

## Infertiliteit en geassisteerde voortplanting

*Christiane Winter, Julie Nekkebroeck en Inge van Kamp*

- 1 Inleiding
  - 2 Psychische aspecten van infertiliteit en geassisteerde voortplanting
    - 2.1 Psychische reacties op infertiliteit en geassisteerde voortplanting
    - 2.2 Invloed van diverse copingstijlen
    - 2.3 Invloed van persoonlijkheidskenmerken
    - 2.4 Invloed van relationele en omgevingsfactoren
    - 2.5 Invloed van aspecten van de behandeling
  - 3 Psychopathologie bij infertiliteit en geassisteerde voortplanting
  - 4 Stress, stemmingsstoornissen en behandelingssucces van geassisteerde voortplanting
  - 5 Persoonlijkheidsstoornissen, infertiliteit en geassisteerde voortplanting
  - 6 Zwangerschap na succesvolle geassisteerde voortplanting
    - 6.1 Psychische reacties bij zwangerschap na geassisteerde voortplanting
    - 6.2 Psychopathologie bij zwangerschap na geassisteerde voortplanting
  - 7 Rouw en psychopathologie na niet-succesvolle behandeling met geassisteerde voortplanting
  - 8 Kinderwens en onvruchtbaarheid bij een pre-existente psychiatrische stoornis
  - 9 Conclusies en praktische adviezen
- Literatuur



## 1 Inleiding

Zwangerschappen zijn zo oud als de mensheid, maar de manier waarop kinderen geconcipieerd kunnen worden is drastisch veranderd in de afgelopen decennia. Men spreekt van infertiliteit of ongewenste kinderloosheid als na twaalf maanden regelmatige coïtus, zonder gebruik van anticonceptie, geen zwangerschap is ontstaan. Volgens de European Society for Human Reproduction and Embryology (ESHRE: [www.eshre.eu](http://www.eshre.eu)) wordt wereldwijd 1 op 6 paren in hun leven geconfronteerd met een vruchtbaarheidsprobleem (<http://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/ART-fact-sheet.aspx>). Infertiliteit kan uiteenlopende medische oorzaken hebben, zowel bij vrouwen (bijvoorbeeld polycysteus-ovariumsyndroom (PCOS)) als bij mannen (bijvoorbeeld klinefeltersyndroom). Gedragsfactoren kunnen echter infertiliteit in de hand werken, zoals: foute eetgewoonten met als gevolg obesitas; anovulatie bij anorexia nervosa; topsport; alcoholmisbruik; roken; drugs- en medicatiemisbruik; extreme beroepsmatige stress (ploegendiensten); geen seks of seks op niet-vruchtbare dagen; en, door gevorderde leeftijd, verminderde eicelreserve. Echter, 20% van de infertiliteit is medisch onverklaarbaar.

Bij infertiliteit wordt, op verzoek van het paar, vaak vruchtbaarheidsonderzoek gestart. Afhankelijk van de bevindingen wordt dan vaak gekozen voor een vruchtbaarheidsbevorderende behandeling: geassisteerde voortplanting (gv). Bij geassisteerde voortplanting worden gameten chirurgisch verwijderd of gemanipuleerd, gedoneerd of geïnsemineerd: technieken waarbij vaak medicatie (hormonen) wordt gebruikt. Vormen van geassisteerde voortplanting zijn: in-vitrofertilisatie (ivf) en intracytoplasmatische sperma-injectie (icsi). Gametendonatie (sperma, eicellen of embryo's) en draagmoederschap kunnen hetero- en homoseksuele koppels helpen op weg naar ouderschap. Pre-implantatiegenetische diagnostiek (pgd) kan ertoe bijdragen dat vruchtbare koppels die genetisch belast zijn (zoals met de ziekte van Huntington, mucoviscidose, BRCA (*breast cancer gene*)) een genetisch gezond kind kunnen krijgen.

Algemeen wordt aanvaard dat er geen psychogene oorzaak voor infertiliteit bestaat (Greil e.a., 2010). De interactie van infertiliteit en geassisteerde voortplanting met psychische factoren is echter complex, waarbij tal van factoren een rol spelen.

In dit hoofdstuk bespreken we eerst algemene psychologische reactiepatronen bij infertiliteit en we gaan daarna dieper in op psychopathologie bij infertiliteit en geassisteerde voortplanting. We focussen in dit hoofdstuk op de reacties van vrouwen, hoewel infertiliteit en behandeling hiervan ook betrekking heeft op mannen en de interactie tussen beide partners.

