

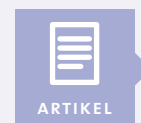
Abortus en het risico op psychische aandoeningen¹

J. VAN DITZHUIJZEN, M. TEN HAVE, R. DE GRAAF, C.H.C.J. VAN NIJNATTEN, W.A.M. VOLLEBERGH

- ACHTERGROND** Onderzoek naar de psychische gezondheid van vrouwen die een abortus meemaken, levert tegenstrijdige bevindingen, en wordt gekenmerkt door methodologische beperkingen.
- DOEL** Inzicht bieden in de psychische gezondheid van vrouwen nadat zij een abortus hebben meegemaakt, door op strikte wijze rekening te houden met psychische gezondheid voor abortus en verstorende variabelen.
- METHODE** Een prospectieve longitudinale cohortstudie, de Dutch Abortion and Mental Health Study (DAMHS), die op vergelijkbare wijze is opgezet als het grootschalige bevolkingsonderzoek van het Trimbos-instituut, de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2 (NEMESIS-2), waardoor vrouwen met en zonder abortuservaring vergeleken konden worden.
- RESULTATEN** Vrouwen die een abortus hadden meegemaakt, hadden significant vaker psychische aandoeningen (volgens de DSM-IV-criteria) gehad dan vrouwen die geen abortus hadden meegemaakt. Deze psychiatrische voorgeschiedenis bleek samen te hangen met hoe de vrouwen een ongewenste zwangerschap en abortus beleefden en ermee omgingen. Het meemaken van een abortus verhoogde het risico op het ontstaan van psychische aandoeningen na de abortus echter niet. Een psychiatrische voorgeschiedenis bleek wel een risicofactor voor psychische aandoeningen na abortus, evenals recente negatieve levensgebeurtenissen en een onstabiele partnerrelatie.
- CONCLUSIE** Vrouwen die een abortus meemaken, hebben vaker een geschiedenis van psychische aandoeningen, maar er zijn geen aanwijzingen dat abortus het risico op psychische aandoeningen verhoogt.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 60(2018)8, 527-535

TREFWOORDEN abortus, ongewenste zwangerschap, psychiatrische epidemiologie, veelvoorkomende psychische aandoeningen



527

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE | JAARGANG 60 | AUGUSTUS 2018

In Nederland worden per jaar ongeveer 30.000 abortussen uitgevoerd. In vergelijking met andere landen is ons abortuscijfer erg laag, en al jaren stabiel (Levels e.a. 2012; IGZ 2015; Sedgh e.a. 2016). De Nederlandse wet- en regelgeving rond abortus provocatus is in vergelijking met andere landen liberaal te noemen. In tegenstelling tot anticonceptie is abortus gratis. Men kan tot 22 weken zwangerschap terecht bij een abortuskliniek. Hoewel abortus in Nederland redelijk 'geaccepteerd' is (Raaijmakers e.a. 2016), leeft ook het idee dat vrouwen psychisch gebukt zouden gaan onder een abortus. De vraag of abortus tot psychische aandoeningen leidt, is echter niet eenvoudig te onderzoeken.

In de laatste decennia is er naar aanleiding van internationaal onderzoek opnieuw discussie ontstaan over de vraag of het afbreken van een ongewenste zwangerschap psychische aandoeningen tot gevolg heeft. Uit grote reviewstudies zoals die van de Taskforce on Mental Health and Abortion van de American Psychological Association (APA 2008) en van een Britse commissie van psychiaters en psychologen (NCCMH 2011) zou blijken dat er geen aanwijzingen zijn dat het meemaken van een abortus psychische stoornissen 'veroorzaakt'. Er zijn echter ook reviewstudies waarvan de auteurs stellen dat een abortus wel degelijk schadelijke gevolgen heeft voor de psychische gezondheid van vrouwen (Coleman 2011).

Uit de reviewstudies blijkt echter dat een groot deel van het onderzoek op dit gebied wordt gekenmerkt door methodologische beperkingen, zoals kleine onderzoeksgroepen, beperkte follow-upperiodes, ongeschikte referentiegroepen, beperkte meting van psychische aandoeningen, onvoldoende controle voor psychiatrische voorgeschiedenis en andere risicofactoren, en onnauwkeurige meting van het moment van de abortus (APA 2008; NCCMH 2011). Dit bemoeilijkt de vergelijking en interpretatie van het beschikbare onderzoek en ook het trekken van eenduidige conclusies.

Voor een deel zijn de methodologische beperkingen onvermijdelijk en inherent aan het onderzoek naar dit thema. De gerandomiseerde gecontroleerde trial (RCT) – doorgaans de ‘gouden standaard’ voor het onderzoeken van het effect van een gebeurtenis – is ethisch gezien onmogelijk toe te passen om effecten van abortus en/of ongewenste zwangerschap te kunnen bepalen. Bovendien kun je zwangere vrouwen die een abortus overwegen niet zomaar vergelijken met vrouwen die gewenst zwanger zijn, nooit zwanger zijn geweest, of gedwongen een ongewenste zwangerschap uitdragen. Gewoonlijk worden twee typen studies gebruikt om vragen te beantwoorden over mogelijke psychische gevolgen van abortus.

