

Psigiatriese Aspekte van Terapeutiese Aborsie

G. VAN NIEKERK

SUMMARY

The indications for termination of pregnancy in terms of the Abortion and Sterilization Act of 1975, and the evaluation of 100 pregnant White women are discussed.

S. Afr. med. J., 55, 421 (1979).

Vroeër was alle aborsies in Suid-Afrika onwettig, alhoewel geneeshere gewoonlik nie vervolgt is as die aborsies om aanvaarde geneeskundige redes gedoen is nie. In 1973 is 'n Wet op Vrugafdrywing en Sterilisasie by die parlement ingedien, wat na die eerste lesing na 'n kommissie verwys is en na veranderings aanvaar is, en in Maart 1975 in werking getree het.¹

PASIËNTE EN PROSEDURE

Pasiënte

Hierdie reeks bestaan uit Blanke vroue — kultureel 'n naastenby homogene groep — wat vanaf Maart 1975 tot Maart 1978 by Tygerberg-hospitaal geëvalueer is.

Die pasiënte is soms deur geneeshere en soms deur ander persone, bv. maatskaplike werksters, na die Departement Ginekologie en Verloskunde, Tygerberg-hospitaal verwys. Die pasiënte se eerste kontak is gewoonlik met die geneeskundige maatskaplike werkster belas met die werk, wat die evaluasieprosedure aan die pasiënt en familieleden verduidelik en 'n onderhoud voer om maatskaplike en ander agtergrondinformatie te verkry.

Evalueeringsprosedure

Die pasiënt word vir 2-5 dae in die psigiatrisaal opgeneem en in 'n 1 bed-kamer gehuisves, en neem deel aan die daaglikse program in die saal as en wanneer sy wil. Sy word fisies (ook ginekologies) ondersoek en deur psigiatry opgeleide verpleegpersoneel en arbeidsterapeute waargeneem, daar word verskeie onderhoude met die psigiater gevoer, en sy word deur 'n kliniese sielkundige getoets. Die maatskaplike werkster sit haar onderhoude met die pasiënt voort, en die pasiënt kan op eie versoek die hospitaalleraar of enige ander leraar spreek. Gedurende die evalueringstydperk ontvang die pasiënt vrylik besoek van naasbestaendes en vriende na eie keuse. Gewoonlik word onderhoude met naasbestaendes gevoer. Verdere informasie kan van die pasiënt se huidige en vorige geneeshere ingewin word.

Die psigiatriese onderhoude is deur 1 psigiater gevoer, en in dié opsig is die onderhoude gestandaardiseer, maar nie onveranderlik gestruktureer nie. Die kliniese onderhoude het die volgende ingesluit: volledige geskiedenis van die pasiënt, familie-, ontwikkelings- en verhoudingsgeskiedenis, skool- en werkrekords, seks- en sosiale aanpassings, gedragspatrone, en huweliks-, siekte- en kraamgeskiedenis. Baie aandag is geskenk aan die pasiënt se algemene houding, idees, en oortuigings ten opsigte van swangerskap, aborsie (algemeen en spesifiek) en voortsetting van die huidige swangerskap. Gemiddeld 3-4 uur is aan psigiatriese onderhoude bestee.

Die evalueringsproses, soos hierbo beskryf, is gedoen ten einde die geneeshere die geleentheid te bied om die pasiënt so volledig moontlik te evalueer,^{2,3} en om die pasiënt die geleentheid te bied om haar gevoelens en oortuigings te definieer.

Sielkundige toetsing het bestaan uit intelligensiemeting volgens die volwasse Wechsler-skaal, en persoonlikheidstoets (tematiese appersepsietoets, Rorschach-inkkladtoets, 16PF-vraelys, en 'draw-a-person'-toets).

