



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

misverstanden en mythes

Een nieuwe zwangerschap na een miskraam of doodgeboorte moet ontraden worden zolang de rouwperiode niet is afgesloten

Kees Hoogduin

Onder veel professionals leeft de gedachte dat na een miskraam of doodgeboorte pas weer aan een nieuwe zwangerschap gedacht kan gaan worden als de periode van het verlies en de rouw is afgesloten. Deze gedachte wordt niet door feiten ondersteund. Integendeel, mogelijk moet het advies zijn weer zo snel mogelijk aan een nieuwe zwangerschap te beginnen.

Janssen, Cuisinier, Hoogduin en De Graauw (1996), en Janssen, Cuisinier, Graauw en Hoogduin (1997) hebben in een longitudinaal prospectief onderzoek de psychologische gevolgen van zwangerschapsverlies (85% miskraam, 15% perinatale sterfte) op de kraamvrouw onderzocht. De resultaten van dit onderzoek maken duidelijk dat in enige mate te voorspellen is welke vrouwen in psychische moeilijkheden komen na een dergelijk verlies en welke niet (Janssen et al., 1997). Uit dit onderzoek is gebleken dat de zwangerschapsduur, de mate van neuroticisme, de psychische gezondheid van de moeder voor het verlies en de gezinssamenstelling de voornaamste predictoren zijn voor de rouwintensiteit.

De vraag 'hoe te handelen na een dergelijk misgelopen zwangerschap met betrekking tot het opnieuw zwanger worden?' was eveneens vraagstelling bij dit onderzoek. De adviezen van de huisarts of de gynaecoloog wisselen tussen zo snel mogelijk zwanger worden of juist lang wachten. Soms wordt geadviseerd ten minste drie maanden of zelfs langer dan zes maanden te wachten. Het advies een nieuwe zwangerschap uit te stellen is vooral gebaseerd op het idee dat de nieuwe zwangerschap het rouwen zou remmen met als gevolg een mogelijk risico op een verstoorde moeder-kindrelatie, of de kans dat later een pathologische reactivering van de rouw zou kunnen volgen op nare gebeurtenissen. Ook zouden er specifieke risico's ontstaan met betrekking tot een gebrek aan moederlijke verantwoordelijkheid

PROF. DR. C.A.L. HOOGDUIN, zenuwarts, is adviseur van de HSK Groep. Tevens is hij voorzitter van de VGCT.

voor de nieuwe baby. De nieuwe baby zou als substituuat voor het overleden kind worden gezien, of de moeder zou overbeschermd worden voor de baby.

Voor deze opvattingen blijkt in gecontroleerd onderzoek onvoldoende ondersteuning te bestaan. Op grond van de stand van die informatie is het niet mogelijk een uitspraak te doen over het optimale tijdstip van een eventuele volgende zwangerschap.

Cuisinier, Janssen, De Graauw, Bakker en Hoogduin (1996) onderzochten naast de gevolgen van het zwangerschapsverlies op de psychische toestand van de vrouw ook de gevolgen van een nieuwe zwangerschap op het geestelijk welbevinden van de kraamvrouw. Daartoe werd naar 221 vrouwen die een dergelijk zwangerschapsverlies meemaakten enige weken na het zwangerschapsverlies en vervolgens na zes, twaalf en achttien maanden een vragenlijstonderzoek verricht. Ook werd verzocht de datum aan te geven wanneer ze eventueel opnieuw zwanger zouden zijn geworden. Rouw werd gemeten met een 33-items (1-5 Lickertscore) *Perinatal Grief Scale* (Janssen, 1995). De totale score van deze schaal geeft een indicatie voor de ernst van de rouw. Van de 221 personen met een zwangerschapsverlies raakte 86% gedurende de daarop volgende anderhalf jaar opnieuw zwanger. Aan het einde van de studie hadden 147 vrouwen (67%) geboorte gegeven aan een baby.

Uit de analyses van de ernstscores en het tijdsverloop tussen zwangerschapsverlies en de nieuwe zwangerschap blijkt het volgende: niet alleen een nieuwe zwangerschap en geboorte, maar ook een kortere tijdsduur tussen zwangerschapsverlies en een nieuwe zwangerschap vertoonde een significante relatie met een afname van de rouw. Wel zijn er enige kanttekeningen te maken. Zo is gebleken uit de analyse dat het positieve effect van een snellere zwangerschap vooral aanwezig is bij vrouwen met een miskraam relatief vroeg in de zwangerschap, bij vrouwen met ernstiger lichamelijke gezondheidsproblemen en een voorgeschiedenis met een eerder zwangerschapsverlies en bij vrouwen met een meer gevorderde leeftijd.

Hoewel het aantal vrouwen met een perinataal gestorven baby relatief klein is, zijn er geen aanwijzingen gevonden dat de bevindingen voor deze vrouwen verschillend zijn aan die van de vrouwen met een zwangerschapsverlies dat uit een miskraam bestond.

Conclusie: na een zwangerschapsverlies dient het paar geïnformeerd te worden dat wanneer zij de wens hebben opnieuw zwanger te worden dit in de meeste gevallen gepaard gaat met een vermindering van rouw en verdriet. Ook is van belang hun mee te delen dat er geen wetenschappelijke argumenten zijn om te veronderstellen dat als gevolg van een snelle nieuwe zwangerschap er later allerlei problemen in de opvoeding zouden kunnen ontstaan.

Referenties

- Cuisinier, M.C.J., Janssen, H., Graauw, C. de, Bakker, S., & Hoogduin, C.A.L. (1996). Pregnancy following miscarriage: course of grief and some determining factors. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynaecology*, *17*, 168-174.
- Janssen, H.J.E.M. (1995). *A longitudinal prospective study of the psychological impact of pregnancy loss on women*. Academisch proefschrift. Katholieke Universiteit Nijmegen.
- Janssen, H.J.E.M., Cuisinier, M.C.J., Graauw, K.P.H.M., & Hoogduin, C.A.L. (1997). A prospective study of risk factors predicting grief intensity following pregnancy loss. *Archives of General Psychiatry*, *54*, 56-61.
- Janssen, H.J.E.M., Cuisinier, M.C.J., Hoogduin, C.A.L., & Graauw, C. de (1996). Controlled prospective study on the mental health of women following pregnancy loss. *American Journal of Psychiatry*, *153*, 226-230.