Bij het eerste type studies maakt men gebruik van subgroepen uit bestaande algemene populatiestudies waarin aan de participanten op retrospectieve wijze is gevraagd of men een abortus heeft meegemaakt (o.a. Fergusson e.a. 2009; Mota e.a. 2010; Steinberg & Finer 2011). Dergelijke studies kennen meestal een groot aantal deelnemers, hebben lange follow-upperiodes, en gebruiken uitgebreide diagnostische instrumenten om diverse psychische aandoeningen te meten. De groepen vrouwen die een abortus hebben meegemaakt binnen deze populatiestudies zijn echter meestal klein, onderrapportage van het hebben meegemaakt van een abortus is waarschijnlijk en zou de resultaten kunnen vertekenen, en het moment van de abortus kan niet nauwkeurig worden bepaald. Dit laatste is cruciaal om de volgorde van de gebeurtenissen vast te stellen, om hiermee de mogelijkheid uit te sluiten dat de psychische aandoeningen vooraf gingen aan de abortus, in plaats van andersom.

Bij het tweede type studies maakt men gebruik van zogenaamde primaire cohorten van vrouwen die een abortus mee hebben gemaakt; deze studies zijn speciaal ontworpen om effecten van abortus te onderzoeken (o.a. Major e.a. 2000; Foster e.a. 2015). In deze studies wordt de timing van de abortus wel nauwkeurig gemeten. In dit type studies is de meting van psychische aandoeningen echter over het algemeen beperkt tot een kort lijstje van symptomen van slechts een beperkt aantal psychische aandoeningen, en wordt geen klinisch diagnostisch instrument gebruikt.

AUTEURS

JENNEKE VAN DITZHUIJZEN, postdoc onderzoeker en docent, Universiteit Utrecht.

MARGREET TEN HAVE, senior wetenschappelijk medewerker, Trimbos-instituut, Utrecht.

RON DE GRAAF, senior wetenschappelijk medewerker, Trimbos-instituut, Utrecht.

CAROLUS H.C.J. VAN NIJNATTEN, hoogleraar Algemene Sociale Wetenschappen, Jeugdstudies, Universiteit Utrecht.

WILMA A.M. VOLLEBERGH, hoogleraar Algemene Sociale Wetenschappen, Jeugdstudies, Universiteit Utrecht.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. J.M. van Ditzhuijzen, Universiteit Utrecht, Faculteit der Sociale Wetenschappen, afd. Algemene Sociale Wetenschappen (ASW), Postbus 80.140, 3508TC, Utrecht.
E-mail: j.m.vanditzhuijzen@uu.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 18-1-2018.

Ook worden respondenten in dit type studies over het algemeen slechts een korte periode gevolgd.

In dit proefschriftonderzoek is getracht om de sterkste punten van populatiestudies met die van primaire cohortstudies te combineren. Het algemene doel van dit onderzoek was om inzicht te bieden in de psychische gezondheid van vrouwen nadat zij een abortus hebben meegemaakt. Het gaat hierbij om de ontwikkeling van veelvoorkomende psychische aandoeningen zoals opgenomen in de DSM-IV (APA 2000). De hoofdvraag van deze studie was of vrouwen die een ongewenste zwangerschap hebben laten afbreken, daarna een verhoogd risico hebben om psychische aandoeningen te krijgen, vergeleken met vrouwen die nooit een abortus hebben meegemaakt. Een onderliggende vraag hierbij was in hoeverre eventuele verschillen in psychische aandoeningen aan de abortus kunnen worden toegeschreven, en niet aan andere factoren, zoals vroegere psychiatrische aandoeningen.

Om deze vragen te kunnen beantwoorden, hebben we gegevens verzameld over de *lifetime*prevalentie van psychische aandoeningen vóór de ongewenste zwangerschap: de psychiatrische voorgeschiedenis. Verder maakten we een onderscheid tussen psychische aandoeningen die na de abortus voor het eerst zijn opgetreden (incidentie), en psychische aandoeningen die al eerder in het verleden zijn ontstaan, maar na de abortus opnieuw zijn opgetreden (recidief). Daarnaast wilden we weten wat de impact is van een geschiedenis van psychische aandoeningen op hoe

vrouwen een ongewenste zwangerschap en abortus ervaren en ermee omgaan. Ten slotte wilden we risicofactoren identificeren voor het eventuele optreden van psychische aandoeningen na een abortus.

METHODE

Opzet

De onderzoeksvragen werden onderzocht in een longitudinale primaire cohortstudie bij vrouwen die een abortus meemaakten, de *Dutch Abortion and Mental Health Study* (DAMHS). De data van deze vrouwen konden worden vergeleken met die van vrouwen die geen abortus hadden meegemaakt, uit de *Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2* (NEMESIS-2). NEMESIS-2 is een grote studie naar de psychische gezondheid van volwassen Nederlanders uitgevoerd door het Trimbos-instituut (De Graaf e.a. 2010). De interviewvragen van DAMHS waren grotendeels gelijk aan of gebaseerd op die van NEMESIS-2, daarnaast werden aparte vragen ontwikkeld die met de abortus te maken hadden. In NEMESIS-2 werden de deelnemers na het eerste interview ten tijde van het onderzoek twee keer opnieuw geïnterviewd over een periode van 6 jaar. In DAMHS werd hetzelfde gedaan, maar dan in een periode van ongeveer 5 jaar.