## 2 Psychische aspecten van infertiliteit en geassisteerde voortplanting

### 2.1 Psychische reacties op infertiliteit en geassisteerde voortplanting

Infertiliteit kan als een levenscrisis beschouwd worden. Bij infertiliteit wordt de verwachte en gedroomde overgang naar ouderschap onderbroken; koppels gaan meestal door een aanpassingsperiode heen met de volgende initiële reacties, die men als volledig normaal kan beschouwen (Dorn, 2010).

- Emotionele reacties: rouw, depressieve gevoelens, emotionele crisis, machteloosheid, frustratie, schuldgevoel en kwaadheid.
- Invloed op het zelfwaardegevoel: identiteitsproblemen, controleverlies over de planning van het eigen leven.
- Veranderingen in de partnerrelatie: positief en negatief.

- Invloed op het seksueel verlies van 'lust' en i
  - Veranderingen in de zwangere vrouwen
- Het ontbreken van een onrechte schuldgevoel blijft, kan het dagelijkse aanwezig kwetsbaar

### 2.2 Invloed van diverse coping

- Hoe men tegen problemen omgaat. De volgende coping strategieën zijn er: stressverhogende coping en stressverlagende coping.
- Stressverhogende coping:
    - zichzelf ermee belasten
    - vluchten en vermijden
    - zichzelf beschuldigen
    - zich isoleren van anderen
    - passief vermijden
    - actief vermijden
  - Stressverlagende coping:
    - positieve herbeleving
    - actief informatie zoeken
    - sociale steun zoeken
    - plannen en problemen oplossen
    - actief afstand nemen

### 2.3 Invloed van persoonlijke

- In diverse onderzoeken is de persoonlijke kwetsbaarheid gevalideerde vragenlijsten kunnen vrouwen het ontwikkelen van een persoonlijkheidsmerk door volgende factoren:
- angstgevoelens voor
  - depressieve gevoelens
  - piekeren, gevoelens van
  - verminderde acceptatie
  - sterke fixatie op de k
  - angstig vermijdende
  - hoge mate van zelfk

### 2.4 Invloed van relationeel

- Bij geassisteerde voortplanting is het sociale netwerk van groot belang.



- Invloed op het seksleven: planning en vrijen volgens agenda, fixatie op kinderwens, met mogelijk verlies van 'lust' en intimiteit.
- Veranderingen in de sociale interacties: Terugtrekken, veranderde interacties, ambivalentie tegenover zwangere vrouwen en ouders (opzoeken of vermijden).

Het ontbreken van een bekende medische oorzaak voor de onvruchtbaarheid kan bovendien ten onrechte schuldgevoelens opwekken. Indien stress chronisch wordt en een zwangerschap uitblijft, kan het dagelijks functioneren hierdoor sterk beïnvloed worden. Komt dit op een reeds aanwezige kwetsbaarheid terecht, dan kan psychopathologie manifest worden.

## 2.2 Invloed van diverse copingstijlen

Hoe men tegen problemen aankijkt, deze beoordeelt en probeert ermee om te gaan, noemt men coping. De volgende specifieke copingstijlen bij fertiliteitsbehandelingen kunnen stressinducerend of verlagend zijn (Van den Akker, 2012).

- Stressverhogende copingmechanismen:
  - zichzelf ermee blijvend confronteren;
  - vluchten en vermijden;
  - zichzelf beschuldigen;
  - zich isoleren van anderen;
  - passief vermijding (proberen te vergeten);
  - actief vermijding (geen contact met koppels met kinderen).
- Stressverlagende copingmechanismen:
  - positieve herevaluatie;
  - actief informatie zoeken;
  - sociale steun zoeken;
  - plannen en probleemoplossende houding;
  - actief afstand nemen door alternatieve levensdoelen en zingeving te bedenken.

## 2.3 Invloed van persoonlijkheidskenmerken

In diverse onderzoeken is getracht om persoonlijkheidskenmerken op te sporen die de individuele kwetsbaarheid verhogen (Lowyck e.a., 2009; Van den Broeck e.a., 2010). De Nederlandse gevalideerde vragenlijst SCREENIVF is hierbij bruikbaar (Verhaak e.a., 2010). Met behulp van 34 items kunnen vrouwen die veel stress ervaren tijdens de behandeling en een risico hebben voor het ontwikkelen van psychische problemen, opgespoord worden. Deze vrouwen worden gekenmerkt door volgende factoren:

- angstgevoelens voorafgaand aan de behandeling;
- depressieve gevoelens voorafgaand aan de behandeling;
- piekeren, gevoelens van machteloosheid en/of hulpeloosheid;
- verminderde acceptatie van de fertiliteitsproblematiek;
- sterke fixatie op de kinderwens; geen alternatief levensperspectief kunnen bedenken;
- angstig vermijding of angstig afhankelijke hechtingsstijlen;
- hoge mate van zelfkritiek en schuldgevoelens.