Besluitneming

Aan die hand van al die beskikbare gegewens stel die psigiater 'n verslag op, met vermelding van o.m. intelligensie, persoonlikheidseienskappe, enige aanduiding van psigiatriese siekte (nou of in die verlede), met uitbreiding oor die aard, duur, erns en prognose daarvan, en enige omgewingsfaktore van belang. Die verslag bevat ook die psigiater se mening oor hoe voortsetting van die swangerskap die pasiënt waarskynlik sal beïnvloed, sowel as enige duidelike psigiatriese indikasies vir aborsie. Die pasiënte is dikwels ook deur ander psigiaters gesien, en soms is die geval voorgedra aan, en die pasiënt gesien deur, 'n konferensie van al die psigiaters in die Departement Psigiatry, Tygerberg- en Stikland-hospitale, vir advies en aanbeveling. Die verslag van die psigiater gaan na 'n vaste komitee wat bestaan uit die hoof van die Departement Ginekologie en Verloskunde (of sy gedelegeerde), die eerste mediese superintendent (of sy gedelegeerde), en die psigiater. Die geneesheer wat die pasiënt ginekologies hanteer en die maatskaplike werkster is ook teenwoordig by die komiteevergadering om inligting te verskaf. Aan die hand van die voorgelegde informasie en verslag besluit die komitee dan of die swangerskap getermineer sal word of nie. Die maatskaplike werkster en/of psigiater dra die besluit van die komitee aan die pasiënt en naasbestaendes oor en reël vir die verdere hantering van die pasiënt.

Indikasies vir Terapeutiese Terminasie van Swangerskap

Die indikasies is vervat in die Wet op Vrugafdrywing en Sterilisasie, No. 2 van 1975. Na my mening is die funksie

Departement Psigiatry, Tygerberg-hospitaal, Parowvallei, en Stikland-hospitaal, Bellville, KP

G. VAN NIEKERK, M.B. CH.B., L.F. PSIG. (S.A.)

Ontvangsdatum: 21 Augustus 1978.

van die psigiater om elke geval te beoordeel aan die hand van die indikasies soos uiteengesit in dié Wet, en om in die proses so objektief as moontlik te wees en nie deur sy/haar eie idees/houdings/oortuigings beïnvloed te word nie. Die Wet gee nie en kan ook nie absolute voorskrifte gee nie; dit word die funksie van die psigiater om helderheid te kry oor vaaghede soos 'ernstige bedreiging van die vrou se geestesgesondheid', wat natuurlik die moontlikheid van subjektiewe motiewe in die evalueringproses meebring.⁴ Die idees en houding van die mediese professie t.o.v. terapeutiese aborsie voor die ingebruikneming van die Wet was hier behulpsaam en was destyds weerspieël in voorleggings wat gemaak is en besprekings wat gehou is tussen medici en lede van die Kommissie. Verder is 'n opsomming van vereistes deur die Departement van Gesondheid gegee, wat die indikasies duideliker omlin. Na my mening moet die psigiater die evaluering suiwer aan die hand van die opdragte vervat in die Wet en regulasies doen, m.a.w. hy moet bloot die Wet interpreteer teen die agtergrond van sy deskundige kennis en ervaring.^{5,6}

Die psigiatriese indikasies vir terminasie van swangerskap is in ons eenheid as volg benader:

Artikel 3 (1) (a). Vrugafdrywing mag slegs bewerkstellig word 'waar die voortgesette swangerskap die lewe van die betrokke vrou in gevaar stel of 'n ernstige bedreiging vir haar liggaamlike gesondheid uitmaak, en twee ander geneeshere skriftelik gesertifiseer het dat na hul oordeel die voortgesette swangerskap die lewe van die betrokke vrou aldus in gevaar stel of aldus 'n ernstige bedreiging vir haar liggaamlike gesondheid uitmaak en vrugafdrywing noodsaaklik is om die vrou se lewe of liggaamlike gesondheid te verseker'.⁷

Die gevaar van selfmoord deur 'n swanger vrou is nie 'n psigiatriese indikasie vir terminasie nie, maar die psigiater moet die erns van die selfmoordrisiko beoordeel. Indien dit blyk uit evaluasie van die vrou se persoonlikheidsstruktuur, huidige omstandighede, en reaksies op emosionele stress (tans en in die verlede) dat daar 'n ernstige selfmoordrisiko bestaan, en dat die vrou by voortsetting van die swangerskap waarskynlik selfmoord sal pleeg, dan is vrugafdrywing aanbeveel. Selfmoordrisiko is dus alleen in uitsonderlike gevalle as indikasie vir terapeutiese aborsie aanvaar.

