

HANS MERKUS

Kinderloosheid, verwachting en hoop

VOORAF

Kinderloosheid is voor veel mensen een groot probleem. Een van de zes paren met een kinderwens wordt geconfronteerd met het uitblijven van de zo gewenste zwangerschap. Dan kan een beroep worden gedaan op medische hulp. Maar die hulp is geen garantie voor het vervullen van de kinderwens. Er is bijna geen terrein binnen de geneeskunde, waar de arts zo geconfronteerd wordt met een hoopvolle houding van de patiënt. Ook is er geen terrein, waar het taalspel van hoop en verwachting zo door elkaar lijkt te lopen.

ENKELE FEITEN

In de ontwikkelde landen lijkt de vruchtbaarheid af te nemen. Daarvoor zijn verschillende oorzaken.

Ten eerste: in de westerse landen wordt vanaf 1970 de eerste zwangerschap steeds meer uitgesteld naar een latere leeftijd. In 1970 was een vrouw zwanger van haar eerste kind rond haar vierentwintigste jaar, nu is zij bijna dertig. Dat heeft veel te maken met carrièreplanning en met de noodzaak van dubbele inkomens om hypotheeklasten te kunnen opbrengen. Wanneer dan eindelijk aan een zwangerschap wordt gedacht, moet het zo snel mogelijk lukken en blijkt het een hele opgave geduldig een jaar af te wachten.

Ten tweede: er is een stijging van het aantal seksueel overdraagbare aandoeningen. Sommige daarvan, zoals een

chlamydia-infectie, kunnen leiden tot beschadiging van de eileiders en daarmee tot verminderde vruchtbaarheid of zelfs onvruchtbaarheid.

Ten derde: er zijn aanwijzingen, dat sinds de jaren vijftig het aantal zaadcellen bij de man afneemt. Het gebruik van bepaalde chemische middelen in de land- en tuinbouw zou hier mede de oorzaak van zijn.

VRUCHTBAARHEID EN ZWANGERSCHAP

Vruchtbaarheid is het vermogen om zwanger te worden of om een zwangerschap tot stand te brengen. Maar als de gewenste zwangerschap nog niet is opgetreden, hoeft er van onvruchtbaarheid geen sprake te zijn. Meestal gaat het om verminderde vruchtbaarheid (subfertiliteit). Dat betekent, dat de *maandelijkse* kans om zwanger te worden niet 20 procent is, zoals normaal, maar bij voorbeeld 5 procent.

Bij paren met de normale vruchtbaarheid van 20 procent per maand is na een jaar bij 93 procent van die paren een zwangerschap bereikt. Bij de paren met een maandelijkse vruchtbaarheid van 5 procent is dat slechts 46 procent. De 54 procent, die overblijft, wendt zich in het algemeen tot een arts in de vurige hoop dat medische hulp kan bijdragen tot de gewenste zwangerschap.

Zij realiseren zich niet dat het bij subfertiliteit niet gaat om *niet* zwanger worden maar om *later* zwanger worden. Bij de helft van deze paren, met name bij hen bij wie geen evidente vruchtbaarheidsbelemmerende factoren worden gevonden, zal een jaar later zonder medische behandeling alsnog een zwangerschap zijn opgetreden.

Die paren doen er dan ook verstandig aan op een spontane zwangerschap te blijven hopen en af te zien van medische interventies. Dat is niet eenvoudig in een maatschappij, waar de successen van de moderne voortplantingstechnieken in de lekenpers breed worden uitgemeten en voor de risico's weinig belangstelling bestaat.

Bovengenoemde paren hebben de steun van een empathische arts nodig. Van een arts, die hoop geeft en helder uitlegt waarom er alle reden is de hoop te behouden, niet in de laatste plaats, omdat hoop bijdraagt aan een (eerder) optreden van de zwangerschap. Ik baseer dit op kennis over het verband tussen stress en vruchtbaarheid. In 1995 vroeg ik hiervoor binnen het Nijmeegse IVF (*in vitro fertilisatie*)-team aandacht. Nu wordt er in goede samenwerking tussen de Katholieke Universiteit Nijmegen (de werkgroep gynecologie en psychologie) en de Universiteit van Tilburg (de afdeling psychologie) promotieonderzoek rond dit thema verricht.

Kinderloosheid wordt door het overgrote deel van de paren als stressvol ervaren. Bij 15 tot 20 procent van de vrouwen, die ongewenst kinderloos zijn, heeft deze stress een negatieve invloed op de dagelijkse werkzaamheden.

Bij ongewenste kinderloosheid en stress lijkt er van een interactief effect sprake te zijn. Vooraf bestaande stress bemoeilijkt soms het zwanger worden. En die stress neemt weer toe, doordat de zwangerschap uitblijft. In studies blijkt het angstniveau van vrouwen met onvervulde kinderwens hoger dan dat van vrouwen met kinderen. Ook zijn er studies die aantonen dat bij de man psychologische factoren een rol kunnen spelen bij het uitblijven van een zwangerschap.