## 2.4 Invloed van relationele en omgevingsfactoren

Bij geassisteerde voortplanting zijn een evenwichtige partnerrelatie en een kwaliteitsvol sociaal netwerk van groot belang om de vrouw of het koppel in hun draagkracht te versterken.



Doorgaans brengt de behandeling paren op lange termijn dicht bij elkaar, vooral wanneer partners erin slagen een gezamenlijke visie op het fertiliteitstraject te construeren. Een gezamenlijk gedragen behandelplan, samen afspraken in de kliniek bijwonen en een evenwicht vinden in de behoefte om erover te praten, versterken de band tussen partners tijdens de fertiliteitsbehandeling (Boivin e.a., 2012). Ontstaat er echter een discordantie tussen de beide partners in hun verschillende behoeften en ontbreekt hierbij de communicatie over de verschillen, dan verhoogt dit de beleefde stress en de kwetsbaarheid.

### 2.5 Invloed van aspecten van de behandeling

De volgende aspecten van een fertiliteitsbehandeling, zowel medische als logistieke, kunnen de draagkracht extra onder druk zetten:

- veel afspraken in de behandelkliniek;
- afspraken tussen de partners coördineren;
- wisselende artsen en counselors;
- slechte communicatie tussen (geassisteerde-voortplanting-)behandelaren en patiënten;
- hormooninname en bijwerkingen;
- zichzelf hormooninjecties moeten toedienen;
- geheimhouding tegenover werk, vrienden en familie;
- afwisseling van hoop en teleurstelling.

## 3 Psychopathologie bij infertiliteit en geassisteerde voortplanting

De interactie tussen fertiliteitsproblematiek en psychopathologie is complex. Onderzoeken rapporteren uiteenlopende prevalentiecijfers van depressie en angststoornissen bij vrouwen die geassisteerde voortplanting hebben ondergaan, maar door methodologische beperkingen zijn duidelijke conclusies vaak niet goed mogelijk. In een groot Zweeds cohort (Volgsten e.a., 2008) werd de prevalentie van psychopathologie (DSM-IV-criteria) onderzocht bij paren die onder behandeling waren met geassisteerde voortplanting. Stemmingsstoornissen kwamen het meest frequent voor: van depressieve stoornissen was sprake bij 11% van de vrouwen en 5% van de mannen. Angststoornissen waren aanwezig bij 15% van de vrouwen en 5% van de partners. Deze getallen zijn vergelijkbaar met die van vrouwen en mannen in de vruchtbare leeftijd in de normale populatie.

Een groot Deens registeronderzoek toonde een veel lager percentage depressieve stoornissen bij vrouwen met geassisteerde voortplanting (2,6%), ook in vergelijking met een controlegroep van niet-behandelde vrouwen (3,0%) (Sejbaek e.a., 2013). De diagnose depressie werd in 34,7% al vóór de fertiliteitsbehandeling gesteld, in 4,7% tijdens de behandeling en in 60,7% na het beëindigen hiervan. Vrouwen die al voor de behandeling depressief waren, hadden minder behandelcycli en een lager zwangerschapscijfer.

Depressieve symptomen blijken sterk te correleren met de duur van de behandeling (Williams e.a., 2007). In het onderzoek van Yli-Kuha e.a. (2010) werd gevonden dat vrouwen met geassisteerde voortplanting minder ernstige psychiatrische pathologie (met noodzaak tot opname) vertonen. Dit effect werd zowel voor, als in de 10-jaars periode na de behandeling gevonden. De lagere prevalentie van psychopathologie bij geassisteerde voortplanting in diverse onderzoeken kan wijzen op selectie bij het al of niet starten van de behandeling. Vrouwen met fobische

reacties op spuiten en r stressvol kunnen ervaren

## 4 Stress en stemmingsstoornissen

Onderzoek en behandeling van stress en stemmingsstoornissen zijn een nadelige invloed op de fertiliteit (e.a. 2011). Langdurige stress, zou een negatieve invloed hebben op het aantal geboorten. Een meta-analyse echter daarentegen vermindert. Kortdurende stress heeft niet tot een significant effect. In de meta-analyse van de derde fertiliteit bij depressie zijn met fertiliteitsproblemen in de menstruatie. Bij geassisteerde voortplanting zijn er negatieve effecten van de voeding. De hormonen kunnen worden beïnvloed met serotonine. Klokke en heropnameremmers (selectieve serotonine-heropnameremmers) bij geassisteerde voortplanting controlegroep (51%), maar de invloed op de fertiliteit stijgen, waardoor de cyclus wordt beïnvloed (Williams e.a., 2007). Sympoomen van teus-ovariumsyndroom van depressieve symptomen