Artikel 3 (1) (b). Vrugafdrywing mag slegs bewerkstellig word 'waar die voortgesette swangerskap 'n ernstige bedreiging vir die geestesgesondheid van die betrokke vrou uitmaak, en twee ander geneeshere skriftelik gesertifiseer het dat na hul oordeel die voortgesette swangerskap die gevaar skep van blywende skending van die vrou se geestesgesondheid en vrugafdrywing noodsaaklik is om die geestesgesondheid van die vrou te verseker'.⁷

Hier word die erns van die bedreiging en die permanente beskadiging van die geestesgesondheid beklemtoon. Daar kan baie oor dié stelling geargumenteer word, en baie argumente is al wêreldwyd daaroor gevoer, met menings wat wissel van bv. dat geen psigiatriese siekte permanente beskadiging veroorsaak nie tot dat enige emosionele stress die gevaar van permanente beskadiging inhou. Ons benadering was as volg:

Skisofrenie. Dit word aanvaar dat skisofrenie deur faktore gedurende swangerskap en kraam veroorsaak of vererger

kan word. Elke aanval van skisofrenie is 'n ernstige siekte-toestand, en elke aanval, terugval of opflukking hou die gevaar in van verdere persoonlikheidsbeskadiging op emosionele en konatiewe gebiede. Indien 'n vrou dus voorheen aan skisofrenie gely het, en veral as swangerskap en kraam die siekte aangebring of vererger het, word aanvaar dat voortsetting van 'n huidige swangerskap die gevaar inhou van akute opflukking van die siekte, met waarskynlik permanente beskadiging van die geestesfunksies tot gevolg.

Affeksiektes. Hierdie siektes sluit manies-depressiewe siekte en endogene depressie in, m.a.w. uni- of bipolêre affeksiektes.

Affeksiektes kan ernstig van graad en/of duur wees en gaan met allerlei newegevare gepaard, soos selfmoord, uitputting, ens. Indien 'n vrou dus gedurende of voor die swangerskap aan 'n affeksiekte van ernstige graad gely het, en veral as die aanbring van die siekte verband hou met swangerskap en/of kraam, kan voortsetting van die swangerskap as 'n ernstige bedreiging vir haar geestesgesondheid beskou word en is dit 'n indikasie vir terapeutiese aborsie.

Psigoneurose. Psigoneurotiese siektetoestande van ernstige graad en duur, veral by iemand wie se persoonlikheid nog ontwikkel, skep die gevaar van permanente 'sieklige' reaksiepatrone wat funksievermoë permanent kan belemmer.

Indien daar onteenseglike bewyse in die vrou se geskiedenis (ook kollateraal) en ondersoek is dat sy voorheen aan 'n ernstige neurotiese siektetoestand gely het wat aangebring of veroorsaak is deur swangerskap en/of kraam, en dat met die huidige swangerskap 'n soortgelyke siektebeeld ontwikkel het, kan dit as indikasie vir terapeutiese aborsie dien. Ook in die geval van 'n ernstige en/of langdurige psigoneurose, waar dit duidelik is dat die vrou nie oor die vermoë beskik om die oorweldigende stress van die huidige swangerskap te hanteer nie, kan terapeutiese aborsie aangewese wees, veral by 'n jong vrou wat nog ontwikkeling en ryping kan ondergaan.

Epilepsie. In die uitsonderlike gevalle waar swangerskap die frekwensie en erns van epileptiese aanvalle só vererger dat hulle nie terapeuties beheer kan word nie en gevaar inhou vir die vrou se lewe en fisiese gesondheid, kan epilepsie as indikasie vir terapeutiese aborsie aanvaar word.

