

Inleiding

Zwanger zijn zonder het te weten, een fenomeen dat ook gekend is onder de term 'zwangerschapsontkenning'. Dit fenomeen wordt vaak verkeerd ingeschat. Het komt namelijk niet veel voor, maar het is toch een aanwezig probleem. Als we ervan horen is het vaak via, op sensatie gerichte, mediaverhalen. Vaak gaat het dan om vrouwen die hun pasgeboren baby om het leven brachten nadat ze hun zwangerschap ontkend hadden. Uiteraard loopt het niet altijd zo tragisch af.

Een vroedvrouw heeft de opdracht om vrouwen in deze situaties zo correct mogelijk te begeleiden. Zwangerschapsontkenning kan wel degelijk problemen met zich meebrengen, zowel voor de moeder als voor het kind. Hoe moet de vroedvrouw met dit fenomeen omgaan? Wat kan ze doen om deze gevolgen zoveel mogelijk te vermijden? Hoe kan ze de zwangere of barendende vrouw helpen? Op deze vragen zullen we trachten een antwoord te vinden.

Eerst en vooral wordt in het eerste hoofdstuk het fenomeen toegelicht. We gaan het begrip zwangerschapsontkenning omschrijven en de verschillende soorten doornemen. We zullen dan stilstaan bij de prevalentie en de aanverwante stoornissen. Ook worden in dit hoofdstuk de symptomen, of eerder de afwezigheid van zwangerschapssymptomen, besproken.

In het tweede hoofdstuk trachten we dit fenomeen te verklaren. Zowel de symptomen als het psychologisch proces van zwangerschapsontkenning worden hier behandeld.

Vervolgens zullen we nagaan of er een bepaald profiel kan geschetst worden van vrouwen die hun zwangerschap ontkennen. Bepaalde factoren (zoals de leeftijd of de leefsituatie) zullen geanalyseerd worden en we zullen kijken of deze factoren een hogere kans kunnen geven op zwangerschapsontkenning en dus beschouwd kunnen worden als risicofactoren. Dit wordt allemaal in het derde hoofdstuk besproken.

Het vierde hoofdstuk gaat over de mogelijke gevolgen voor de zwangerschap, de bevalling en het postpartum. De gevolgen voor zowel moeder als kind en zowel op psychologisch als op materieel vlak zullen hier behandeld worden. In het gedeelte over het postpartum zullen we ook verder ingaan op de relatie tussen moeder en kind en neonaticide (babymoord).

In het vijfde en laatste hoofdstuk wordt de aanpak en begeleiding besproken. De structuur die in het vorige hoofdstuk werd gehanteerd wordt hier behouden, dit wil zeggen dat we ook de zwangerschap, de bevalling en het postpartum apart gaan behandelen. Als laatste wordt tevens beschreven welke preventieve maatregelen kunnen genomen worden om zwangerschapsontkenning zo vroeg mogelijk op te sporen.

De literatuur omtrent zwangerschapsontkenning is eigenlijk vrij beperkt. De voornaamst geraadpleegde bronnen zijn afkomstig van databanken zoals ScienceDirect, PubMed en Web of Knowledge. Een vijftiental wetenschappelijke artikels waren daar terug te vinden. De meest gebruikte zoektermen waren: “denial of pregnancy”, “denied pregnancy”, “deny pregnancy”, “concealment of pregnancy”, “déli de grossesse”, “neonaticide” en “infanticide”. Enkele krantenartikels werden ook gebruikt om mediafeiten als voorbeelden aan te halen.

1. Situering

1.1. Omschrijving

Zwangerschapontkenning is een fenomeen waarbij een vrouw zwanger is, maar zich niet bewust is van haar zwangerschap. Ze weet dus niet dat ze zwanger is. Dit fenomeen komt niet enkel voor bij vrouwen die aan een psychopathologie lijden. Elke vrouw kan dit meemaken. Men mag van zwangerschapontkenning spreken wanneer de ontkenning minstens tot twintig weken zwangerschap duurt (Nau et al., 2011; Sandoz, 2011; Ivorra Deleuze, 2009; Friedman et al., 2007; Beier et al., 2006; Del Giudice, 2006; Wessel en Endrikat, 2005; Miller, 2003; Wessel et al., 2002). Enkele bronnen spreken dit tegen en zeggen dat er over zwangerschapontkenning gesproken wordt wanneer de zwangere vrouw haar zwangerschap ontdekt na het eerste trimester, maar het is een minoriteit die deze grens hanteert (Femmes Prévoyantes Socialistes, 2010; Tronche et al., 2007).