## 5 Persoonlijkheidsstoornissen

Alhoewel persoonlijkheidsstoornissen vaak voorkomen, en per definitie de behandeling vaak beïnvloeden, kan de behandeling het team beïnvloeden. Om persoonlijkheidsstoornissen en de geïnteresseerde lezer te helpen, *Infertility counseling* van



reacties op spuiten en naalden vormen een aparte categorie, omdat zij de behandeling als extra stressvol kunnen ervaren.

#### 4 Stress en stemmingsstoornissen en behandelingssucces van geassisteerde voortplanting

Onderzoek en behandeling van infertiliteit zijn stressinducerend. Er zijn aanwijzingen dat stress een nadelige invloed heeft op het succes van de behandeling (Greil e.a., 2010; Matthiesen e.a. 2011). Langdurige stress die reeds aanwezig is voorafgaand aan de geassisteerde voortplanting, zou een negatieve invloed kunnen hebben op het aantal eicellen, het aantal fertiliteitscycli en het aantal geboorten (Ebbesen e.a., 2009; Sejbaek e.a., 2013). Boivin e.a. (2011) vonden in een meta-analyse echter dat stress de kans op zwangerschap na geassisteerde voortplanting niet vermindert. Kortdurende situationele stress, zoals extreme angst voor de ovum-pick-up, leidt niet tot een significant verschil in het bereiken van een zwangerschap (Lintsen e.a., 2010). In de meta-analyse van Williams e.a. (2007) werd gevonden dat mogelijk sprake is van verminderde fertiliteit bij depressieve vrouwen en dat stemmingsstoornissen geassocieerd kunnen zijn met fertiliteitsproblemen. Depressieve symptomen worden wel geassocieerd met veranderingen in de menstruatiecyclus die leiden tot verminderde vruchtbaarheid.

Bij geassisteerde voortplanting kan ook sprake zijn van een interactie tussen endocrinologische effecten van de voor de behandeling noodzakelijke hormonen en stemmingsstoornissen. De hormonen kunnen de stemming rechtstreeks beïnvloeden, maar kunnen ook interageren met serotonine. Klock e.a. (2004) vonden een mogelijk nadelig effect van selectieve serotonine heropnameremmers (SSRI's) op succes van geassisteerde voortplanting. Het percentage geassisteerde voortplanting zwangerschappen was namelijk lager bij SSRI-gebruik (40%) dan in de controlegroep (51%), maar dit verschil was niet significant. Ook andere psychofarmaca kunnen invloed op de fertiliteit hebben. Klassieke antipsychotica doen het hypofysehormoon prolactine stijgen, waardoor de cyclus en de fertiliteit nadelig beïnvloed worden en het libido kan afnemen (Williams e.a., 2007). Subgroepen van fertiliteitspatiënten, zoals vrouwen met PCOS (polycysteus-ovariumsyndroom) kunnen naast medische complicaties (obesitas) ook meer last hebben van depressieve symptomatologie.

#### 5 Persoonlijkheidsstoornissen, infertiliteit en geassisteerde voortplanting

Alhoewel persoonlijkheidsstoornissen bij infertiliteit en geassisteerde voortplanting niet vaker voorkomen, en per definitie ook reeds aanwezig zijn voor de behandeling, komen zij juist tijdens de behandeling vaak tot expressie. De bijbehorende reacties kunnen soms het hele behandelteam beïnvloeden. Omwille van de complexiteit en interpersoonlijke dynamiek van persoonlijkheidsstoornissen enerzijds en het beperkte kader van dit hoofdstuk anderzijds, verwijzen we de geïnteresseerde lezer naar het hoofdstuk van Williams en Zappert (2006) in het handboek *Infertility counseling* van Covington en Hammer-Burns.