Kinderwet. Volgens die Kinderwet is 'n meisie van tussen 12 en 16 jaar oud nie in staat om toestemming tot koïtus te gee nie, en is dit 'n kriminele oortreding vir 'n man om koïtus met so 'n meisie te hê. Hierdie verbod, eintlik 'n beskermingsmaatreeël, word nie vermeld in die Wet op Vrugafdrywing en Sterilisasie van 1975 nie. Die een wet bepaal dat die meisie nie toestemming tot koïtus kan gee nie, maar die ander wet bevat geen bepaling dat die vrug van hierdie handeling, waartoe sy nie kan toestem nie, verwyder mag word nie. Die Kommissie van Ondersoek het dit oorweeg om die terminasie van swangerskap by 'n vrou onder 16 jaar aan te beveel op grond van onwettige vleeslike gemeenskap, maar het daarteen besluit, omdat die gevalle kragtens Artikel 3 (1) (b) behandel kan word.

In gevalle van swangerskap by meisies onder 16 jaar was dit opvallend dat die meisies emosioneel onvolwasse en seksueel eenvoudig (en gewoonlik onskuldig) is, en

klaarblyklik nie die volle implikasies van hul swangerskap in die vroeë stadia begryp nie.

Die ernstige graad van versteuring van die ouer/kind-verhouding, stress by die ouers, en versteuring van die lewensloop (skoolonderrig, ens.) van die kind, met gevolglike ernstige implikasies vir latere suksesvolle sosiale en beroepsaanpassing, was deurentyd opmerklik in gevalle van swangerskap by vroue onder 16 jaar.

Dit is baie van ons se ervaring dat persoonlikheids- en emosionele probleme by jong meisies (onder 16 jaar) wat reeds swangerskap deurloop het, minder suksesvol behandel kan word as by meisies in dieselfde ouderdomsgroep wat nie swanger was nie.

Die mens se emosionele ontwikkeling, gekoppel aan biologiese ontwikkeling, vind plaas tot in sy vroeë twintigerjare; voor die ouderdom van 16 jaar het hierdie emosionele ontwikkeling nog nie ver gevorderd nie, en in hierdie ouderdomsgroep is die mens dan soveel meer kwetsbaar, veral ten opsigte van emosioneel traumatiese ervarings. Die moontlikheid dat swangerskap ernstige nadelige gevolge vir 'n meisie se geestesgesondheid mag hê, is baie groter by dié onder 16 jaar. Ons is van mening dat voortsetting van swangerskap by 'n meisie onder 16 jaar 'n ernstige bedreiging vir haar geestesgesondheid is, behalwe in gevalle waar daar aanduidings van die teendeel is.

Artikel 3 (1) (c). Vrugafdrywing mag slegs bewerkstellig word 'waar daar 'n ernstige gevaar bestaan dat die kind wat gebore gaan word, aan 'n liggaamlike gebrek of geestesgebrek van so 'n aard sal ly dat hy onherstelbaar ernstig gestrem sal wees, en twee ander geneeshere skriftelik gesertifiseer het dat daar, na hul oordeel, op wetenskaplike gronde so 'n gevaar bestaan'.

In gevalle waar daar wetenskaplike bewyse is dat die ongebore kind om die een of ander rede fisies of geestelik ernstig gestremd sal wees, is die psigiater gewoonlik net indirek daarmee gemoeid, bv.: (i) antikonvulsiewe middels deur epileptici gebruik skep die moontlikheid van fetale wanvorming, maar dié moontlikheid is nie op sigself statisties groot genoeg om terapeutiese aborsie te regverdig nie; (ii) litium-toediening oor 'n lang termyn word in toenemende mate vir affeksiektes gebruik, en daar is aanduidings in die literatuur van 'n relatief hoë insidensie van fetale wanvorming; en (iii) in gevalle van erflike siektes wat deur een van die ouers aan die ongebore kind oorgedra kan word, soos Huntington-chorea, is die kans ongeveer 50% dat die kind ook aan die siekte sal ly.

Artikel 3 (1) (d) (bb). Vrugafdrywing mag slegs bewerkstellig word 'waar die vrug na bewering verwek is ten gevolge van onwettige vleeslike gemeenskap, en twee ander geneeshere skriftelik gesertifiseer het in die geval van beweerde ontug in stryd met artikel 15 van die Ontugwet, 1957 (Wet No. 23 van 1957), dat die betrokke vrou 'n idioot of swaksinnige is.'