In 1926 definieerde Freud de ontkenning als een weigering van de betrokken persoon om een traumatische werkelijkheid te erkennen. Het is volgens Freud dus een afweermechanisme. Deze niet-erkenning is compleet en vindt plaats zonder dat de betrokken persoon zich hier bewust van is (FPS, 2010; Ferragu, 2002).

Een getuigenis illustreert dit fenomeen als volgt: *“Met een huwelijk dat op springen stond, was een derde kind ondenkbaar, onaanvaardbaar. Haar hersenen wilden het gewoon niet. En ze hebben haar lichaam gedwongen om te volgen: niemand heeft iets gemerkt, ze is geen kilogram verzwaaard. Dat is geen keuze, dat overkomt je. Zoals je ook kan verzwaren door hevig naar een baby te verlangen. Een schijnzwangerschap.”* (De standaard, 2010).

1.2. Soorten

Men kan zwangerschapontkenning op verschillende manieren onderverdelen. Hieronder worden de verschillende soorten beschreven.

Eerst en vooral zijn er volgens Miller (2003) drie soorten zwangerschapontkenning: affectieve ontkenning, pervasieve ontkenning en psychotische ontkenning.

Vrouwen met affectieve ontkenning zijn zich verstandelijk bewust van hun zwangerschap, maar maken weinig emotionele of fysieke voorbereidingen en blijven denken, voelen en zich gedragen alsof zij niet zwanger zijn. In deze categorie vindt men af en toe vrouwen terug die een alcohol- of drugsverslaving hebben en die door middel van affectieve ontkenning zichzelf beschermen tegen schuldgevoelens over de mogelijke nadelige gevolgen voor de foetus die hun middelengebruik zou kunnen veroorzaken. Ook vrouwen die reeds een doodgeboorte meemaakten, kunnen soms te maken hebben met dit fenomeen. Hoewel

Miller dit beschrijft als een soort zwangerschapsontkenning, is dit er volgens de definitie eigenlijk geen. Deze vrouwen weten namelijk wel dat ze zwanger zijn. Ook de partner en de familie van de vrouw zijn op de hoogte van haar zwangerschap. Affectieve zwangerschapsontkenning is eerder een mechanisme waarbij de moeder zichzelf beschermt tegen de mogelijke gevoelens die ze zou kunnen ontwikkelen ten opzichte van haar baby. Dit kan leiden tot een aantal nadelige gevolgen zoals een gebrek aan prenatale consultaties en de afwezigheid van een hechtingsproces tussen moeder en foetus tijdens de zwangerschap (Friedman en Resnick, 2009; Friedman et al., 2009; Friedman et al., 2007; Miller, 2003).

Men spreekt over pervasieve ontkenning wanneer niet enkel de emotionele betekenis maar ook het bestaan zelf van de zwangerschap uit het bewustzijn gebannen is. Gewichtstoename, amenorroe en veranderingen ter hoogte van de borsten kunnen afwezig zijn of slecht geïnterpreteerd. Ook contracties kunnen verkeerd worden opgevat. De partner en de familie merken de zwangerschap niet op. Bij pervasieve ontkenning kan de zwangerschap worden ontkend tot de bevalling en kan de ontkenning ook verder gaan in het postpartum (Friedman et al., 2009; Friedman et al., 2007; Miller, 2003).

Als laatste bestaat er ook psychotische ontkenning. Dit kan voorkomen bij vrouwen met een psychische aandoening en bij vrouwen die in het verleden het gezag over hun andere kinderen hebben verloren. Bij psychotische ontkenning zijn de zwangerschapssymptomen meestal wel aanwezig, maar worden deze op een bizarre, psychotische manier geïnterpreteerd. Zo voelen sommige vrouwen 'iets' in hun buik en denken ze dat dit een bloedklonter is of zelfs een tumor. Ook kan het voorkomen dat de vrouw zich op bepaalde momenten bewust is van haar zwangerschap en wat later op de dag haar zwangerschap ontkent. Wanneer ze bewust is van haar zwangerschap, hecht ze zich aan de foetus (door bijvoorbeeld tegen de foetus te praten of door haar buik te strelen). Op de momenten waar ze dan haar zwangerschap ontkent, is ze ervan overtuigd niet zwanger te zijn en denkt ze een vreemd voorwerp in haar buik te hebben. De omgeving van de vrouw is dan ook vaak wel op de hoogte van de zwangerschap (Nau et al., 2011; Friedman en Resnick, 2009; Friedman et al., 2009; Friedman et al., 2007; Miller, 2003; Ferragu, 2002).