## 6 Zwangerschap na succesvolle geassisteerde voortplanting

### 6.1 Psychische reacties bij zwangerschap na geassisteerde voortplanting

Vrouwen die zwanger worden na geassisteerde voortplanting en hun partners, kunnen aanvankelijk zeer afwachtend en vermijdend reageren en/of overmatig angstig en controlerend zijn als reactie op kleine lichamelijke veranderingen die passen bij een zwangerschap. Langdurige subfertiliteit kan voor verwarring zorgen en gevoelens van schuld en schaamte tegenover vroegere lotgenoten in de hand werken. Vrouwen die na geassisteerde voortplanting zwanger worden, hebben vaak de idee dat ze geen recht hebben om te klagen over eventuele complicaties. Vergeleken met spontane zwangerschappen bestaat er in zwangerschappen na geassisteerde voortplanting een groter risico op perinatale complicaties. Deels zijn er risico's verbonden aan meerlingzwangerschappen, zoals een miskraam en vroeggeboorte, maar ook treden vaker complicaties bij eenlingzwangerschappen op, zoals: vroeggeboorte, lager geboortegewicht, een keizersnede, en aangeboren afwijkingen van de baby (Fauser e.a., 2013). Obstetrische complicaties hebben impact op de beleving van de zwangerschap en kunnen eventuele psychische reacties versterken. Bij tweelingzwangerschappen is ook de psychische en fysieke belasting voor de ouders dubbel groot (Ross e.a., 2011). Het reduceren van foetussen in meerlingzwangerschappen kan bij vrouwen en partners een rouwreactie teweegbrengen. Deze is vaak gecompliceerd omdat ze in een taboesfeer huist, waarbij vrienden en familie niets mogen weten en koppels bang zijn voor het sociale stigma dat rond dit thema hangt.

### 6.2 Psychopathologie bij zwangerschap na geassisteerde voortplanting

De risicofactoren voor het verergeren of ontstaan van psychiatrische aandoeningen na geassisteerde voortplanting verschillen niet van die bij een spontane zwangerschap. De belangrijkste risicofactor is psychopathologie in de voorgeschiedenis. In het overzicht van Ross e.a. (2011) werd gevonden dat bij zwangerschappen die zijn ontstaan na geassisteerde voortplanting, geen verhoogd risico bestaat op een post-partumdepressie. Wel lijkt dit risico verhoogd te zijn bij meerlingzwangerschappen, ongeacht de wijze van conceptie. De meeste geïncludeerde onderzoeken hadden echter methodologische beperkingen, zodat definitieve conclusies niet mogelijk zijn.

## 7 Rouw en psychopathologie na niet-succesvolle behandeling met geassisteerde voortplanting

Veel vrouwen en mannen zullen een rouwperiode doormaken en een (tijdelijk) verminderde levenskwaliteit ervaren wanneer blijkt dat ze zonder (biologische) kinderen zullen moeten leren leven. Rouw kan pathologisch worden wanneer men een sterke fixatie op de kindwens blijft ervaren. Men is dan niet meer in staat om een zinvol levensplan zonder kinderen te ontwikkelen. Schuldgevoelens nemen de overhand en de angst dat men de partner zou kunnen verliezen aan een derde met wie de kindwens wel vervuld zou kunnen worden neemt toe. Dit alles kan een partnerrelatie zeer belasten. Gevoelens van rouw en verlies kunnen overigens blijven spelen, ook op latere leeftijd, wanneer leeftijdsgenoten bijvoorbeeld grootouders worden. Het niet tot stand brengen van een zwangerschap na geassisteerde voortplanting kan dus een verhoogd risico met zich meebrengen voor het ontwikkelen van psychopathologie (Balduur-Felskov e.a., 2013, Yli-Kuha e.a., 2010). Indien de behandelingen niet slagen en vrouwen

kinderloos blijven, bestaande uit angst, depressie, matiek, psychosen, depi  
In een 10-jarig follow-up  
kinderen echter even te  
relatie als degenen die

## 8 Kinderwens en onvruchtbaarheid

Ook patiënten met een  
waardoor specifieke et  
teerde voortplanting is  
wekken, dat in een stat  
dienen een visie en bel  
geassisteerde voortpla  
hanteren criteria waar  
voortplanting. Vaak be  
een kind tot de minimu  
en worden ondersteun  
Human Reproduction e  
cine).