Hier weer het die psigiater alleen maar 'n indirekte funksie, nl. om vas te stel of die vrou 'n idioot of swaksinnige is, sodat die landdros kan besluit om die swangerskap op grond van genoemde artikel getermineer kan word.

Die Ontugwet omskryf nie die begrippe 'idioot' en 'swaksinnige' nie, maar vroeër is dit wel omskryf in die Wet op Geestesgebroke van 1916. Die Wet op Geestes-

gebroke is nou vervang deur die Wet op Geestesgesondheid No. 18 van 1973, waarin geen omskrywing van bogenoemde twee terme is nie. Die psigiater moet dus 'n mening uitspreek oor 'n onomskrewe geestesgebrek, wat uiteraard ernstige implikasies mag hê vir die vrou en vir die man wat vir haar swangerskap verantwoordelik is. Die Wet op Vrugafdrywing en Sterilisasie behoort 'idioot' en 'swaksinnige' te definieer, en so 'n definisie sal, na ons mening, o.m. die volgende insluit: (i) intelligensiekwasiënt; (ii) graad van verstandelike vertraging volgens die International classification of diseases; (iii) vermoë, of dan wel graad van onvermoë, van die vrou om haarself in die gemeenskap te handhaaf; en (iv) vermoë van die vrou om die aard, implikasies en gevolge van koïtus te begryp en om ouerlike sorg te verskaf.

Kombinasie van faktore. In sommige gevalle mag daar meer as een faktor wees wat oorweeg moet word, en dan mag dit gebeur dat elke faktor op sigself nie aborsie regverdig nie, maar dat hulle in kombinasie dit wel regverdig. 'n Voorbeeld is 'n vrou wat as gevolg van haar neurotiese persoonlikheid nie die swangerskap wil aanvaar nie en herhaalde (bewese) kriminele aborsie-ingrepe laat doen, en in welke geval die psigiater dan, weens die vrou se neurotiese persoonlikheid en volgehoue aborsiepogings, oortuig is dat sy sal volhou met hierdie kriminele aborsiepogings en/of selfmoord, met die gevolglike ernstige bedreiging vir haar lewe en fisiese gesondheid.

RESULTATE

Uit 'n totaal van 100 pasiënte het die psigiater en die komitee onderskeidelik 20 en 19 aborsies aanbeveel.

Psigiatriese redes vir aanbeveling van terapeutiese aborsie was die volgende: selfmoordrisiko — 5, en ernstige bedreiging vir geestesgesondheid — 15 (skisofrenie — 3, endogene depressie — 6, psigoneurose — 2, en jeugdige ouderdom — 4). In 5 verdere gevalle is bevind dat die pasiënt swanger was weens onwettige vleeslike gemeenskap. Hierdie gevalle is na die betrokke landdros verwys en in al 5 gevalle is terapeutiese aborsies gedoen ingevolge die bepaling van Artikel 3 (1) (d) (bb), na voorlegging van 'n sertifikaat van die landdros.

Van die 100 vroue was 61 ongetroud, 34 getroud, 3 geskei, en 2 weduwees.

Vier-en-twintig pasiënte het 'n vorm van kontrasepsie gebruik in die voorafgaande 3-6 maande, en 1 pasiënt en 1 eggenoot is voorheen chirurgies gesteriliseer. Daar was 14 pasiënte met 'n geskiedenis van pogings tot selfmoord. In die 5 gevalle waar aborsie aanbeveel en aanvaar is weens selfmoordrisiko, het net 2 pasiënte 'n geskiedenis van vorige selfmoordgedrag gegee.

By 80 van die geëvalueerde pasiënte was die swangerskap as sodanig ongewens, en by die meerderheid van die oorblywende pasiënte was daar onsekerheid oor die gewensdheid van die swangerskap as was druk vir aborsie afkomstig van ander mense (byvoorbeeld eggenoot, ouers).

Alhoewel volledige opvolgondersoeke van hierdie pasiënte baie praktiese probleme oplewer, dra ons geen kennis van enigeen wat selfmoord gepleeg het nie.

Graag wil ek die mediese superintendent van Tygerberg-hospitaal, en professor J. T. Roux, Departement Psigiatrie, Universiteit van Stellenbosch, bedank vir toestemming tot publikasie.