Een andere manier om zwangerschapsontkenning in verschillende groepen te verdelen is volgens de duur van de ontkenning. Deze manier van onderverdelen wordt ook het meest gehanteerd in de literatuur. Meestal valt de ontkenning weg tijdens de zwangerschap. Men spreekt dan van een partiële ontkenning. Wanneer de zwangerschapsontkenning aanhoudt tot de bevalling, spreekt men van een volledige of totale ontkenning (soms ook pervasieve ontkenning genoemd). Bij volledige ontkenning is het risico op neonaticide¹ het grootst. De ontkenning houdt soms aan tot na de bevalling, met andere woorden tot in het postpartum (Sandoz, 2011; FPS, 2010; Ivorra Deleuze, 2009; Rossignol, 2009; Tronche et al., 2007; Ferragu, 2002).

¹ Babymoord of babydoding

Ten slotte onderscheidt men ook psychotische en non-psychotische zwangerschapsontkenning. Men spreekt over non-psychotische ontkenning wanneer de vrouw niet aan een psychiatrische aandoening lijdt. Deze vrouwen zijn vaker in staat om voor hun kind te zorgen na de bevalling. Psychotische zwangerschapsontkenning is zeldzaam. Het komt voor bij vrouwen met een psychose of met ernstige persoonlijkheidsstoornissen (Habek, 2010; Del Giudice, 2006; Ferragu, 2002; Stotland en Stotland, 1998).

1.3. Prevalentie

Zwangerschapsontkenning (zowel partiële als volledige) komt vaker voor dan we denken: in België gaat het om 50 à 60 bevallingen per jaar. In Frankrijk zou het om ongeveer 200 à 300 bevallingen per jaar gaan. Dit verschil is uiteraard te wijten aan de grotere bevolking (RTL-TVI, 2011; Ivorra Deleuze, 2009). In Duitsland schat men dat elk jaar ongeveer 1600 bevallingen het gevolg zijn van een partieel ontkende zwangerschap. Zo zouden ook jaarlijks 300 totaal onverwachte bevallingen plaatsvinden (dus na een volledige zwangerschapsontkenning) (Wessel et al., 2002). Enkele bronnen vermelden een prevalentie van één ontkende zwangerschap op ongeveer 300-600 bevallingen (Wessel en Endrikat, 2005; Wessel et al., 2002).

Het fenomeen zwangerschapsontkenning wordt nu pas meer onderzocht omdat hier tot voor kort zeer weinig over gesproken werd en men er niet in geloofde. Over de prevalentie kunnen we zeggen dat er een gelijkaardige prevalentie is tussen verschillende socio-demografische regio's. Het komt dus overal in de wereld evenveel voor. Als men zwangerschapsontkenning definieert als de onwetendheid over de zwangerschap tot ten minste twintig weken zwangerschap, bekomt men een prevalentie van één op 475 bevallingen volgens een Duitse studie van Wessel et al in 2002. De prevalentie van volledige ontkenning, met andere woorden ontkenning van de zwangerschap tot de bevalling, ligt lager en bedraagt 1:2455 (Nau et al., 2011; Sandoz, 2011; Habek, 2010; Friedman et al., 2007; Beier et al., 2006; Del Giudice, 2006; Wessel et al., 2002).

De huidige prevalentie van zwangerschapsontkenning ligt waarschijnlijk hoger dan men denkt omdat sommige vrouwen nooit naar het ziekenhuis komen en sommige gevallen van neonaticide nooit worden ontdekt (Friedman et al., 2007; Beier et al, 2006; Ferragu, 2002; Wessel et al., 2002).

Als we naar deze statistieken kijken, kunnen we besluiten dat ontkende zwangerschappen niet zo zeldzaam zijn dan we vroeger dachten. Een eclampsie bijvoorbeeld heeft een prevalentie van ongeveer één op 2500 zwangerschappen in Europa, wat overeenkomt met de prevalentie van ontkenningen die aanhouden tot de bevalling. Deze komen trouwens ook

drie keer meer voor dan drielingen! Drielingen hebben namelijk een prevalentie van 1:6000/8000 (Beier et al., 2006; Del Giudice, 2006; Wessel et al., 2002).

1.4. Aanverwanten

Er bestaan andere fenomenen die soms wel lijken op zwangerschapsontkenning en zo voor verwarring kunnen zorgen. Er wordt voor de oorzaken van deze verschillende fenomenen vaak in dezelfde richting gezocht, meestal onterecht. Het gaat hier om aanverwante stoornissen die ook wel de nodige aandacht en zorg behoeven.