Evaluatie (bijvoorbeeld  
partners een psychiatr  
psychofarmaca, in tern  
psychofarmaca op de c  
daarom is een zorgvult  
ater en/of huisarts wo  
de aandoening en de r  
stabiliteit. De aard van  
zoals dagstructuur, soc  
men erg terughouden  
psychiatrische stoorni  
kind en kan een prote  
Kinderen van ouders r  
psychopathologie. Naz  
en bijkomende omgev  
hoofdstuk 38, Genetisc  
een meerwaarde hebt  
Protectieve en risicofa  
tussen de fertiliteitsar  
coloog en soms ook et  
een pre-existente psy  
derwens of behandeli  
besluitvorming.



kinderloos blijven, bestaat er een gering verhoogd risico op (alcohol-)afhankelijkheidsproblematiek, psychosen, depressie en angststoornissen (Baldur-Felskov e.a., 2013, Yli-Kuha e.a. 2010). In een 10-jarig follow-uponderzoek na fertiliteitsbehandeling waren de meeste paren zonder kinderen echter even tevreden met hun professionele leven, hun vriendenkring en hun partnerrelatie als degenen die wel kinderen hadden gekregen (Wischmann e.a., 2012).

## 8 Kinderwens en onvruchtbaarheid bij een pre-existente psychiatrische stoornis

Ook patiënten met een psychiatrische stoornis worden met onvruchtbaarheid geconfronteerd, waardoor specifieke ethische beschouwingen op de voorgrond treden. Het doel van geassisteerde voortplanting is immers om een zowel fysiek als psychisch gezond kind te helpen verwerven, dat in een stabiele situatie kan opgroeien. Centraal voor geassisteerde voortplanting dienen een visie en beleid te ontwikkelen, waarin het al of niet verschaffen van toegang tot geassisteerde voortplanting voor deze kwetsbare patiënten centraal staat. Sommige centra hanteren criteria waaraan patiënten moeten voldoen voor het ondergaan van geassisteerde voortplanting. Vaak behoort de psychische stabiliteit en het zelfstandig kunnen opvoeden van een kind tot de minimumvoorwaarden. Deze vereisten focussen op het welzijn van het kind en worden ondersteund door belangrijke organisaties, zoals de ESHRE (European Society for Human Reproduction and Embryology) en de ASRM (American Society for Reproductive Medicine).

Evaluatie (bijvoorbeeld door een fertiliteitspsycholoog) van een paar waarvan een van de partners een psychiatrische diagnose heeft, is onontbeerlijk. Hierbij wordt ook het gebruik van psychofarmaca, in termen van dosis, duur en noodzaak van gebruik betrokken. Het effect van psychofarmaca op de ontwikkeling en de gezondheid van de foetus is grotendeels onduidelijk; daarom is een zorgvuldige afweging geboden. Diagnose en advies van de behandelend psychiater en/of huisarts wordt doorgaans gevraagd om een inschatting te maken van de ernst van de aandoening en de noodzaak van psychofarmacagebruik voor het behoud van de psychische stabiliteit. De aard van de psychopathologie en de therapietrouw worden geëvalueerd. Factoren zoals dagstructuur, sociale context en het familiale netwerk worden in kaart gebracht. Vaak is men erg terughoudend bij alleenstaanden met een psychiatrische stoornis. Een partner zonder psychiatrische stoornis kan soms bijdragen aan voldoende stabiliteit bij het opvoeden van een kind en kan een protectieve factor vormen.

Kinderen van ouders met een psychiatrische aandoening hebben zelf een verhoogde kans op psychopathologie. Naast verminderde ouderschapskwaliteiten, een ongunstiger gezinsklimaat en bijkomende omgevingsfactoren kan ook sprake zijn van een genetische belasting (zie ook hoofdstuk 38, Genetische counseling). Het betrekken van een geneticus bij de counseling kan een meerwaarde hebben.

Protectieve en risicofactoren worden per casus op een rij gezet. Via multidisciplinair overleg tussen de fertiliteitsarts, de psycholoog, de psychiater, de geneticus, de kinderarts, de gynaecoloog en soms ook ethici kan per aanvraag geëvalueerd worden of factoren geassocieerd met een pre-existente psychiatrische stoornis aanleiding zijn voor een negatief advies over de kindwens of behandeling. Het is belangrijk paren goed te informeren over de argumenten en de besluitvorming.

kunnen aanvaarden, tolererend zijn als langdurige sub- en over vroegere angsten worden, implicaties.

geassisteerde verbonden aan vaker vaker gewicht, een psychische complicatie, psychische reactie, elasting voor de vangerschapen, impliceerd door- en koppels bang

ngen na geassis- de belangrijkste ss e.a. (2011) ortplanting, geen gd te zijn bij udeerde onder- ies niet mogelijk