Hoewel de doelen van DAMHS en NEMESIS-2 vergelijkbaar waren (het bepalen van de prevalentie en incidentie van psychische aandoeningen), waren er ook verschillen tussen de twee cohortstudies, onder andere in de onderzoekspopulatie en de werving, waardoor de overlap in achtergrondvariabelen tussen de twee cohorten klein zou kunnen zijn. Om deze reden werd in sommige analyses gebruikgemaakt van een zogenaamd 1-op-1 *case-control exact matching design* (met *coarsened exact matching*; Iacus e.a. 2012). Dit is speciaal ontwikkeld voor situaties waarin

reguliere controle voor confounding mogelijk niet toereikend is. Daartoe werd voor iedere vrouw in DAMHS een exacte match gezocht in NEMESIS-2, die wat betreft relevante achtergrondvariabelen (zoals relatiestatus, leeftijdscategorie, het hebben meegemaakt van jeugdtrauma's) vergelijkbaar was. Op deze manier werd op stringente wijze gecorrigeerd voor verschillen in achtergrondvariabelen tussen de twee cohorten.

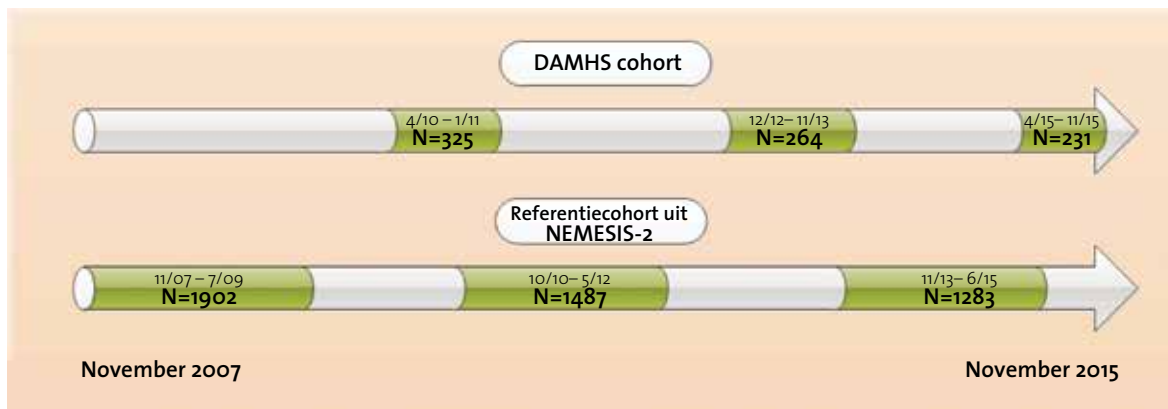
Werving en respondenten

Deelnemers aan de DAMHS-studie werden benaderd in 7 Nederlandse abortusklinieken verspreid over het land. In het DAMHS-cohort werden in de eerste meting 325 vrouwen geïnterviewd. Deze vrouwen waren tussen de 18 en de 46 jaar, woonachtig in Nederland, Nederlandssprekend, en hadden zelf voor een abortus gekozen (niet op medische indicatie). Uit NEMESIS-2 werden 1902 vrouwen geselecteerd in dezelfde leeftijd die nooit een abortus hadden meegemaakt. De inclusie van respondenten is weergegeven in **FIGUUR 1**; de respons- en uitvalanalyse werd elders beschreven (Van Ditzhuijzen 2017a).

Instrumenten

In beide studies werd gebruikgemaakt van hetzelfde diagnostische instrument, het *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI) version 3.0, ontwikkeld door het WHO-World Mental Health Survey Initiative (Alonso e.a. 2004), dat DSM-IV-diagnosen genereert. Uit klinische validatiestudies is gebleken dat CIDI-diagnosen sterk overeenkomen met klinische diagnoses verkregen uit geblindeerde klinische interviews die afgenomen zijn door klinici en met gebruik van het *Structural Clinical Interview for DSM-IV* (SCID) (Haro e.a. 2006). Voor de laagprevalente aandoeningen zou de DAMHS-groep te klein zijn, daarom werd gekozen om de volgende veelvoorkomende psychische aandoenin-

FIGUUR 1 Inclusie van respondenten in de drie metingen van DAMHS en het referentiecohort uit NEMESIS-2



gen te meten: stemmingsstoornissen (depressie in engere zin, dysthymie, bipolaire stoornis), angststoornissen (paniekstoornis, agorafobie, sociale fobie, specifieke fobie, gegeneraliseerde angststoornis) en stoornissen in midde-
 lengebruik (alcohol/drugsmisbruik en -afhankelijkheid). Van elke stoornis werd op de eerste meting de leeftijd van ontstaan van de aandoening (*age at onset*), de lifetimeprevalentie en de 12-maandsprevalentie vastgesteld. Op de vervolgmetingen werd vastgesteld of er sprake was van stoornissen sinds het vorige interview. Op deze manier was het mogelijk om zowel het voor het eerst optreden van stoornissen (incidentie) als het hernieuwd optreden hiervan (recidief) vast te stellen. In de eerste meting werden ook ontwikkelingsstoornissen (ADHD, gedragsstoornis, oppositioneel-opstandige gedragsstoornis) en de antisociale persoonlijkheidsstoornis gemeten (lifetime). De vrouwen in DAMHS werden 20 tot 40 dagen na de abortus voor het eerst geïnterviewd.