Een eerste aanverwante is verhulling of verberging van de zwangerschap (concealment of pregnancy). In deze situatie weet de vrouw dat ze zwanger is, vaak in een vroeg stadium van de zwangerschap, maar verzwijgt en verbergt ze het opzettelijk naar partner, familie, vrienden en collega's toe. Niemand anders dan zij mag weten dat ze zwanger is. De redenen om een zwangerschap te verbergen zijn uiteenlopend: angst voor de reacties van de omgeving (bijvoorbeeld tieners die een zeer religieuze opvoeding hebben gekregen), plannen om het kind ter adoptie af te staan, financiële problemen, ... (Nau et al., 2011; FPS, 2010; Friedman en Resnick, 2009; Friedman et al., 2009; Ivorra Deleuze, 2009; Rossignol, 2009; Friedman et al., 2007; Beier et al., 2006; Del Giudice, 2006; Wessel et al., 2002). Onlangs verscheen een dergelijk geval in de media. Het ging om een 21-jarige Chiroleidster uit Leuven die in 2008 haar pasgeboren dochter om het leven bracht nadat ze negen maanden lang haar zwangerschap had verborgen. Ze werd in maart dit jaar veroordeeld tot vijf jaar cel met uitstel (De standaard, 2012).

Ten tweede zijn er vrouwen die weten dat ze zwanger zijn, vaak in een vroeg stadium van de zwangerschap, en dit proberen te 'vergeten'. Dit wordt vaker gezien bij jonge en onvolwassen adolescenten (Nau et al., 2011; Beier et al., 2006; Wessel et al., 2002).

Er zijn ook vrouwen die zwanger worden en in eerste instantie deze zwangerschap willen onderbreken. Uiteindelijk bedenken ze zich en houden ze het kindje toch. Dit kan soms gezien worden bij meisjes die verkracht werden. Deze vrouwen hebben ook zeker de nodige attentie en zorg nodig (Friedman en Resnick, 2009).

Ten slotte kan een schijnzwangerschap, ook pseudocyesis genoemd, worden beschouwd als het tegenovergestelde van zwangerschapsontkenning. De vrouw is niet zwanger maar heeft wel zwangerschapssymptomen zoals amenorroe, nausea, vermoeidheid, opgezetten buik, ... Bij een schijnzwangerschap bestaat de baby in het hoofd, maar niet in de werkelijkheid. Bij zwangerschapsontkenning is dit omgekeerd: de baby bestaat wel in het echt, maar niet in het hoofd van de vrouw (FPS, 2010; Rossignol, 2009; Ferragu, 2002; Wessel et al., 2002; Sno, 1985).

1.5. Symptomen

Het voornaamste symptoom bij zwangerschapsontkenning is eigenlijk het gebrek aan zwangerschapssymptomen.

Elke zwangerschap is anders en dit geldt ook bij zwangerschapsontkenning. Er is geen vast patroon betreffende het verloop of de kenmerken waardoor het nog moeilijker is om dit op te sporen of te voorkomen. Het komt regelmatig voor dat vrouwen nog min of meer regelmatig vaginale bloedingen hebben waardoor zij denken dat dit hun menstruatie is. Een minimale gewichtstoename en geen of weinig nausea zijn nog andere kenmerken die ervoor zorgen dat deze vrouwen niet onmiddellijk aan een mogelijke zwangerschap denken. Ze voelen ook geen foetale bewegingen. De zwangerschapssymptomen, indien deze worden opgemerkt, worden vaak gerationaliseerd en toegeschreven aan andere oorzaken. Zo kunnen foetale bewegingen doen denken aan het gerommel van de darmen en kan een gewichtstoename geïnterpreteerd worden als het normale gevolg van een vergrote eetlust. Vrouwen van veertig jaar en ouder kunnen de amenorroe interpreteren als de premenopauze en jongere vrouwen kunnen dit linken aan stress of andere omstandigheden (Sandoz, 2011; FPS, 2010; Habek, 2010; Rossignol, 2009; Friedman et al., 2007; Tronche et al., 2007; Beier et al., 2006; Del Giudice, 2006; Wessel en Endrikat, 2005; Miller, 2003; Ferragu, 2002; Brezinka et al., 1994).

Het optreden van min of meer cyclische bloedingen tijdens de zwangerschap komt vaak voor en is de belangrijkste reden waarom vrouwen dan niet denken aan een mogelijke zwangerschap. Meerdere vrouwen gebruiken ook een oraal anticontraceptivum op het moment dat ze zwanger worden (hoogstwaarschijnlijk niet op een correcte manier) en blijven dit gebruiken gedurende de zwangerschap omdat ze simpelweg niet weten dat ze zwanger zijn. Ze zijn dan ook heel erg verrast wanneer ze ontdekken dat ze zwanger zijn en wanneer ze beseffen dat hun zwangerschap de oorzaak was van al deze kwaaltjes (Friedman et al., 2007; Beier et al., 2006; Wessel en Endrikat, 2005; Ferragu, 2002; Brezinka et al., 1994).