## voortplanting

verminderde len moeten leren anderwens blijft en te ontwikke- unnen verliezen toe. Dit alles kan ens blijven spe- orden. ng kan dus hologie (Bal- n vrouwen



## 9 Conclusies en praktische adviezen

- Streef bij de intake op een fertiliteitspolikliniek naar routinescreening op psychopathologie, psychosociale factoren en medicatie- en middelengebruik (ook in de voorgeschiedenis) (zie ook hoofdstuk 39, Screening en zorgtoeleiding).
- Maak levensstijl, als mogelijke oorzaak van onvruchtbaarheid, onderwerp van gesprek en verwijs bij een ongezonde levensstijl zo nodig naar aangepaste programma's of hulpverleners (bijvoorbeeld een diëtist) (Gameiro e.a., 2013).
- Zorg voor een standaardaanbod van psychologische ondersteuning met mogelijkheid tot verwijzing voor uitgebreide (psychosociale) begeleiding voor alle patiënten, ook niet-psychiatrische.
- Om stress bij infertiliteit en geavanceerde voortplanting beter te kunnen hanteren, zijn 'mind-body'-programma's beschikbaar, zoals mindfulness en *acceptance and commitment-therapie* (ACT) (Galhardo e.a., 2013).
- Streef naar een multidisciplinaire aanpak en richtlijnen. Multidisciplinair overleg met betrokken hulpverleners is altijd noodzakelijk bij een bekende psychiatrische stoornis, al of niet met gebruik van psychofarmaca, bij ernstige psychosociale problematiek en bij middelenmisbruik. Hierbij kunnen zo nodig de geneticus en/of ethicus worden betrokken. Binnen dit overleg moeten afwegingen worden gemaakt over de risico's voor moeder en (toekomstig) kind: van het staken, continueren of aanpassen van de medicatie. Tevens moeten afwegingen worden gemaakt over de stabiliteit van de situatie en de te verwachten capaciteiten van de ouders om het kind in een veilige omgeving te laten opgroeien. Afzien van geassisteerde voortplanting kan hierbij een keuze zijn.

## Literatuur

- Akker, O.B.A. van den. (2012) Infertility. In O.B.A. van de Akker, *Reproductive health psychology: The psychological context of infertility*. (pp. 136). London: Wiley-Blackwell.
- Baldur-Felskov, B., Kjaer, S.K., Albieri, V., Steding-Jessen, M., Kjaer, T., Johansen, C., e.a. (2013). Psychiatric disorders in women with fertility problems: results from a large Danish register-based cohort study. *Human Reproduction*, 28, 683-690.
- Boivin, J., Griffiths, E., & Venetis, C.A. (2011). Emotional distress in infertile women and failure of assisted reproductive technologies: meta-analysis of prospective psycho-social studies. *BMJ*, 342: d223.
- Boivin, J., Domar, A.D., Shapiro, D.B., Wischmann, T.H., Fauser, B.C., & Verhaak, C. (2012). Tackling burden in ART: an integrated approach for medical staff. *Human Reproduction*, 27, 941-50.
- Dorn, A. (2010). Was hilft bei psychischen Belastungen in der Kinderwunschzeit? Kinderwunschbehandlung und Psyche. *Gyne, Fachzeitschrift für den Arzt der Frauen*, 11, 10-17.
- Ebbesen, S.M.S., Zachariae, R., Mehlsen, M.Y., Thomsen, D., Højgaard, A., & Ottosen, L. (2009). Stressful life events are associated with a poor in-vitro fertilization (IVF) outcome: a prospective study. *Human Reproduction*, 24, 2173-3182.
- Fauser, B.C.J.M., Devroey, P., Diedrich, K., Balaban, B., Bonduelle, M., Delemarre-van de Waal, H.A., e.a.; Evian Annual Reproduction (EVAR) Workshop Group 2011. (2013). Health outcomes of children born after IVF/ICSI: a review of current expert opinion and literature. *Reproductive Biomedicine Online*, 28, 162-168.