In zowel DAMHS als NEMESIS-2 werden diverse achtergrondvariabelen meegenomen: trauma's uit de kindertijd (fysieke, seksuele of psychische mishandeling, en emotionele verwaarlozing), sociale steun van de partner en van anderen, en diverse demografische kenmerken zoals leeftijd, etniciteit, religie en inkomen (voor een beschrijving, zie De Graaf e.a. 2010). In DAMHS werden daarnaast diverse aspecten van de ongewenste zwangerschap en de abortus bevraagd, zoals de zwangerschapsduur, eerdere abortussen, kenmerken van de besluitvorming (twijfel, druk van anderen, tevredenheid met de beslissing), beleving van en omgaan met de abortus (emotionele belasting, ervaren emoties, *coping*, *self-efficacy*). Ook werd in DAMHS gevraagd naar de aard van de relatie met de verwekker (stabiel versus onstabiel, zie Van Ditzhuijzen e.a. 2017b).

RESULTATEN

Psychische aandoeningen vóór de abortus

Omdat een psychiatrische voorgeschiedenis eventuele psychische problematiek na de abortus zou voorspellen (APA 2008; NCCMH 2011), werd als eerste onderzocht in hoeverre er verschillen waren in psychiatrische voorgeschiedenis tussen het abortuscohort en het referentiecohort. De lifetimeprevalentie van enigerlei psychische aandoening ontstaan vóór de abortus was 68,3% bij vrouwen in het DAMHS-onderzoek en 42,2% bij degenen in NEMESIS-2 (Van Ditzhuijzen e.a. 2013; zie **TABEL 1**). Uit de analyses bleek dat de kans dat vrouwen eerder psychische aandoeningen hadden gehad, driemaal zo groot was in de abortusgroep als in de controlegroep. In deze analyse werd gecorrigeerd voor demografische variabelen.

Om te kunnen uitsluiten dat de problematiek toch abortusgerelateerd zou kunnen zijn, werd aanvullend gekeken of de resultaten anders waren voor uitsluitend vrouwen die voor het eerst een abortus meemaakten ($n = 239$), en wanneer alleen eerdere problematiek werd meegenomen die langer dan een jaar geleden voor het eerst ontstaan was. Dit leverde geen andere bevindingen op.

Wanneer we keken naar de effecten van de psychiatrische voorgeschiedenis op hoe vrouwen een ongewenste zwangerschap en de abortus beleefden, dan bleek dat vrouwen met een psychiatrische achtergrond vaker twijfelden over de beslissing, en meer emotionele belasting van de ongewenste zwangerschap en de abortusbehandeling, alsook meer negatieve emoties, ervoeren (Van Ditzhuijzen e.a. 2015). Ook scoorden zij lager op abortusspecifieke *self-efficacy* (het ontspannen kunnen omgaan met en denken aan baby's en zwangerschap, of films zien over abortus) en gebruikten zij meer vermijdende en emotiegerichte copingstrategieën zoals afleiding zoeken en zichzelf de schuld geven van de situatie. Er waren geen verschillen in ervaren druk van anderen, tevredenheid met de beslissing, en positieve emoties na de abortus (zoals opluchting). Een psychiatrische voorgeschiedenis was dus sterk van invloed op de ervaringen rond de abortus in termen van twijfel, stress en emotionele last, maar was niet van invloed op de mate waarin vrouwen achter hun beslissing stonden.

Psychische aandoeningen na abortus

Om te onderzoeken of het risico op psychische aandoeningen verhoogd is na een abortus – de hoofdvraag van het onderzoek – keken we of er in de periode na de abortus (tot 5-6 jaar na dato) voor het eerst psychische aandoeningen ontstonden (incidentie) of hernieuwd optraden (recidief). Er leken in eerste instantie in de ruwe gegevens verschillen te zijn in *incidentie* op alle categorieën van psychische aandoeningen (stemmings-, angst-, middelenstoornissen en de totaalmaat 'enigerlei psychische stoornis'). Echter, nadat de cohorten gematcht waren op achtergrondvariabelen zoals leeftijd, relatiestatus en jeugdtrauma's, bleek de waarschijnlijkheid om een psychische aandoening te krijgen niet significant hoger bij vrouwen die een abortus hadden meegemaakt dan bij vrouwen die deze ervaring niet hadden (Van Ditzhuijzen e.a. 2017a). Ook na 5 tot 6 jaar was de incidentie na de matching niet significant verhoogd bij vrouwen die een abortus meegemaakt hadden (Van Ditzhuijzen 2017a).

Dat we in de ongematchte ruwe data wel verschillen zagen, betekent dat deze factoren de relatie met incidentie verklaarden. In andere woorden: bij vrouwen die een abortus meemaakten, kwamen bepaalde karakteristieken vaker

TABEL 1 Lifetimeprevalentie van psychische aandoeningen (psychiatrische voorgeschiedenis) bij de abortusgroep (DAMHS) en de referentiegroep uit NEMESIS-2, met bijbehorende oddsratio's