Deze vrouwen doen vaak mee aan allerlei activiteiten waarbij hun zwangere staat zou kunnen ontdekt worden. Voorbeelden hiervan zijn zwemmen en kledij passen in winkels. Zij verbergen zich dus helemaal niet omdat zij gewoonweg niet weten dat ze zwanger zijn. Er is bijgevolg niets achter te houden. Dit is anders wanneer vrouwen hun zwangerschap opzettelijk verbergen. Vrouwen die hun zwangerschap ontkennen hebben ook zelden een zwangere buik, waardoor zelfs partner en familie niets merken van de zwangerschap. Soms komt het zelfs voor dat deze vrouwen naar de dokter gaan voor bijvoorbeeld rugklachten of buikpijn en dat de dokter de zwangerschap ook niet diagnosticeert (FPS, 2010; Beier et al., 2006; Del Giudice, 2006; Miller, 2003; Ferragu, 2002; Brezinka et al., 1994).

Ook contracties kunnen geïnterpreteerd worden als nierpijn, rugklachten of buikkrampen. De arbeid gaat vaak snel en wordt ervaren als een behoefte om naar het toilet te gaan. Dit kan leiden tot gevolgen zoals thuis bevallen of bevallen op het toilet, maar de gevolgen worden later besproken (Miller, 2003; Ferragu, 2002).

2. Verklaring

Het is moeilijk om het psychologische proces van zwangerschapsontkenning te verklaren omdat er geen pasklare wetenschappelijke uitleg voor bestaat. In dit hoofdstuk worden enkele mogelijke verklaringen beschreven. Ook worden de symptomen (en de afwezigheid van bepaalde zwangerschapssymptomen) in dit hoofdstuk uitgelegd. Er werden namelijk enkele onderzoeken uitgevoerd om bijvoorbeeld de cyclische vaginale bloedingen of de afwezigheid van wijzigingen van de buikomvang te verklaren. Deze worden hier uitgebreider besproken.

2.1. Verklaring van de symptomen

Er bestaat geen twijfel over het feit dat cyclische menstruatieachtige bloedingen tijdens de zwangerschap bestaan, maar de pathofysiologische verklaring hiervan is nog niet goed bepaald en tot nu toe blijft dit een mysterie. Terwijl sommige onderzoekers denken dat het endometrium ter hoogte van de cervix hier verantwoordelijk voor is en andere onderzoekers denken dat dit bloedverlies afkomstig is van het endometrium van de uterus zelf, denken nog anderen dat de cervix de oorsprong van deze bloeding is. Waar de cervix zou kunnen bloeden is onduidelijk. Hier moet dus nog meer onderzoek over gebeuren (Beier et al., 2006; Wessel en Endrikat, 2005).

Er werd ook een onderzoek verricht om te bepalen of deze cyclische menstruatieachtige bloedingen een hormonale verklaring zouden kunnen hebben. Hiervoor werden de hormonale waarden bepaald enerzijds net na de bevalling en anderzijds na de lactatieperiode (dus gedurende een normale cyclus) bij vrouwen die hun zwangerschap ontkend hadden. De meeste vrouwen (79%) hadden cyclische bloedingen gehad tijdens hun zwangerschap en 21% had geen bloedverlies gehad. Deze resultaten werden nadien vergeleken met de hormonale waarden van een controlegroep, namelijk vrouwen die hun zwangerschap niet ontkend hadden en ook geen bloedverlies hadden gehad tijdens hun zwangerschap. Het nadeel van deze studie is dat aangezien vrouwen die hun zwangerschap ontkennen niet weten dat ze zwanger zijn en bijgevolg ook niet prenatiaal worden opgevolgd, de hormonale waarden pas na de bevalling konden worden bepaald en niet gedurende de verschillende fasen van de zwangerschap. Betreffende de resultaten van de hormoonwaarden waren er na de bevalling geen abnormaliteiten die het bloedverlies tijdens de zwangerschap konden verklaren. Bij de hormoonwaarden na de lactatieperiode waren wel enkele abnormaliteiten aanwezig, maar deze konden de oorzaak niet zijn van het bloedverlies tijdens de zwangerschap en zijn dus niet relevant. Hier is bijgevolg meer onderzoek over nodig. Voor toekomstige onderzoeken zou het interessant zijn om vrouwen te betrekken die cyclische bloedingen hebben tijdens hun zwangerschap in plaats van de

nadruk te leggen op vrouwen die hun zwangerschap ontkenden en cyclische bloedingen hadden. Ook zou het interessant zijn de exacte morfologische oorsprong van deze bloedingen te onderzoeken (Wessel en Endrikat, 2005).