Galhardo, A., Cunn  
study. *Fertility*  
Gameiro, S., Boivi  
treatment bur  
309.  
Greil, A.L., Slausor  
literature. *Soci*  
Klock, S.C., Sheini  
reuptake inh  
Lintsen, A.M. E., B  
differences in  
sample size? *Hi*  
Lowyck, B., Luyter  
interpersonal  
524-529.  
Matthiesen, S.M.S  
assisted repro  
Ross, L.E., McQuee  
assisted repro  
171, 96-106.  
Sejbaek C.S., Hage  
influence of de  
women treat  
Van den Broeck, U  
distress in pati  
characteristics.  
Verhaak, C.M., Lint  
problems and  
*Reproduction*, 2  
Volgsten, H., Skoog  
of psychiatric d  
*Human Reprod*  
Williams, K.E., & Z  
patient. In S.N. (e  
*handbook for cl*  
Williams, K.E., Mar  
review of the lit  
16.  
Wischmann, T., Ko  
psycho-social fe  
3232.  
Yli-Kuha, A.N., Giss  
disorders leadir  
25, 2018-2023.



- Galhardo, A., Cunha, M., & Pinto-Gouveia, J. (2013). Mindfulness-based program for Infertility: efficacy study. *Fertility and Sterility*, 100, 1059-1067.
- Gameiro, S., Boivin, J., & Domar, A. (2013). Optimal in vitro fertilization in 2020 should reduce treatment burden and enhance care delivery for patients and staff. *Fertility and Sterility*, 100, 302-309.
- Greil, A.L., Slauson-Belvis, K., & McQuillan, J. (2010). The experience of infertility: A review of recent literature. *Sociology of Health & Illness*, 32, 140-162.
- Klock, S.C., Sheinin, S., Kazer, R., & Zhang, X. (2004). A pilot study of the relationship between serotonin reuptake inhibitors and in vitro fertilization outcome. *Fertility and Sterility*, 82, 968-969.
- Lintsen, A.M. E., Braat, B.B.M., Habbema, J.D.F., Kremer, J.A.M., & Eijkemans, M.J. C. (2010). Can differences in IVF success rates between centres be explained by patient characteristics and sample size? *Human Reproduction*, 25, 110-117.
- Lowyck, B., Luyten, P., Corveleyn J., D'Hooghe, T., Demyttenaere, K. (2009). Personality and interpersonal functioning of women starting their first IVF treatment. *Human Reproduction*, 24, 524-529.
- Matthiesen, S.M.S., Frederiksen Y., Ingerslev H.J., & Zachariae R. (2011) Stress, distress and outcome of assisted reproductive technology (ART) a meta analysis. *Human Reproduction*, 26, 2763-2776.
- Ross, L.E., McQueen, K., Vigod, S., & Dennis C-L. (2011). Risk for postpartum depression associated with assisted reproductive technologies and multiple births: a systematic review. *Human Reproduction*, 26, 96-106.
- Sejbaek C.S., Hageman I., Pinborg, A., Hougaard C.O., & Schmidt L. (2013). Incidence of depression and influence of depression on the number of treatment cycles and births in a national cohort of 42880 women treated with ART. *Human Reproduction*, 28, 110-1109.
- Van den Broeck, U., D'Hooghe, T., Enzlin P., & Demyttenaere K. (2010). Predictors of psychological distress in patients starting IVF treatment: infertility specific versus general psychological characteristics. *Human Reproduction*, 25, 1471-1480.
- Verhaak, C.M., Lintsen, A.M.E., Evers, A. W. M., & Braat, D.D.M. (2010). Who is at risk of emotional problems and how do you know? Screening of women going for IVF treatment. *Human Reproduction*, 27, 1234-1240.
- Volgsten, H., Skoog Svanberg, A., Ekselius L., Lundkvist Ö., & Sundström Poromaa, I. (2008). Prevalence of psychiatric disorders in infertile women and men undergoing in vitro fertilization treatment. *Human Reproduction*, 23, 2056-2063.
- Williams, K.E., & Zappert L. N. (2006). Psychopathology and psychopharmacology in the infertile patient. In S.N. Covington, & L. Hammer-Burns (Eds.), *Infertility counseling. A comprehensive handbook for clinicians* (pp. 97-116). New York: Cambridge University Press.
- Williams, K.E., Marsh, W.K., & Rasgon, N.L. (2007). Mood disorders and fertility in women: a critical review of the literature and implications for future research. *Human Reproduction Update*, 13, 607-16.
- Wischmann, T., Korge, K., Scherg, H., Strowitzki, T., & Verres, R. (2012). A 10-year follow-up study of psycho-social factors affecting couples after infertility treatment. *Human Reproduction*, 27, 3226-3232.
- Yli-Kuha, A.N., Gissler, M., Klementti, R., Luoto, R., Koivisto E., & Hemminki, E. (2010). Psychiatric disorders leading to hospitalization before and after infertility treatments. *Human Reproduction*, 25, 2018-2023.