief is de vraag geweest hoe de vrouw, die in de vele artikelen over abortus niet aan bod komt, er zelf — na de ingreep — tegenover staat en in hoeverre zij daarbij steun ondervindt van haar directe omgeving.

Het onderzoek bleek minder gemakkelijk dan wij ons voorstelden. Het weer in contact komen met de vrouwen was niet eenvoudig. Weliswaar hadden wij de adressen, maar aangezien in vele gevallen de directe omgeving, zoals ouders of echtgenoot niet op de hoogte was van het voorvallene, kon een uitnodiging onzerzijds voor een vervolg-gesprek, enerzijds een overtreding betekenen van het streng gehandhaafde geheimhoudingsprincipe, anderzijds vragen oproepen, die voor de betrokkenen tot hoogst onaangename situaties zouden kunnen leiden. Er was dan ook geen andere mogelijkheid dan een volkomen neutraal briefje, zinspelend op een vroeger contact met het ziekenhuis, hetgeen — gezien de opname die veelal had plaatsgevonden — bekend mocht worden verondersteld en vertrouwend dat de naam van de afdeling psychologie en die van de psycholoog voldoende herkenningpunten betekenden voor de betrokkene.

Gepoogd is alle vrouwen, een jaar nadat zij zich voor abortus hadden gemeld, te laten terugkomen. Hoewel

dit niet geheel is gelukt, hebben wij niettemin de gehele procedure tussen oktober 1971 en september 1972 kunnen afwerken, zodat de termijn van een jaar nooit met meer dan zes weken is overschreden. Kortere tussenpozen dan een jaar hebben zich niet voorgedaan. Ondanks het feit dat de laatste onderzoeksperiode in de vakantiemaanden viel — met een merkbaar lagere respons — heeft toch 63 procent van de vrouwen gereageerd.

VERSLAGGEVING

De verslaggeving bestaat uit twee delen. In de eerste plaats de samengevatte gegevens uit de intake, verzameld binnen het kader van de formele abortusprocedure. De gegevens worden voorafgegaan door een kort overzicht van de gespreksprocedure en enkele kanttekeningen daarbij. Het tweede gedeelte, de follow-up, wordt op dezelfde wijze ingeleid en bevat voorts de gegevens van vijftientig vrouwen die verslag deden van hun ervaringen.

INDICATIESTELLING VOOR ABORTUS ARTE PROVOCATUS

Het is duidelijk dat het hier niet gaat om aanvragen voor zwangerschapsafbreking, waarbij van een medische indicatie sprake is. De groep waarover dit onderzoek zich uitstrekt, beperkt zich geheel tot psychologische en psychosociale indicatiestellingen. Hierbij is de blik van alle deskundigen gericht op het begrip „noodsituatie”. Men behoeft echter slechts kort met dit bijtje te hebben gehakt om te weten hoe subjectief de normen liggen ten aanzien van dit begrip. De tijd van de dag en de drie vorige patiënten spelen in deze „indicatiestelling” een onmiskenbare rol. Men ontdekt daarbij heel spoedig dat ook de „noodsituatie” aan „verpakking” onderhevig is en dat zij in het voordeel kan zijn, die met veel verve en tranen haar relatieve nood op tafel weet te leggen ten opzichte van degene, die met bedeesd optimisme in de meest

ellendige omstandigheden nog wel bereid is enig licht te zien.

De vrouw die zich voor abortus meldt is iemand anders dan een patiënt. Zij komt niet slechts met klachten, zoals de patiënt, maar is bovendien gedwongen, door de procedure, haar klachten zodanig te presenteren dat de ander op grond daarvan bereid is een medische ingreep te verrichten die haar tot patiënt maakt. Daar niet iedere vrouw dit even goed vermag te doen, is het zaak het gesprek bijzonder nauwkeurig te wegen. Dit betekent uitspraken verifiëren, zowel in het gesprek zelf als in overleg met de teamgenoten, met name de huisarts. Verscheidene „verloofden” bevonden zich „in Amerika”, terwijl het vriendje om de hoek stond te wachten. Dit soort gesprekken vraagt een andere techniek dan de doorsnee meer non-directief gerichte, die de psycholoog gewend is te voeren. Rechtstreeks gerichte vragen, een uitvoerige, controleerbare anamnese, afwegen van uitspraken ten opzichte van elkaar en... eveneens het bijhouden van de populaire literatuur.

Sommige gesprekken konden pas beginnen nadat het rijtje argumenten uit het damesblad, dat zo juist weer een artikel over abortus had gepubliceerd, was verwerkt. Dit betekent tevens — wellicht onsympathiek — een apart gesprek met de vrouw en met de echtgenoot, met de dochter en met de ouders, met het meisje en met de verloofde wanneer daartoe enige aanleiding was.