Zeker is dat het gebruik van orale anticonceptiva deze bloedingen niet kunnen verklaren. Uit endocrinologisch standpunt is het onmogelijk dat dergelijke lage dosissen hormonen cyclische bloedingen kunnen veroorzaken, vooral als men deze lage dosissen vergelijkt met de natuurlijke (hoge) hormoonwaarden die tijdens de zwangerschap geproduceerd worden door de placenta (voornamelijk in de gevorderde stadia van de zwangerschap) (Beier et al., 2006).

Een vraag die veel mensen zich ook stellen is: hoe is het mogelijk dat de vrouw zelf en haar omgeving niets merkt aan haar buik? Bij zwaarlijvige vrouwen kan een zwangere buik snel over het hoofd worden gezien dus zou men kunnen denken dat zwangerschapsontkening vooral voorkomt bij vrouwen met overgewicht. Dit is echter niet zo vaak het geval. De meeste vrouwen die te maken hebben met zwangerschapsontkening zijn normaal gebouwd. In een studie van Wessel en Endrikat (2005) werd de BMI berekend van 28 vrouwen die hun zwangerschap hadden ontkend. Dertien vrouwen (46 %) hadden een normaal gewicht (BMI tussen 20,0 en 24,9 kg/m²), vijf vrouwen (17 %) hadden een te laag gewicht en tien vrouwen (36 %) hadden een te hoog gewicht. Het is dus duidelijk dat overgewicht niet de reden is waarom men niet ziet dat deze vrouwen zwanger zijn. Ook andere onderzoekers kwamen tot dezelfde conclusie (Wessel en Endrikat, 2005; Brezinka et al., 1994).

Maar hoe komt het dan dat deze vrouwen geen bolle buik vertonen, zelfs op het einde van de zwangerschap? Dit hebben enkele onderzoekers proberen te verklaren. De afwezigheid van de zwangere buik zou te wijten zijn aan de positie van de foetus. Bij vrouwen die hun zwangerschap ontkennen, bevindt de foetus zich in een verticale positie, tegen de wervelkolom van zijn moeder aan de achterzijde en tegen het diafragma aan de bovenzijde. Ook de buikspieren zijn hierbij betrokken. Het autonoom zenuwstelsel zorgt ervoor dat deze (onbewust) gespannen blijven en dit laat toe dat de zwangere vrouw een slanke buik behoudt. Doordat de foetus door de abdominale wand tegen de wervelkolom wordt gedrukt, zijn de foetale bewegingen veel zwakker en worden deze door de moeder vaak ervaren als darmbewegingen. Door de verticale positie van de foetus, wordt het diafragma van de zwangere naar boven verplaatst. Vreemd genoeg werden als gevolg hiervan geen ademhalingsmoeilijkheden gemeld, noch in de wetenschappelijke literatuur, noch door de vrouwen zelf (Sandoz, 2011; Rossignol, 2009). De foetale positie wordt op volgende afbeeldingen geïllustreerd.

Figuur 1: Foetale positie bij zwangerschapsontkenning



(uit reportage: Le magazine de la santé – le déni de grossesse, 2007)

Figuur 2: Foetale positie bij zwangerschapsontkenning (stuitligging)



(uit reportage: Tout s'explique – le déni de grossesse, 2012)

Men ziet vaak dat op het moment dat men de vrouw vertelt dat ze zwanger is en de ontkenning dus wegvalt, de bolle buik plots tevoorschijn komt. De foetus neemt dan een normale, meer horizontale positie en de buikspieren ontspannen zich. De aankondiging van de zwangerschap kan hier dus worden beschouwd als een trigger voor de verschijning van de buik. Het is waarschijnlijk een psychologisch mechanisme. Hoe dit precies in elkaar zit, is voorlopig niet duidelijk. Er bestaat nog geen pasklare uitleg, maar men weet dat dit een vaak voorkomend gevolg is van de aankondiging van de zwangerschap (Sandoz, 2011; Rossignol, 2009).

Enkele bronnen vermelden dat een foetus in stuitligging kan leiden tot een minder duidelijke zwangere buik. Dit kan dan bijdragen tot de afwezigheid van een bolle buik bij een vrouw die

haar zwangerschap ontkent. Een achttienjarige vrouw kwam bijvoorbeeld naar het ziekenhuis met klachten die aan een appendicitis doen denken. Ze bleek uiteindelijk zwanger te zijn en beviel van een baby van drie kilogram in stuitligging. Twee weken voordien was ze op vakantie naar een naturistenstrand geweest. Ondanks het feit dat ze daar naakt was, had niemand in haar omgeving een vermoeden dat ze zwanger was (Sandoz, 2011; Brezinka et al., 1994).