	DAMHS (n = 325) % (SD)	Referentie ^a (n = 1902) % (SD)	Oddsratio ^b (95%-BI)	P
Stemmingsstoornissen	40,9 (2,7)	25,0 (0,9)	2,30 (1,78-2,98)	< 0,001
Depressieve stoornis	36,9 (2,7)	23,2 (1,0)	2,18 (1,67-2,83)	< 0,001
Dysthimie	2,5 (0,9)	1,8 (0,3)	1,14 (0,51-2,57)	0,75
Bipolaire stoornis	3,4 (1,0)	1,6 (0,3)	2,26 (1,07-4,77)	0,03
Angststoornissen	39,7 (2,7)	22,5 (1,0)	2,31 (1,79-2,99)	< 0,001
Paniekstoornis	7,7 (1,5)	4,3 (0,5)	2,06 (1,27-3,35)	0,004
Agorafobie	1,8 (0,7)	1,4 (0,3)	1,64 (0,64-4,19)	0,30
Sociale fobie	18,8 (2,2)	10,9 (0,7)	1,94 (1,40-2,70)	< 0,001
Specifieke fobie	19,4 (2,2)	9,9 (0,7)	2,30 (1,66-3,20)	< 0,001
Gegeneraliseerde angststoornis	7,1 (1,4)	4,7 (0,5)	1,51 (0,93-2,47)	0,10
Middelenmisbruik en -afhankelijkheid	23,1 (2,3)	11,2 (0,7)	2,16 (1,58-2,95)	< 0,001
Alcoholmisbruik	15,4 (2,0)	8,0 (0,6)	1,83 (1,27-2,62)	0,001
Alcoholafhankelijkheid	2,2 (0,8)	0,6 (0,2)	4,21 (1,53-11,59)	0,005
Drugsmisbruik	7,1 (1,4)	3,0 (0,4)	2,28 (1,35-3,86)	0,002
Drugsafhankelijkheid	6,2 (1,3)	1,2 (0,2)	4,96 (2,55-9,66)	< 0,001
Ontwikkelingsstoornissen^c	21,3 (2,3)	5,7 (0,6)	4,35 (3,01-6,28)	< 0,001
ADHD	4,7 (1,2)	1,4 (0,3)	3,50 (1,71-7,15)	0,001
Gedragstoornis (conduct disorder)	16,3 (2,1)	3,2 (0,4)	6,97 (4,41-11,01)	< 0,001
Oppositieel-opstandige gedragsstoornis	6,0 (1,3)	1,8 (0,3)	2,91 (1,58-5,34)	0,001
Enigerlei as 1-stoornis	68,3 (2,6)	42,2 (1,1)	3,06 (2,36-3,98)	< 0,001

a Percentages voor de controlegroep uit NEMESIS-2 werden gewogen naar de Nederlandse populatie.

b Er werd gecorrigeerd voor leeftijdscategorie, wel of niet samenwonend, wel of niet werkloos, opleidingsniveau, etniciteit en urbanisatiegraad.

c Voor de ontwikkelingsstoornissen werd de lifetimeprevalentie gebaseerd op de kinderjaren.

voor (zoals werkloos zijn en het hebben meegemaakt van jeugdtrauma's) die ook gerelateerd zijn aan een verhoogd risico op psychische aandoeningen.

Wat betreft hernieuwd optreden van stoornissen (recidief): na het matchen op achtergrondvariabelen vonden we dat vrouwen die een abortus hadden meegemaakt na 2,5 tot 3 jaar een enigszins verhoogd risico hadden op terugkeer van psychische aandoeningen in het algemeen. Wel moet worden opgemerkt dat het aantal cases in deze analyses tamelijk klein was, het effect marginaal significant ($p = 0,05$), en dit effect alleen bij de totaalmaat 'enigerlei aandoening' en niet bij de stoornisgroepen (stemmings-, angst- en middelenstoornissen) gevonden werd. Voorzichtigheid bij de interpretatie van deze bevindingen is dan ook sterk op zijn plaats. Na 5 tot 6 jaar bleek dit effect geheel verdwenen, waaruit we kunnen afleiden dat op langere termijn geen sprake meer was van een verhoogd risico op hernieuwd optreden van psychische aandoeningen na het meemaken van een abortus.

Risicofactoren voor psychische aandoeningen na een abortus

Hoewel uit de door ons beschreven studies bleek dat abortus over het algemeen het risico op het ontstaan van psychische aandoeningen niet verhoogde, wilden we kijken welke factoren samenhangen met het ontstaan van psychische aandoeningen na het meemaken een abortus, wanneer deze wel voorkwamen (Van Ditzhuijzen e.a. 2017b). Op basis van een literatuuranalyse werd allereerst een aantal potentiële risicofactoren geselecteerd. Vervolgens werden bi- en multivariate regressieanalyses uitgevoerd om na te gaan of deze factoren de incidentie of recidivering van psychische aandoeningen na 2,5 tot 3 jaar na een abortus voorspelden.

Uit deze analyses bleek dat abortusgerelateerde variabelen (zoals moeite met de beslissing, negatieve emoties na een abortus, maar ook het hebben meegemaakt van eerdere abortussen) geen voorspellers waren voor het optreden van psychische aandoeningen na de abortus. Een onsta-

biele relatie met de verwekker, een groter aantal meegemaakte negatieve levensgebeurtenissen in het jaar vóór de abortus, maar ook eerdere psychische aandoeningen, vormden daarentegen wel significante predictoren voor het optreden van psychische aandoeningen na een abortus.

DISCUSSIE

Vrouwen die een abortus hebben meegemaakt, hebben vaker psychische aandoeningen gehad dan vrouwen die geen abortus hebben meegemaakt. Eerder gevonden associaties tussen abortus en psychische problematiek in onderzoek waarin psychiatrische voorgeschiedenis niet werd vastgesteld, zouden door deze voorgeschiedenis verklaard kunnen worden.