Waarom deze combinatie van verhoor en gesprek? Rechtvaardigheid tegenover moeder en ongeboren kind en vooral tegenover de andere moeders en hun eventuele kinderen — het met twee maten meten voorkómen — en tegenover de gynaecoloog. Deze laatste die uiteindelijk de ingreep moet verrichten, waarmee hij in vrijwel alle gevallen moeite zal hebben, heeft recht op een zo goed mogelijk gefundeerd en zo objectief mogelijk oordeel om zich tegenover zichzelf en zijn beroep te kunnen verantwoorden. Daarom is het juist de taak van de psycholoog de cliëntèle niet van medische etiketten te voor-

zien, doch een voor de arts zo leesbaar mogelijk relaas te geven van de gronden waarop hij zijn oordeel over een al dan niet verantwoorde zwangerschapsafbreking baseert.

Dat men een indicatiestelling voor een abortus arte provocatus vanuit psychosociaal oogpunt ooit zal kunnen relateren aan objectieve maatstaven is een illusie. Men zal met alle mogelijke moeite moeten pogen zo reëel mogelijk, dat wil hier vooral zeggen, zo eerlijk en rechtvaardig mogelijk, tot een uitspraak te komen, wetend dat elk oordeel vanuit een bepaald standpunt aan kritiek onderhevig kan zijn.

HET OORDEEL VAN DE VROUW

Zijn de teamleden dan toch degenen, die op de rechterstoel zitten, zoals hier misschien wordt gesuggereerd? Wij hebben bij het noemen van de hoofdrolspelers wel degelijk de vrouw vooropgezet. Haar oordeel is van wezenlijk belang in de beslissing van het team. Wij zijn van mening dat het oordeel van de vrouw het grootste gewicht moet hebben. De vraag is echter welk oordeel, op welk moment, in welke situatie. Zoals ieder graag baas over eigen lichaam wil zijn, wil de vrouw dat impliciet ook over haar eigen buik. Terecht. Het blijft echter de vraag of het beheer nú, altijd strookt met het beheer over dit bezit op lange termijn. Niet iedere vrouw is in staat in een panieksituatie een oordeel over haar eigen toestand te vellen dat objectief is (wie kan dat overigens wel?) en zeker niet om in die situatie de consequenties te overzien van de beslissing die zij nú op dit moment neemt. Als belangrijk doel van de gesprekken zien wij „het baas in eigen buik” trachten los te maken van de beslissing op korte termijn en te plaatsen tegen de situatie op lange termijn. Dat dit helaas niet altijd gelukt, laten de cijfers in een volgende paragraaf zien.

INVENTARISATIE VAN DE INTAKE-GEGEVENS

Teneinde inzicht te geven om welke groep het gaat die voor de

follow-up- werd gekozen, volgt de inventarisatie van de gegevens van de eerste intake. Van de veertig vrouwen die zich in de periode september 1970 tot juli 1971 aanmeldden bij de gynaecologen voor een zwangerschapsafbreking op niet-medische gronden, waren 28 afkomstig uit kleine plattelandsgemeenten en twaalf uit een stedelijke agglomeratie. Van hen waren elf gehuwd; van de 29 ongehuwden was één vrouw weduwe en één gescheiden. De leeftijdsverdeling is weergegeven in tabel 1.

Tabel 1. Verdeling in leeftijdsgroepen met onderverdeling over de jaren 1950-1955, waarin het merendeel van de vrouwen is geboren.

Geboren	Aantal
1930-1935	3
1936-1940	4
1941-1945	4
1946-1950	13
1951-1955	16
1956-1960	0
Totaal	40

Geboren	Aantal
1950	7
1951	4
1952	4
1953	3
1954	3
1955	2
Totaal	23

De gemiddelde leeftijd van de ouders van de vrouwen bedraagt voor de vaders 54,7 en voor de moeders 51,8 jaar. Van veertien ouderparen zijn de leeftijden niet bekend; van vier is bekend dat zij overleden zijn. Voorts is de gemiddelde leeftijd berekend van de ouders van de groep die in 1950 of later is geboren, dat wil zeggen tijdens de intake een leeftijd had van 20 jaar of jonger. De vaders blijken gemiddeld 53,7 jaar en de moeders 49,9 jaar. De gemiddelde leeftijd van de meisjes bedraagt 18,1 jaar. Globaal zijn de vaders omstreeks 35 en de moeders 32 jaren ouder dan hun dochters.