2.2. Verklaring van het psychologisch proces

Het mechanisme zelf van zwangerschapsontkenning blijft mysterieus: het is een onbewust verdedigingsproces van het brein tegen een situatie die ondraaglijk lijkt. Het brein gaat de zwangerschapssymptomen verstoppen, soms onregelmatige bloedingen laten doorkomen en zelfs de gewichtstoename en vorming van de buik camoufleren (Sandoz, 2011; FPS, 2010; Ivorra Deleuze, 2009; Del Giudice, 2006; Ferragu, 2002; Brezinka et al., 1994).

Er zijn drie mogelijke invalshoeken:

- Psychopathologie: een psychopathologisch proces (bijvoorbeeld borderline, schizofrenie of milde mentale achterstand) kan in sommige gevallen een zwangerschapsontkenning verklaren.
- Persoonlijkheidsstructuur: iedere persoon heeft een eigen persoonlijkheidsstructuur. Zo zijn er mensen die graag alles controleren en het niet verdragen om de controle over een situatie te verliezen. Een zwangerschap zou dan helemaal uit den boze kunnen zijn als dit niet gepland was en zo kan het dus zijn dat het brein de zwangerschapssymptomen gaat verbergen als verdedigingsmechanisme.
- Sociale context: de relatie die de vrouw heeft met haar omgeving kan de zwangerschapsontkenning soms ook verklaren. Een zeer grote angst voor de reacties uit de omgeving kan bijvoorbeeld een trigger zijn. Ook de levensfase waarin deze zwangerschap voorvalt, kan ertoe leiden dat de zwangerschap ontkend wordt (bijvoorbeeld een drukke fase in het leven van de vrouw gedurende dewelke haar carrière op de eerste plaats staat en er geen plaats is voor een kind).

Deze drie genoemde pijlers en de psycho-sociale en –familiale context spelen dus vaak een belangrijke rol in de verklaring van een zwangerschapsontkenning (FPS, 2010; Friedman et al., 2009; Friedman et al., 2007; Miller, 2003; Ferragu, 2002; Stotland en Stotland, 1998, Brezinka et al., 1994).

Zo zal er in sommige gevallen een psychosociale factor zijn die mogelijks aanleiding gaf tot de zwangerschapsontkenning. De zwangerschap past op dat moment niet in het leven van de vrouw en is dus ondenkbaar en volledig onverenigbaar met de omstandigheden of de

situatie waarin de vrouw leeft. Enkele voorbeelden hiervan zijn: bijzonder puriteinse ouders, in een klooster leven, religieuze verboden, angst voor de vader van de baby, angst voor verlaten, een buitenechtelijke zwangerschap, ... (FPS, 2010; Friedman et al., 2009; Friedman et al., 2007; Miller, 2003; Ferragu, 2002; Stotland en Stotland, 1998; Brezinka et al., 1994).

Andere stressfactoren, zoals scheiding van de partner en interpersoonlijke problemen, kunnen ook een belangrijke rol spelen als uitlokkende factoren voor de ontwikkeling van zwangerschapsontkenning (Habek, 2010; Beier et al., 2006; Miller, 2003; Brezinka et al., 1994).

De mogelijkheid een zwangerschap te ontkennen bewijst dat het menselijk brein een wonder is en tot veel in staat is! (Miller, 2003; Stotland en Stotland, 1998)

3. Risicofactoren

Als mensen het woordje zwangerschapsontkenning horen, hebben ze vaak een aantal vooroordelen. Sommigen zijn ervan overtuigd dat dit enkel en alleen maar bij gestoorde vrouwen voorkomt, anderen denken dat vooral laag geschoolde vrouwen of vrouwen uit een sociaal achtergesteld milieu hiermee te maken hebben. Als men dan vraagt welke factoren meer kans geven op zwangerschapsontkenning, komen vaak dezelfde aan bod. Mensen denken vooral aan de leeftijd, intellectuele beperkingen, sociaal isolement, middelenmisbruik, psychiatrische stoornissen of onregelmatige menstruatie (FPS, 2010; Friedman et al., 2007; Del Giudice, 2006; Brezinka et al., 1994).