Verder bleek dat vrouwen met een psychiatrische voorgeschiedenis over het algemeen een wat stressvoller proces doormaken (in termen van twijfel, negatieve emoties, emotionele belasting, coping en self-efficacy) wanneer ze een abortus meemaken, dan vrouwen zonder deze achtergrond. Ook bleek dat het meemaken van een abortus op zichzelf het risico op psychische aandoeningen niet verhoogt.

Dit komt overeen met de conclusies van andere empirische studies van hoge kwaliteit (zoals Gilchrist e.a. 1995; Munk-Olsen e.a. 2011; Biggs e.a. 2015; 2017) en met conclusies van de meest grondige reviewstudies op dit gebied (APA 2008; NCCMH 2011). Studies die wél associaties vonden tussen abortus en psychische problematiek na een abortus (zoals die van Fergusson e.a. 2009) bleken vaak niet grondig genoeg te hebben gecorrigeerd voor psychiatrische problematiek die aanwezig was voor een abortus.

De resultaten wijzen er verder op dat wanneer vrouwen wél stoornissen krijgen na een abortus, dit sterk gerelateerd is aan kwetsbaarheidsfactoren zoals een psychiatrische voorgeschiedenis. Andere belangrijke risicofactoren hiervoor waren een onstabiele partnerrelatie en eerdere negatieve levensgebeurtenissen. Ervaringen rond de abortus zelf bleken niet voorspellend voor psychische problematiek na een abortus.

Op basis van ons onderzoek en de literatuur kunnen we stellen dat een abortus geen specifieke risico's met zich meebrengt voor de psychische gezondheid. Deze studie vormt een belangrijke bijdrage aan het onderzoek op dit gebied, omdat tegemoetgekomen is aan belangrijke methodologische beperkingen die onderzoek op dit gebied kenmerken. Het is de eerste studie op dit gebied waarin onderscheid is gemaakt tussen het voor het eerst optreden (incidentie) en het hernieuwd optreden (recidief) van psychische aandoeningen. Dit onderzoek was ook het eerste onderzoek in deze context waarin gebruik werd gemaakt van een 1-op-1-matchingprocedure, hetgeen een

meer rigoureuze methode is voor het omgaan met confounding in dit type onderzoek dan de gebruikelijke manier van corrigeren voor covariaten in een regressiemodel (Dehejia & Wahba 2002; Cook e.a. 2008). Tot deze methode hadden andere onderzoekers eerder opgeroepen (Kessler & Schatzberg 2012).

Beperkingen

Deze studie heeft ook methodologische beperkingen. Het meetinstrument CIDI 3.0 is afhankelijk van retrospectieve zelfrapportage, wat met name voor de lifetimedagnoses kan leiden tot onderrapportage (Moffitt e.a. 2010). Er is echter geen reden om aan te nemen dat deze onderschatting verschillend is in de twee cohorten.

Een tweede punt is dat de DAMHS-groep enigszins selectief was. De demografische kenmerken van de onderzochte groep (ouder, vaker samenwonend of gehuwd en hoger opgeleid dan de totale abortuspopulatie) worden over het algemeen in verband gebracht met een lagere prevalentie van psychische aandoeningen (De Graaf e.a. 2010). Om die reden lijken de prevalentiecijfers van de abortusgroep met betrekking tot psychiatrische voorgeschiedenis eerder een onderschatting dan een overschatting.

Ten slotte hebben wij ons moeten beperken tot de veelvoorkomende stoornissen, en zijn andere psychische stoornissen buiten beschouwing gelaten. Op basis van de wetenschappelijke literatuur verwachten we echter niet dat het meenemen van meer stoornissen, zoals posttraumatische stressstoornis, tot heel andere bevindingen zou hebben geleid (zie ook Van Ditzhuijzen 2017b).

Implicaties

De conclusies van deze studie vormen geen aanleiding om specifieke interventies te ontwikkelen ter voorkoming van het ontstaan van psychische stoornissen na een abortus, omdat het niet aannemelijk is dat een abortus op zichzelf het risico op psychische aandoeningen verhoogt. Omdat de prevalentie van eerdere psychische aandoeningen relatief hoog is onder vrouwen die een abortus meemaken, kan de abortuskliniek mogelijk wel een goede plek zijn om extra attent te zijn op vrouwen met mogelijke eerdere psychische problematiek. Abortuscliënten met psychische problematiek hebben mogelijk baat bij doorverwijzing naar de reguliere geestelijke gezondheidszorg voor deze problemen.

Een conclusie uit deze studie die vraagt om vervolgonderzoek is dat vrouwen met eerdere psychische aandoeningen zijn oververtegenwoordigd in de abortuskliniek. Een eerste mogelijke verklaring hiervoor is dat deze vrouwen een groter risico lopen op ongewenste zwangerschap. Zo zijn externaliserende stoornissen zoals de antisociale gedragsstoornis gerelateerd aan seksueel risicogedrag later in het

leven (Ramrakha e.a. 2007) en (daarmee) aan ongewenste zwangerschap (Pedersen & Mastekaasa 2011). Ook is bekend dat vrouwen met psychische aandoeningen vaker inconsistent of geen anticonceptie gebruiken (Stidham Hall e.a. 2013). Dit maakt deze verklaring plausibel.