Van de gehuwde vrouwen hebben zeven een gezin met verscheidene kin-

deren (3 tot 5) en vier een gezin met één kind. Thuis wonen 34 vrouwen, terwijl zes op kamers wonen van wie vijf uit de groep geboren in 1950-1955. Vijf vrouwen zijn rooms katholiek, zes gereformeerd, één nederduits hervormd terwijl 26 geen godsdienst hebben of er niets meer aan doen; van twee is de godsdienst onbekend.

In de tabellen 2, 3 en 5 wordt een overzicht gegeven van de argumenten die in de rapportage naar voren zijn gekomen en bepalend zijn geweest voor de beslissing. Daarbij is een onderscheid gemaakt tussen de primaire argumenten in het sociale en het psychologische vlak, en de secundaire argumenten die deze primaire onder-

Tabel 2. Argumenten in het (psycho)sociale vlak, die afzonderlijk dan wel in combinatie in de rapporten werden gebruikt.

Woonruimte te beperkt/slecht	5
(Waardoor) overbelasting (ouders)	10
Huwelijksmoeilijkheden (van ouders)	10
Financiële problemen	7
(Over)belasting eigen gezin	8
Leeftijd	3
Belemmering sociale ontwikkeling	6
Geen uitzicht op huwelijk	7
(Dreigen met) verbreking huidige relatie	1
Criminaliteit	1
Arbeidssituatie van de vrouw	1

Tabel 3. Argumenten in het psychologische vlak die afzonderlijk of in combinatie in de rapporten voorkwamen.

Infantiliteit	8
Nervositeit	5
Primitiviteit	3
Asthenie	4
Depressie (reactief)	2
Overheersende emotionele labiliteit	6
Neurotische symptomatologie	6
Emotionele vervlakking	3
Rigiditeit	1
Suicide-neigingen	1
Verwaarlozing/vereenzaming	2
Dreigende desintegratie	5
Contactgestoordheid	3
Paranoïde dwanggedachten	1
Onzelfstandigheid	1
Somatisering	1
Hysterische symptomatologie	1

steunden. Het is daarbij mogelijk dat hetzelfde motief in het ene geval primair is geweest en in het andere geval de ondersteuning van een andere primair wegende zaak of andersom.

In tabel 4 wordt een overzicht van de intelligentie gegeven voor zover daarover een uitspraak is gedaan. Slechts in drie gevallen heeft de intelligentie een beslissende rol gespeeld.

Het is duidelijk dat een overzicht als in voorgaande tabellen verstrekt in feite niet zoveel zegt, omdat de waardetoeckenning vooral een zaak is van de context waarin een en ander is geplaatst. Anderzijds geeft het een aanduiding van de problematiek die voor en na aan de orde is geweest.

In tabel 6 wordt een overzicht gegeven van de adviezen, die door de verschillende teamleden zijn gegeven.

Eén negatief advies van de huisarts is opgevolgd, het andere niet. De negatieve adviezen van de psycholoog zijn alle opgevolgd; van de positieve zijn zes niet opgevolgd. Van de twaalf „afgewezen” vrouwen zijn negen verwezen, van wie vijf naar de Hendrik Pierson Vereniging, twee naar een psychiater en twee naar een ander ziekenhuis.

KORT COMMENTAAR

Deze uitkomsten leveren weinig schokkends, misschien met uitzondering van het gegeven van het opvallende leeftijdsverschil tussen de ouders en de meisjes van 20 jaar en jonger met een ongewenste zwangerschap. Een duidelijk accentverschil tussen sociale en psychologische argumentaties is nauwelijks merkbaar, tenzij men het grote aantal overbelaste gezinssituaties uitsluitend als sociaal wil aanduiden. In maar liefst 28

Tabel 4. Overzicht van de intelligentie.

Geen uitspraak gedaan	9
Zwakbegaafd/debiel*	3
Matig begaafd	7
Gemiddeld begaafd	6
Bovengemiddeld begaafd	10
Hoger niveau	5

* Alleen deze categorie is van medebeslissende aard geweest.

Tabel 5. Overzicht van de belangrijkste secundaire argumenten, zoals in de diverse rapporten gehanteerd.

Verwekker is gehuwd	1
Torpederen van toekomstplannen	1
Onvermijdelijke scheiding	1
Concubinaat	1
Te grote belasting huwelijk	3
Justitiële contacten	1
Financiële problemen	2
Neiging tot nymfomanie	1
Opvoedingsproblemen	4
Woonruimte	1
Plaats in dorpsgemeenschap	1
Onbekende verwekker(partnerruil)	1
Slechte relatie met ouders	2
Suicide-gevaar	2
Mogelijke schizofrenie	2
Depressiviteit	2
Lopende scheidingsprocedure	1
Wil niet afhankelijk van ouders zijn	2
Vroegere criminele abortus	1
Emigratie	1
Verwekker met noorder zon vertrokken	1

Tabel 6. Overzicht van de door de teamleden gegeven adviezen.