VERWYSINGS

1. Geldenhuys, F. (1976): Lesing by die Tweede Suid-Afrikaanse Nasionale Psigiatrie-kongres, Pretoria.

2. Patt, S. L., Rappaport, R. G. en Barryglow, P. (1969): Arch. gen. Psychiat., **20**, 408.
3. Payne, E. C., Kravitz, A. R., Notman, M. T. *et al.* (1976): *Ibid.*, **33**, 725.
4. Pratt, G. L., Koslowsky, M. en Winthrob, R. M. (1976): Amer. J. publ. Hlth, **66**, 288.
5. Inleidingsartikel (1975): Lancet, **2**, 912.
6. Ingram, I. M. (1971): *Ibid.*, **2**, 969.
7. Republiek van Suid-Afrika, Wet op Vrugaafdrywing en Sterilisasie, No. 2 van 1975.

General Practice

Management of Upper Gastro-intestinal Tract Bleeding

E. A. WILSON

SUMMARY

Approximately half the patients who die from peptic ulceration do so because of the complication of bleeding. Mortality can be reduced by earlier diagnosis and treatment. All patients with upper gastro-intestinal tract bleeding should be transferred as soon as possible to centres where the necessary diagnostic and operative facilities are available. Cimetidine plays a role in the management of certain types of gastro-intestinal tract bleeding and endoscopy has been a major breakthrough in terms of accurate and early diagnosis.

S. Afr. med. J., **55**, 424 (1979).

A significant number of admissions to hospital comprise those patients suffering from gastro-intestinal tract bleeding. It is important that the clinician has a thorough understanding of the correct management of this most important emergency.

PRESENTATION

The patient may present with one of the following four conditions: (i) haematemesis; (ii) melaena; (iii) anaemia; or (iv) unexplained shock.

Shock may have to be treated before the diagnosis is made. It must be borne in mind that the patient may be shocked on presentation, in which case the shock should initially be treated before an attempt is made to diagnose the cause of the haemorrhage. An intravenous infusion should be commenced and Plasmalyte B or Ringer's lactate solution should be infused rapidly. At the same time blood should be taken for compatibility matching and sent off urgently. Fresh frozen plasma or, alternatively, human albumin can be given until the blood is at hand. At this stage a sample of blood should be sent for a full

blood and platelet count; urea, electrolyte and prothrombin index estimation; liver function tests; and bleeding and clotting time estimation.

CAUSES

Various factors can cause upper gastro-intestinal tract haemorrhage, viz. chronic duodenal and gastric ulcers, stomal ulcers, gastric and duodenal erosions, and hiatus hernia with oesophagitis, gastritis or ulceration in the hernial sac. Other factors involved are gastric carcinoma, Mallory-Weiss syndrome (tearing of the lower oesophageal mucosa after repeated vomiting), oesophageal varices, and bleeding disorders. Miscellaneous factors such as carcinoma of the oesophagus or vomiting of swallowed blood can also cause upper gastro-intestinal tract bleeding.

DIAGNOSIS

As has been indicated, diagnosis of the cause of the bleeding should be deferred until the patient's shocked state has been controlled and the patient is haemodynamically stable. At this stage it will also be possible to assess the patient's general medical status, and attention should be directed towards procedures such as ECGs, radiographs of the chest, urinalysis, and attention to any associated medical problems such as diabetes or diseases of the respiratory tract. If the patient is not in a shocked state, an attempt should be made to make a diagnosis within 48 hours, because if the patient continues to bleed or has a rebleed, it would be of great benefit to know exactly what lesions are to be dealt with. Furthermore, superficial mucosal lesions might resolve within 48 hours and the diagnosis could therefore be missed.

In the diagnosis of upper gastro-intestinal tract bleeding, as in the diagnosis of any other condition, three parameters are utilized:

1. A history should be taken to ascertain the presence of dyspepsia, ingestion of ulcerogenic agents, liver disease, bleeding disorders, previous gastric surgery, or excessive vomiting before the onset of bleeding.

17 St Luke's Road, East London, CP

E. A. WILSON, M.B. B.CH., F.C.S. (S.A.)

Date received: 24 October 1978.