Een tweede verklaring kan zijn dat vrouwen met eerdere psychische aandoeningen een ongeplande zwangerschap vaker als ongewenst zien. Dit zou gemedieerd kunnen zijn door factoren zoals een laag zelfbeeld, dat vaak in verband is gebracht met depressie, sociale angst en middelenafhankelijkheid (Silverstone & Salsali, 2003; Martino e.a. 2006; Orth e.a. 2009), of door psychofarmacagebruik. Sommige vrouwen willen een kind niet genetisch belasten met psychische problematiek. De verklaringen sluiten elkaar niet uit; vervolgonderzoek zou zich hierop kunnen richten.

Betekent dit ook dat we in de psychiatrische behandeling meer vrouwen tegenkomen met een verhoogde kans op ongewenste zwangerschap? Dat is relevant voor interventies gericht op voorkomen van ongewenste zwanger-

schap. Recent is er in Tilburg en Rotterdam een pilot gestart met een outreachproject waarbij zeer kwetsbare vrouwen, dat wil zeggen vrouwen met een groot scala aan psychische (en andere) problemen waarbij al eerder kinderen uit huis geplaatst zijn, gericht en persoonlijk toegesneden anticonceptiecounseling krijgen. Dit project lijkt een veelbelovende manier om bij deze uitgesproken kwetsbare vrouwen ongewenste zwangerschappen terug te dringen. Toekomstig onderzoek zou zich kunnen richten op de reproductieve keuzes van deze kwetsbare vrouwen die een verhoogd risico lopen op ongewenste zwangerschap en abortus.

NOOT

1 Dit artikel is een samenvatting van het proefschrift 'Abortion and mental health. A longitudinal study of common mental disorders among women who terminated an unwanted pregnancy' (Van Ditzhuijzen 2017a), gebaseerd op 5 internationale artikelen.

LITERATUUR

- Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha, T, Bryson H, e.a. Sampling and methods of the European study of the epidemiology of mental disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2004; 420: 8-20.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (DSM-IV)*. Washington: APA; 2000.
- American Psychological Association, Task Force on Mental Health and Abortion. *Report of the APA task force on mental health and abortion*. Washington: APA; 2008. (<http://www.apa.org/pi/wpo/mental-health-abortion-report.pdf>).
- Biggs MA, Neuhaus JM, Foster DG. Mental health diagnoses 3 years after receiving or being denied an abortion in the United States. *Am J Public Health* 2015; 105: 2557-63.
- Biggs MA, Upadhyay UD, McCulloch CE, Foster DG. Women's mental health and well-being 5 years after receiving or being denied an abortion. A prospective longitudinal cohort study. *JAMA Psychiatry* 2017; 74: 169-78.
- Coleman PK. Abortion and mental health: Quantitative synthesis and analysis of research published 1995-2009. *Br J Psychiatry* 2011; 199: 180-6.
- Cook TD, Shadish WR, Wong VC. Three conditions under which experiments and observational studies produce comparable causal estimates: New findings from within-study comparisons. *J Policy Anal Manag* 2008; 27: 724-50.
- Dehejia RH, Wahba S. Propensity score-matching methods for nonexperimental causal studies. *Rev Econ Stat* 2002; 84: 151-61.
- Ditzhuijzen J van. Abortion and mental health. A longitudinal study of common mental disorders among women who terminated an unwanted pregnancy [proefschrift]. Utrecht: Utrecht University; 2017a.
- Ditzhuijzen J van. Psychische stoornissen na abortus: Geen wetenschappelijke ondersteuning. *Reactie op Ward Biemans*. *Tijdschrift voor Gezondheidszorg en Ethiek* 2017b; 27: 64-5.
- Ditzhuijzen J van, ten Have M, de Graaf R, Lugtig P, van Nijnatten CHCJ, Vollebergh WAM. Incidence and recurrence of common mental disorders after abortion: Results from a prospective cohort study. *J Psychiatr Res* 2017a; 84: 200-6.
- Ditzhuijzen J van, ten Have M, de Graaf R, van Nijnatten CHCJ, Vollebergh WAM. Psychiatric history of women who have had an abortion. *J Psychiatr Res* 2013; 47: 1737-43.
- Ditzhuijzen J van, ten Have M, de Graaf R, van Nijnatten CHCJ, Vollebergh WAM. The impact of psychiatric history on women's pre- and postabortion experiences. *Contraception* 2015; 92: 246-53.
- Ditzhuijzen J van, ten Have M, de Graaf R, van Nijnatten CHCJ, Vollebergh WAM. Correlates of common mental disorders among Dutch women who had an abortion: A longitudinal cohort study. *Perspect Sex Reprod Health* 2017b; 49: 123-31.
- Fergusson DM, Horwood LJ, Boden JM. Reactions to abortion and subsequent mental health. *Br J Psychiatry* 2009; 195: 420-6.