Advies, gegeven door:	Positief Negatief	
	Wel	Niet
Huisarts	31	2
N.V.S.H. (als verwijzer)	7	—
Psycholoog	34	6
Maatschappelijk werker	7	—
Psychiater	1	—
Abortus uitgevoerd door gynaecoloog	28	12

gevallen is sprake van een — relatieve — overbelasting die uiteraard ook haar individuele repercussies heeft. Het betreft zwak gestructureerde gezinnen, die met de opvoeding van de eigen kinderen de grootste moeite hebben en er geen kleinkind bij zouden kunnen hebben, echtscheidings-situaties of chronische moeilijkheden tussen dochter en ouders. Daarbij is geen sprake dat deze gezinnen een plaats vinden binnen de categorie van zwak- of a-sociale gezinnen. Dit geldt hooguit voor twee gezinnen binnen deze groep.

Met deze achtergrond-informatie vraagt men zich af in hoeverre de ongewenste zwangerschap een op zich staand gebeuren is, dan wel in vele

gevallen een symptoom van een gesintegreerde of desintegrerende gezinssituatie. Dit zou ook een reden kunnen zijn waarom de preventieve voorlichting geen effect heeft. Het blijkt namelijk dat vrijwel iedereen volledig op de hoogte is van de preventieve mogelijkheden, maar om vaak irrationele redenen daarvan geen gebruik maakt.

FOLLOW-UP

De totale respons van 25 vrouwen, die op verzoek onzerzijds op een gesprek gingen, willen wij niet ongunstig noemen, mede gezien het vage karakter van de uitnodiging en de zomerperiode. Bovendien bevinden zich onder de vijftien niet-respondenten acht „afgewezen” vrouwen.

HET GESPREK

Bij het begin van het gesprek werd uiteengezet wat de bedoeling was van het onderhoud. Men kon zich dan alsnog terugtrekken, wat in twee gevallen is gebeurd („Ik wil dat allemaal niet meer oprakelen; vraagt u maar, dan zie ik wel of ik antwoord geef”).

Afgezien van het karakter van het gesprek was het verbazingwekkend te bemerken hoe gretig de meeste vrouwen op de gespreksmogelijkheid gingen. De meesten van hen hadden zelden of niet gelegenheid gekregen over hun ervaringen na te praten, hetzij met echtgenoot, hetzij met de ouders of derden. Van de gelegenheid om naar ons toe te komen had men overigens ook geen gebruik gemaakt. (Tijdens de opname van de patiënten bezochten wij hen zeker tweemaal, namelijk vóór en ná de ingreep met de verzekering dat, wanneer daaraan behoefte was, zij altijd bij ons terecht konden na ontslag. Pas later is men daarvan wat meer gebruik gaan maken.)

Het gesprek werd zo open mogelijk gevoerd, waarbij onze vragenlijst uitsluitend als controle werd gebruikt op de gegevens die wij wilden hebben.

INVENTARISATIE

Van de 25 vrouwen die aan de oproep gehoor gaven, hadden twintig een abortus arte provocatus ondergaan, vier waren „afgewezen” en naar elders verwezen, terwijl één vrouw wel was opgenomen, maar uiteindelijk niet zwanger bleek te zijn. Van de vier verwezen vrouwen bleken twee elders abortus te hebben ondergaan en twee inmiddels te zijn bevallen.

Bij de verwerking zijn de antwoorden van de 21 niet-afgewezenen — van wie één niet zwanger bleek — samengevoegd. Van de 21 geaborteerde vrouwen zijn zes van adres veranderd, van wie drie buiten de toenmalige woonplaats. Onder deze zes zijn vier uit de groep, geboren tussen 1950-1955. (Aangenomen mag worden dat dit verschijnsel zich ook onder de niet-respondenten heeft voorgedaan, waardoor onze brief een aantal vrouwen niet heeft bereikt). Van de gehuwden is één in de tussentijdse periode van een jaar gescheiden, twee der ongetrouwden zijn getrouwd. In acht gevallen is er achteraf begeleidende hulp via de Hendrik Pierson Vereniging, een bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden, een psycholoog of de huisarts geweest.