Een arts zal die paren, bij wie waarschijnlijk – zij het wat later – zwangerschap zal optreden, dus hoop moeten geven. De arts is dan een vertrouwenspersoon, op wie het paar zijn hoop heeft gevestigd. Zij of hij moet in staat zijn professioneel om te gaan met emotionele en psychologische aspecten van vruchtbaarheidsstoornissen

Het geven van hoop was in de bovengenoemde situaties zeer op zijn plaats. Maar het is minder duidelijk wat de benadering moet zijn in gevallen van ernstige subfertiliteit. Dan is er een zeer geringe kans op zwangerschap, een kans van minder dan 1 procent per maand.

Zonder interventie is er na meer dan vijf jaar bij meer dan de helft van de paren nog geen zwangerschap bereikt. Maar door de moderne voortplantingstechnieken is de maandelijkse kans op zwangerschap aanzienlijk toegenomen. Bij een IVF-behandeling is de kans op zwangerschap ongeveer gelijk aan de kans van een normaal fertiel paar, dus 20 procent per maand. Maar dat betekent ook, dat na de eerste behandeling bij 80 procent geen succes is verkregen. Na drie behandelingen is er bij 50 procent geen zwangerschap opgetreden.

Deze gegevens worden door de paren, die een dergelijke behandeling ondergaan, ernstig onderschat. Zij schatten de kans op succes vrijwel altijd hoger in dan de werkelijkheid laat zien. Hun hoop is hun verwachting geworden. Zij praten zichzelf moed in.

Moet de arts daarin meegaan? De meningen zijn niet eensluidend. Moeten paren die een geavanceerde voortplantingstechniek starten, uitgebreider dan nu het geval is, worden voorgelicht over de kans dat de beoogde zwangerschap niet wordt gerealiseerd? Zou hun dan ook gevraagd kunnen worden of ze er al over hebben nagedacht hoe ze hun leven zullen inrichten als ze kinderloos blijven of zou dit te belastend zijn? Psychologen wijzen erop dat vrouwen minder gestresst zijn, als zij onder ogen zien dat hun probleem mogelijk niet verholpen kan worden na een eerste mislukte poging. Maar ligt dat aan die vrouwen of aan een uitgebreidere (en betere) voorlichting?

Het is mijn vermoeden, niet mijn ervaring – want ik heb het nooit zo gedaan – dat een uitgebreidere voorlichting – d.w.z. meer aandacht vragen voor een niet succesvolle

afloop van de behandeling – niet als steun zal worden ervaren door het paar, in ieder geval niet op korte termijn. Op dit moment staakt ongeveer 20 procent van de paren de behandeling na een eerste mislukte behandeling. Nog eens ruim 20 procent doet dat na een tweede niet geslaagde poging.

De reden is meestal geen medische. Vaak wordt de fysieke of psychische belasting als te hoog ervaren. Zorgvuldig onderzoek zal moeten uitwijzen of het temperen van hoop tot minder teleurstelling leidt, en dus tot minder stress en minder uitval, en uiteindelijk tot meer zwangerschappen. Maar zolang dat onduidelijk is, gaat mijn voorkeur uit naar steun en bemoediging, zolang er reële kansen zijn. En ik vind een kans van 20 procent per behandeling reëel.

OPTIMISME EN VALSE HOOP

Een IVF-behandeling bestaat meestal uit drie cycli. Daarbij is er ongeveer 50 procent kans op succes. Over die kansen moeten paren, voor ze met de behandeling beginnen, goed geïnformeerd worden. Dan nog zal na een mislukte behandeling blijken dat zij er tevoren van uitgingen, dat zij succes zouden hebben. De verklaring daarvoor is voor een deel te vinden in de overwegingen van Boonstra elders in dit boek.

Bij de fertiliteitsbehandelingen zal het niet meer voorkomen, dat een arts de feitelijkheden verzwijgt. Wel zal de arts niet gauw de nadruk leggen op het feit, dat de kans op het niet slagen van de eerste behandelcyclus 80 procent is. Daar zit het paar niet op te wachten, als het eenmaal gekozen heeft voor een behandeling.

Ook de omgeving en de media dragen bij aan te hoog gestemde verwachtingen en soms dus aan valse hoop. Zo vertelden in 2002 vier vrouwen, die op de wachtlijst stonden voor IVF, in een damesblad over hun vruchtbaarheidsproblemen. De titel luidde: 'Zullen zij straks in ver-

wachting zijn?'. De titel luidde niet: 'Twee van hen zullen straks niet zwanger zijn'. Dat is begrijpelijk. Enerzijds omdat niemand van hen dat wil horen, anderzijds omdat dat niet met zekerheid te zeggen is. Het verhaal eindigt met: 'We hopen natuurlijk, dat we straks spreken met vier zwangere vrouwen.'