- Foster DG, Steinberg JR, Roberts SC, Neuhaus J, Biggs MA. A comparison of depression and anxiety symptom trajectories between women who had an abortion and women denied one. *Psychol Med* 2015; 45: 2073-82.
- Gilchrist AC, Hannaford PC, Frank P, Kay CR. Termination of pregnancy and psychiatric morbidity. *BJPsych* 1995; 167: 243-8.
- Graaf R de, Have M ten, Dorsselaer S van. De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten. Utrecht: Trimbos-instituut; 2010.
- Haro JM, Arbabzadeh-Bouchez S, Brugha TS, De Girolamo G, Guyer E, Jin R, e.a. Concordance of the Composite International Diagnostic Interview Version 3.0 (CIDI 3.0) with standardized clinical assessments in the WHO World Mental Health Surveys. *Int J Meth Psychiatr Res* 2006; 15: 167-80.
- Iacus SM, King G, Porro G. Causal inference without balance checking: coarsened exact matching. *Polit Anal* 2012; 20: 1-24.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Jaarrapportage 2014 van de Wet afbreking zwangerschap. Utrecht: IGZ; 2015. <http://www.igz.nl>
- Kessler RC, Schatzberg AF. Commentary on abortion studies of Steinberg and Finer (*Social Science & Medicine* 2011;72:72-82) and Coleman (*Journal of Psychiatric Research* 2009;43:770-6 & *Journal of Psychiatric Research* 2011; 45:1133-4. *J Psychiatr Res* 2012; 46: 410-1.
- Levels M, Need A, Nieuwenhuis R, Sluiter R, Ultee W. Unintended pregnancy and induced abortion in the Netherlands 1954-2002. *Eur Sociol Rev* 2012; 28: 301-18.
- Major B, Cozzarelli C, Cooper ML, Zubek J, Richards C, Wilhite M, e.a. Psychological responses of women after first-trimester abortion. *Arch Gen Psychiatr* 2000; 57: 777-84.
- Martino SC, Collins RL, Ellickson PL, Klein DJ. Exploring the link between substance abuse and abortion: The roles of unconventionality and unplanned pregnancy. *Perspect Sex Reprod Health* 2006; 38: 66-75.
- Moffitt TE, Caspi A, Taylor A, Kokaua J, Milne BJ, Polanczyk G, e.a. How common are common mental disorders? Evidence that lifetime prevalence rates are doubled by prospective versus retrospective ascertainment. *Psychol Med* 2010; 40: 899-909.
- Mota NP, Burnett M, Sareen J. Associations between abortion, mental disorders, and suicidal behaviour in a nationally representative sample. *Can J Psychiatry* 2010; 55: 239-247.
- Munk-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB, Lidegaard Ø, Mortensen P. Induced first-trimester abortion and risk of mental disorder. *N Engl J Med* 2011; 364: 332-9.
- National Collaborating Centre for Mental Health. Induced abortion and mental health: A systematic review of the mental health outcomes of induced abortion, including their prevalence and associated factors. Londen: Academy of Medical Royal Colleges; 2011. (http://www.nccmh.org.uk/consultations_abortion.html).
- Orth U, Robins RW, Meier LL. Disentangling the effects of low self-esteem and stressful events on depression: Findings from three longitudinal studies. *J Pers Social Psychol* 2009; 97: 307-21.
- Pedersen W, Mastekaasa A. Conduct disorder symptoms and subsequent pregnancy, child-birth and abortion: A population-based longitudinal study of adolescents. *J Adolesc* 2011; 34: 1025-33.
- Raaijmakers S, Vlies I van der, Beer T de. Houding van Nederlanders jegens abortus. Rapport. Amsterdam: TNS Nipo; 2016.
- Sedgh G, Bearak J, Singh S, Bankole A, Popinchalk A, Ganatra B, e.a. Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends. *Lancet* 2016; 388: 258-67.
- Silverstone PH, Salsali M. Low self-esteem and psychiatric patients: Part I - The relationship between low self-esteem and psychiatric diagnosis. *Ann Gen Hosp Psychiatry* 2003; 2: 2.
- Steinberg JR, Finer LB. Examining the association of abortion history and current mental health: A reanalysis of the National Comorbidity Survey using a common-risk-factors model. *Soc Sci Med* 2011; 72: 72-82.
- Stidham Hall K, Moreau C, Trussell J, Barber J. Young women's consistency of contraceptive use – Does depression or stress matter? *Contraception* 2013; 88: 641-9.

SUMMARY

Abortion and the risk of mental disorders

J. VAN DITZHUIJZEN, M. TEN HAVE, R. DE GRAAF, C.H.C.J. VAN NIJNATTEN, W.A.M. VOLLEBERGH

BACKGROUND Research into the potential mental health consequences of abortion yields inconsistent results and is characterized by methodological limitations.

AIM To offer a more conclusive insight into women's mental health after an abortion by stringently taking both pre-abortion mental health and confounding covariates into account.

METHOD A prospective longitudinal cohort study, the Dutch Abortion and Mental Health Study (DAMHS), through which women with and without abortion experiences could be compared. The study was designed in a similar way to the large scale Dutch population study into mental health of the Trimbos Institute, the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2 (NEMESIS-2).

RESULTS Women who had an abortion were significantly more likely to have had previous DSM-IV mental disorders. Psychiatric history appeared to be associated with how women experienced and handled the unwanted pregnancy and abortion. A prior history of mental disorders, aversive recent life events or an unstable partner relationship increased the risk of developing post abortion mental disorders, while experiencing an abortion did not.

CONCLUSION Women who have had an abortion more often have a history of mental disorders, yet there is no evidence that an abortion in itself would increase the risk of developing a mental disorder.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 60(2018)8, 527-535

KEY WORDS abortion, common mental disorders, psychiatric epidemiology, unwanted pregnancy