Van de 21 vrouwen gaven negen heel duidelijk aan dat hun leven is veranderd, niet zozeer wat de omstandigheden betreft dan wel de visie op hun eigen leven. Twee kunnen dat moeilijk verwoorden, maar menen met vier anderen dat zij volwassener zijn geworden, serieuzer en vooral bewuster zijn gaan leven. Bij één is grote agressie tegen thuis ontstaan, één heeft nu grote behoefte aan een eigen kind, terwijl één aangeeft totaal alle interesse in de seksualiteit te hebben verloren. Bij geen van allen zijn overigens nieuwe zwangerschappen geweest, misschien mede omdat in zeventien gevallen de preventie serieuzer dan voorheen is aangepakt. Bij drie is dat niet het geval, één wil nu graag wel een kind, voor twee is er geen directe aanleiding.

In acht gevallen is de relatie met de verwekker niet verbroken, in acht

andere zeer bewust wel, terwijl in de overige gevallen sprake was van een eenmalige relatie, een onbekende en tweemaal een met de noorderzon vertrokken verwekker. Nieuwe relaties werden aangegaan door drie die nu weer verkering hebben, drie die zich hebben verloofd en twee die inmiddels zijn getrouwd.

Het gesprek over de ingreep en wat er omheen gebeurde is niet eenvoudig. Van de 21 zijn er vijf die niet weten of zij tevreden moeten zijn dat de ingreep heeft plaatsgevonden, drie zijn zeker niet tevreden, dertien echter zonder meer tevreden (*tabel 7*).

Tabel 7. Huidige houding tegenover de ingreep.

Negatief	4
Tweeslachtig	5
Positief	8
Zeer positief	2
Onbekend	1
<hr/>	
Totaal	20

In *tabel 7* wordt de algemene houding van de vrouw tegenover de plaatsgevonden ingreep aangegeven. Van de twintig geven vijf aan op gezette tijden nog schuldgevoelens te hebben over het gebeurde, twee daarvan soms — vooral in het begin — en dertien die nooit last hebben. Drie betogen ronduit nog steeds spijt te hebben dat het is gebeurd; twee dat ze vooral in het begin spijt hadden. Drie van deze vijf zeggen daarbij overigens wel dat „verstandelijk” gezien in die situatie — een jaar geleden — inderdaad geen andere oplossing bestond, maar dat men er gevoelsmatig aanmerkelijk meer moeite mee heeft dan werd verwacht.

Van de veertien verwekkers die wél op de hoogte waren van wat zich afspeelde — zeven wisten dus van niets — zijn twee achteraf niet gelukkig met het gebeuren en hebben er spijt van; één heeft duidelijk schuldgevoelens en één zou het nooit meer willen. In zeven gevallen heeft de vrouw geen idee hoe de ingelichte verwekker er over denkt; er is dus nooit meer met hem over gepraat!

Tabel 8. De invloed die de abortus heeft gehad, zoals door de respondenten werd aangegeven.

Geen merkbare invloed	8
Eerste periode van depressiviteit ..	1
Nog steeds uit evenwicht (depressie)	1
Huwelijksrelatie is verbeterd	2
Scheiding gaat niet door	1
Huwelijk is er niet door verbeterd	1
Gereserveerd gaan opstellen tegenover anderen	1
Veel harder geworden	1
Negatiever tegenover medemens ..	1
Ruzie met een van de beste relaties	1
Nooit meer partnerruil	1
Rustiger en veel positiever geworden	2

In tabel 8 wordt een overzicht gegeven van de invloed die het gebeuren heeft gehad.

Aannemend dat de eigen reactie ook veel te maken heeft met die van de omgeving, hebben wij een overzicht gemaakt (tabellen 9 en 10) van de reacties uit de directe en minder directe omgeving; reacties, ons overgebracht door de vrouwen, hetgeen natuurlijk niet steeds overeen behoort te komen met de feitelijke reacties (projectie van schuldgevoelens kan hier bijvoorbeeld zeer vertekend optreden).

Zoals reeds vermeld, hadden acht vrouwen een kort- of langdurende begeleiding, die door twee als zeer negatief werd beleefd (moraliserend), door vier als zinvol en door één als zeer zinvol. Van de overigen verklaarden drie dat zij begeleiding op prijs zouden hebben gesteld.

Aan de lichamelijke controle door de gynaecoloog na zes weken onderwierpen zich vijftien vrouwen; de overigen hadden zo weinig klachten dat zij het niet nodig achtten.

Vijftien vrouwen geven overigens aan geen lichamelijke klachten te hebben gehad; zes daarentegen wel: vermoeidheid, slap, buikpijn en menstruatiestoornissen. Er is geen duidelijke relatie met schuldgevoelens, slechts in twee gevallen overlappenden.