Wordt hun hiermede valse hoop gegeven? Daar lijkt het veel op. Wordt door die te hoog gestemde verwachtingen de verwerking van het uitblijven van succes bemoeilijkt? Dat is mogelijk, maar niet zeker. Wanneer moet je een vrouw geen hoop meer geven? In Nederland worden drie IVF-behandelingen door de verzekeraar vergoed. Dat is uit medisch oogpunt onlogisch, omdat bekend is dat daarmee paren reële kansen ontnomen worden. Na vier behandelingen zullen meer vrouwen zwanger zijn dan na drie behandelingen. Anderzijds blijkt deze verzekeringsmaatregel mensen te helpen bij het besluit om te stoppen. Dat besluit blijkt namelijk veel moeilijker dan het besluit om voor een behandeling te kiezen.

EEN CASUS

Wanneer moet je mensen hoop ontnemen? Dat je dit niet te gauw moet doen, moge blijken uit een casus, die ik al weer geruime tijd geleden meemaakte.

Een echtpaar bezocht mijn spreekuur. Bij hen was elders onbegrepen subfertiliteit gediagnosticeerd. Na drie jaar was er gekozen voor de gebruikelijke drie IVF-behandelingen, nadat zes IUI (intra uteriene inseminatie)-behandelingen niet tot zwangerschap hadden geleid. Deze IVF-behandelingen in een IVF-centrum elders in de eigen regio leidden niet tot zwangerschap.

Het paar staakte de behandelingen, maar kon niet berusten in de kinderloosheid. Het zocht behandeling in een zeer goed bekend staand centrum in het buitenland. Ook daar werden drie behandelingen verricht, zonder resul-

taat. Ook nu werd besloten te stoppen, maar na een half jaar kon het paar, zoals zo vaak vooral de vrouw, zich weer niet neerleggen bij de kinderloosheid. Het bezocht opnieuw mijn spreekuur.

Ik informeerde naar de resultaten van de stimulaties en hoeveel embryo's steeds werden verkregen. Ik besloot in de betreffende centra informatie op te vragen om zo aanknopingspunten te vinden voor het uitblijven van succes en voor het afraden van verdere IVF-behandelingen. Ik kwam niet verder, want de reactie op stimulatie bleek goed te zijn geweest en er werden voldoende goede embryo's verkregen.

Toch meende ik het paar weinig hoop te mogen geven, omdat alle behandelingen in het verleden niet tot succes hadden geleid. Ik adviseerde hen te berusten in de kinderloosheid of het alternatief van adoptie te overwegen.

Enige tijd later kwamen ze met het dringende verzoek om toch een behandeling te mogen ondergaan bij ons. Ik vond dat zeer moeilijk. De vele mislukte behandelingen maakten de kans niet groot, maar het verloop van die behandelingen sloot succes niet uit. Ik gaf hen geen hoop, maar met mijn twijfels wekte ik wel verwachting. Ik stemde uiteindelijk toe. En wat bleek: na die behandeling was de vrouw in verwachting.

Het gezonde kind dat na deze zwangerschap is geboren, zit thans op de lagere school.

TENSLOTTE

Dit verhaal is geen pleidooi voor meer behandelingen, al dan niet op kosten van de verzekeraar. Ik heb zeer sporadisch mensen ontmoet, die zo vaak als het bovengenoemde paar een IVF-behandeling hadden ondergaan. Bij dit paar was het wél succesvol.

Paren mogen terecht meer hoop hebben als zij vier behandelingen van de verzekeraar aangeboden krijgen in

plaats van de drie nu. Maar tegelijkertijd is, zoals ik hierboven al beweerde, een limiet van de verzekeraar ook een hulp voor velen. Dat de dokter een limiet aangeeft, is niet mogelijk. De echt wanhopigen blijven toch shoppen. Soms met succes, zoals blijkt.

Te weinig aandacht is er voor de paren die de moeilijke beslissing namen om de behandeling te staken en stopten na de drie behandelingen die op kosten van de verzekering kunnen plaatsvinden, en nog steeds kinderloos zijn. Zij hebben geen enkele hoop meer.

Zij maken een rouwproces door om het gemis van een kind, dat zij nooit hebben gehad. Dat gebeurt bovendien in een levensfase, waarin met grote regelmaat de geboorteberechten van kinderen van vrienden en vriendinnen verschijnen.

In het algemeen blijkt 70 tot 90 procent van de mensen in staat ernstige levensgebeurtenissen adequaat te kunnen verwerken. Bij de overige 10 tot 30 procent ontstaan er psychosomatische verschijnselen. Het lijkt waarschijnlijk, dat deze cijfers ook van toepassing zijn op het levensprobleem van de ongewilde kinderloosheid. Zal dat minder zijn als de paren, die ongewild kinderloos blijven, beter zijn voorgelicht? Als hun minder hoop is gegeven? We weten het nog niet, maar ik heb er mijn twijfels over.