Wanneer wij ten slotte in het gesprek met de vrouwen het gehele gebeuren overzien blijkt, dat als dezelfde situatie zich weer zou voordoen,

dertien opnieuw abortus als oplossing zouden kiezen. Twee zouden het kind laten komen, vier zouden voor een andere oplossing dan abortus kiezen en één weet het niet. Vier vrouwen geven nu aan het kind liever wel te hebben gekregen, daarbij toegevend dat de situatie nu ook duidelijk anders ligt. Opmerkelijk is daarbij de aantekening dat zowel de schuldgevoelens over de ingreep als de wens achteraf het kind toch te hebben gekregen alleen bij de ongehuwden voorkomen. Geen der gehuwden heeft spijt; zij allen zouden

onder dezelfde omstandigheden hetzelfde doen.

Tot zover de opinies over het abortus-gebeuren. Er is voorts gevraagd naar de ervaring met het vooronderzoek door het team. Een korte samenvatting verschaft tabel 11.

Hoewel uiteraard niemand het team als plezierig had ervaren, had men het toch op prijs gesteld uiteindelijk eens te kunnen praten in de paniekerige situatie die men toen doormaakte. Voor zover men het gevoel had gehad te worden beoordeeld,

Tabel 9. Reacties, zoals door de vrouwen ervaren uit de directe omgeving.

Echtgenoot	geen enkele reactie	1
	laks	1
	opluchting	1
	positief	2
(Huidige) vriend	positief helpend	1
	positief acceptierend	2
	pesterig	1
(Huidige) verloofde	goed begrip	1
	positief steun	2
Verwekker	positief	3
	afkeurend	2
	weggelopen	4
Ouders	er wel mee eens	7
	heel negatief	3
	ging langs hen heen	1
	begrijpen het nu wel	1
Broers	weten van niets	9(!)
	positief	3
	rest is niet op de hoogte	
Zusters	positief	3
	negatief	1
	rest is niet op de hoogte	

Tabel 10. Reacties, zoals door de vrouwen ervaren uit de niet directe omgeving.

Vrienden	positief	2
	rest weet van niets	
Vriendinnen	positief	8
	rest weet van niets	
Kennissen	positief	1
	negatief	1
	rest weet van niets	
Dominee/pastoor	positief	2
Huisarts	positief	4
	negatief	5
	tweeslachtig	2
	rest geen contact gezocht	

Tabel 11. Reacties van de vrouwen op het team en de procedure.

Positief	7
Bij nader inzien positief	5
Minder prettig	4
Bedreigend	3
Te veel mensen	2
Te soepel	1(!)
Te streng	0(!)

kon men dit achteraf toch wel als positief waarderen, zich pas achteraf eigenlijk realiserend wat er werkelijk gaande was geweest. In één geval werd ons feitelijk verweten dat wij te coulant waren geweest en nog meer „tegenas” hadden moeten geven.

Over de ziekenhuisopname — in die tijd twee-en-een-halve dag — zijn de meningen verdeeld. Een vrouw bleef maandenlang depressief omdat zij na haar abortus naast een patiënte kwam te liggen die een dood kindje ter wereld had gebracht. Een ander moest een half uur alléén op de gang voor de deur van de operatiekamer wachten. Sommigen voelden zich erg goed opgevangen door de verpleging. De één kon er fijn over praten, de ander juist helemaal niet. Waarmee echter wel iedereen moeite had, was de nadrukkelijke interesse van de medepatiënten voor de reden van de opname. Geen van allen durfde of wilde daarvoor uitkomen, zeker niet wanneer onder medepatiënten of verpleegkundigen bekenden waren.

KORT COMMENTAAR

De resultaten zijn weinig verheugend naar het lijkt. Het aantal spijtoptanten lijkt te hoog. Is dit de fout van het team? Wellicht. Had het team strenger moeten zijn? Of heeft het team deze reacties geïnduceerd? Of is er een geheel ander aspect? De ontdekking van de zwangerschap veroorzaakt een acute crisissituatie. Men zoekt hulp om iets aan het symptoom te doen. Dit gebeurt wellicht, maar tegelijkertijd is er al zoveel in beweging gezet in de basisituatie dat daar veranderingen optreden; veranderingen, die nogal eens op lange termijn zichtbaar worden.

Na één jaar is het acute verdwenen, er is geen crisissituatie meer, de lucht schijnt min of meer gezuiverd en men kan zich afvragen of er in die nieuwe situatie geen plaats voor een kind zou zijn.

Daarbij komt en dat geldt voor deze vrouwen ongetwijfeld sterker dan in 1974 het geval is, dat men zich als vrouw die een abortus arte provocatus achter de rug had in sterke mate geïsoleerd wist. Vrijwel alle vrouwen kwamen met dezelfde ervaring: de onmogelijkheid er met anderen in de directe omgeving over te praten. Enerzijds wilde men het zelf niet en was men gedwongen een samenstel van leugens over de ziekenhuisopname op te bouwen, anderzijds bemerkte men dat de omgeving er niet meer over wilde praten (vooral ouders, maar ook de echtgenoot). Men moest het alleen uitvechten en dat bleek in vele gevallen inderdaad nodig te zijn. Gehuwden zijn wat dat betreft duidelijk in het voordeel. Het blijft echter een vraag of het spijt hebben een gevolg is van de abortus zelf of is geïnduceerd door de reactie, of het uitblijven daarvan, van de omgeving.

Het is ook waarschijnlijk dit isolement, dat de nogal zure persoonlijke reacties bewerkstelligt (tabel 8); men gevoelt zich teleurgesteld, in de steek gelaten. Helaas moet daarbij worden vastgesteld dat een aantal zich daarbij ook door de huisarts nogal in de steek gelaten gevoelt. Hoewel hij verreweg de belangrijkste verwijzer is met een positief advies, wordt zijn reactie achteraf toch op zijn zachtst als moeizaam ervaren. Welke ambivalentie bij patiënt en/of arts schuilt hierachter?

Rest ons na dit commentaar nog stil te staan bij de vier verwezen vrouwen. Twee van hen ondergingen de abortus elders. Voor de één verliep dit volkomen ongecompliceerd en zonder moeite achteraf; voor de ander bleef het een probleem. Haar werd namelijk gezegd dat tijdens de ingreep bleek dat zij niet zwanger was. De hardnekkigheid waarmee deze vrouw na een jaar nog steeds ervan overtuigd was dat dit een

smoesje zou zijn om haar schuldgevoelens weg te nemen zou op zich een uitvoerige case-study waard zijn. De overige twee vrouwen konden via de Hendrik Pierson Vereniging daadwerkelijk worden geholpen. Beide kinderen werden geboren — en niet afgestaan — in omstandigheden die aanmerkelijk gunstiger waren dan ten tijde van de abortusaanvraag. Beide moeders stonden zeer positief tegenover hun kind, namen foto's mee naar het gesprek en waren het team duidelijk dankbaar voor de afwijzing, hoewel zij daarover in eerste instantie stellig anders hebben gedacht.

SAMENVATTEND COMMENTAAR

Als ooit bij een onderwerp op het grens-gebied van de psychosociale geneeskunde, de tijd en de situatie van grote invloed zijn geweest, is het de abortus arte provocatus bij ongewenste zwangerschap. Vooral de follow-up heeft ons erop attent gemaakt dat voor een aantal vrouwen duidelijk geldt dat het isolement, objectief of vanuit de eigen beleavingswereld, waarin men na een abortus geraakt, op zijn minst even ingrijpend is als het gebeurde zelf. De eerste opluchting na het afbreken van de zwangerschap die wij eigenlijk altijd constateerden, wordt duidelijk teniet gedaan door de gewijzigde relatie met de directe omgeving. Of dit nu is omdat men er zelf niet over wenst te praten, de directe relaties niet geïnteresseerd zijn of er om allerlei redenen niet meer over wensen te praten, is minder belangrijk. Het isolement is er. Bovendien is het een isolement dat in vele gevallen kennelijk een versterking betekent van een reeds bestaand isolement (gezien het grote aantal slechte gezinsverhoudingen en het grote leeftijdsverschil met de ouders) dat mogelijk aanleiding is geweest tot de ongewenste zwangerschap. Waarmee wij worden gesterkt in de opvatting dat vele van deze zwangerschappen op zich symptomen zijn van slecht geïntegreerde leef-situaties.

Reeds nu echter is het gevaar groot

dat wij teveel generaliseren en deze voorzichtig gestelde conclusies slechts mogen trekken ten aanzien van deze beperkte groep in dié streek in dát tijdsbestek van ongeveer een jaar. De sinds 1971 snel toegenomen openheid over de abortusproblematiek en de grotere acceptatie, zullen er enerzijds toe leiden dat een deel van de dramatiek van de ongewenste zwangerschap verdwijnt en anderzijds dat de gespreksmogelijkheden met de directe omgeving gemakkelijker worden.

Dit leidt tot twee overwegingen waarmee wij deze mededeling over onze abortus follow-up willen besluiten. Enerzijds de overweging dat wij er waarschijnlijk vanuit moeten gaan dat de ongewenste zwangerschap als symptoom van achterliggende proble-

matiek in de loop van de jaren aan zeggingskracht gaat verliezen ten gevolge van toenemende openheid en acceptatie. Anderzijds de overweging dat het uitvoeren alléén van de zwangerschapsafbreking vaak niet meer dan een symptoombestrijding is en dat men als huisarts er zeer attent op zal moeten zijn uit welke gezins-situatie dit symptoom voortkomt en of het na-effect van de symptoombestrijding voor de vrouw na verloop van tijd niet een nog grotere negatieve invloed zal hebben op het welbevinden dan de paniek van het moment.

Summary. Follow-up of abortion. Follow-up studies of forty women who presented themselves for termination of unwanted pregnancies. Of forty clients, 63 per cent responded positively to a request for an interview within twelve

months after the application had been made.

A discussion of the methods adopted in establishing the (non-medical) indications is followed by a review of the histories of the women and a report on the findings of the clients in retrospect. The majority of the women took a positive view of the procedure, whereas approximately 20 per cent found it (rather) difficult to accept. Accepting or not accepting abortion is a problem in which the views adopted by familiars are a particularly important factor. Married women therefore have less difficulty in accepting abortion than do unmarried women who often feel isolated as it is hardly (or not at all) possible for them to discuss their problem with familiars (parents, brothers, sisters, friends). This isolation intensifies an already existing isolation as relationships were found to be disturbed in a large number of cases, which also acted as a cause of the unwanted pregnancy.

Nervus-functionele klachten - De huisarts en het gezinsgesprek - De klacht en de huisarts

DOOR G. VAN MIERLO EN A. SMITS*

Lichamelijke klachten, waarvoor geen organische basis kan worden gevonden die de ernst van de klacht kan verklaren, roepen bij de medicus vaak gevoelens op van machteloosheid en onzekerheid. Machteloosheid, omdat hij weet dat somatische hulp meestal niet baat, vaak zelfs de klacht hardnekkiger maakt. Onzekerheid, vanuit de vrees een organische stoornis over het hoofd te hebben gezien.

Dergelijke klachten noemen wij nervus-functioneel, omdat er een grond vermoeden bestaat dat psychosociale problematiek eraan ten grondslag ligt. Schattingen omtrent het voorkomen van deze klachten variëren van 15 tot 75 procent van het totale morbiditeitspatroon in de huisartspraktijk. Hierbij dient evenwel te worden aangetekend dat er nogal wat spraakverwarring bestaat

met betrekking tot de gebruikte terminologieën. Psychosomatische aandoeningen vallen eigenlijk onder een andere rubriek. In dat geval is er immers wel een aantoonbare organische afwijking. Maar zelfs het voorkomen van nervus-functionele klachten en psychosomatische aandoeningen tezamen lijkt ons door sommigen te hoog geschat. Op basis van de morbiditeitsregistratie van het Nijmeegs Universitair Huisartsen-Instituut (N.U.H.I.) komen wij voor nervus-functionele klachten alleen tot een schatting van 12 tot 15 procent.

Psychosociale problemen zijn per definitie gelegen in de klager, in zijn sociale situatie. De oplossing van het probleem vergt dan ook een actieve participatie van de klager zelf. De somatische presentatie van de klacht verschuift of verhult slechts het probleem, zodat de medicus als het ware de verantwoordelijkheid krijgt toegeschoven.

Deze somatisering van psychosociale problemen is in de regel geen

Samenvatting. De communicatieve betekenis van klachten, aan de huisarts gepresenteerd, maar in het bijzonder van zogenaamde nervus-functionele klachten, laat zich pas goed verstaan, indien de hulpverlener i.c. de huisarts in staat is de context van de klacht te overzien. Dit vereist een ander denkkader, dat het intra-individuele medische model verlaat. Klachten, die aan de huisarts worden gepresenteerd, kunnen ontstaan (conditionerend) of worden in stand gehouden (intermediair) door het leefmilieu en met name het gezin van de klager.

Gezinstherapie of in zijn algemeenheid, relatie-therapie lijkt behalve een nieuwe veelbelovende ster aan het psycho-therapeutisch firmament, een inspirerende betekenis te krijgen voor de huisarts-geneeskunde.

bewust gekozen gedragsalternatief. Subtiele processen, waarop persoon, leefmilieu maar ook de huisarts invloed hebben, vormen en bekrachtigen het „somatiseringsgedrag”.

Indien de huisarts zijn aandacht uitsluitend blijft richten op de somatische klacht, ook als uitgebreid

* Wetenschappelijk medewerkers van het Nijmeegs Universitair Huisartsen-Instituut, hoofd: Prof. Dr. F. J. A. Huygen.