Friedman et al. (2007) heeft een grootschalig onderzoek gedaan om te zien welke factoren een hogere kans kunnen geven op zwangerschapsontkenning of zwangerschapsverberging en dus beschouwd kunnen worden als risicofactoren. Zo zouden in de toekomst gevallen van zwangerschapsontkenning en -verberging eventueel vermeden kunnen worden. De hypothese was dat vrouwen die hun zwangerschap ontkennen of verbergen het meest waarschijnlijk:

- jong zijn
- primigravida zijn
- bij hun ouders wonen
- onderwijskundig achtergesteld zijn
- slechte sociale steun krijgen
- vaker het slachtoffer (geweest) zijn van mishandeling of misbruik

De resultaten waren helemaal niet wat men verwachtte. De grote meerderheid van de vrouwen die hun zwangerschap hadden ontkend, was ouder dan achttien jaar (de gemiddelde leeftijd was tussen twintig en dertig jaar) en multigravida. Vrouwen die hun zwangerschap echter verborgen hadden, waren gemiddeld jonger (40% was achttien jaar of jonger tegen 23% bij vrouwen met zwangerschapsontkenning). Twee derde van de vrouwen die hun zwangerschap ontkend hadden, namelijk 66%, had de middelbare school voltooid. Bij zwangerschapsverhulling was dit maar 45%. Vrouwen die hun zwangerschap hadden ontkend waren vaker tewerkgesteld dan vrouwen die hun zwangerschap verborgen hadden, zij waren vaker nog student (50% van de gevallen). De meerderheid van de vrouwen die te maken hadden met zwangerschapsontkenning, namelijk 71%, gaf aan steun te krijgen van hun moeder, en de helft kon ook rekenen op steun van de vader van het kind. Bij de vrouwen die hun zwangerschap verborgen hadden, kreeg ook 68% steun van hun moeder, maar kreeg maar één derde steun van de vader van het kind. Een verleden van misbruik was meestal niet aanwezig. Een opmerkelijk resultaat was dat een psychiatrische consultatie

zelden werd gevraagd door vrouwen die hun zwangerschap ontkend hadden, hoewel zij vaker het gezag over hun kind verloren wanneer ze hun zwangerschap ontkend hadden tot de bevalling. Een psychiatrische aandoening werd niet vaak gevonden (Friedman et al., 2007).

Deze resultaten komen grotendeels overeen met de resultaten van andere studies en zijn dus zeker betrouwbaar (FPS, 2010; Ivorra Deleuze, 2009; Tronche et al., 2007; Beier et al., 2006; Del Giudice, 2006; Wessel en Endrikat, 2005; Miller, 2003; Ferragu, 2002; Stotland en Stotland, 1998; Brezinka et al., 1994). Hieronder een overzicht van de resultaten van de verschillende studies.

	Wessel & Endrikat, 2005 denial	Beier et al., 2006 denial	Friedman et al., 2007 denial	Friedman et al., 2007 concealment	Beier et al., 2006 concealment
Age					
- ≥30	-	41%	18%	10%	8%
- 18-29	-	44%	59%	50%	50%
- ≤18	-	15%	23%	40%	42%
Mean age	27,5	-	-	-	-
Gravida					
- 1	28,6%	44%	26%	35%	75%
- > 1	71,4%	56%	74%	65%	25%
BMI (body mass index)					
- < 20	46,4%	-	-	-	-
- 20 – 25	17,9%	-	-	-	-
- > 25	35,7%	-	-	-	-
Status					
- Married/stable relationship	85,7%	74%	-	-	58%

- Single	7,1%	-	-	-	-
Living situation					
- Partner	78,6%	65%	13%	0%	25%
- Parents	7,1%	11%	46%	33%	50%
- Alone	14,3%	21%	20%	33%	8%
- Others	-	3%	21%	33%	17%
Support noted					
- Mother	-	-	71%	68%	-
- Father	-	-	13%	11%	-
- Father baby	-	-	50%	32%	-
- Other	-	-	50%	58%	-
High school completed	60,7%	-	66%	45%	-
Employment					
- Employed	46,4%	91%	42%	15%	66%
- Student	10,7%	9%	23%	50%	33%
- Unemployed	-	-	30%	35%	-

Tabel 1: Overzicht van de resultaten van de verschillende studies over de risicofactoren

We kunnen dus besluiten dat er geen welbepaald sociaal profiel is van 'de vrouw die haar zwangerschap ontkent'. Zwangerschapsontkening kan voorkomen bij elke vrouw in de vruchtbare leeftijd, ongeacht haar leeftijd of haar socio-professionele situatie.

4. Mogelijke gevolgen

4.1. Zwangerschap

Tijdens de zwangerschap leidt zwangerschapsontkenning tot onvoldoende prenatale zorg. Aangezien de zwangere vrouw niet weet dat ze zwanger is, komt zij ook niet naar prenatale consultaties. De prenatale opvolging is zeer belangrijk omwille van haar preventieve rol. Men heeft dus tijdens de zwangerschap geen idee over hoe het gaat met de gezondheid van de vrouw en met de gezondheid van de foetus. Uiteraard is de ernst van het gebrek aan prenatale zorg afhankelijk van het tijdstip waarop de vrouw op de hoogte wordt gebracht van haar zwangerschap. Is dit nog tijdens het tweede of derde trimester van de zwangerschap, dan zal de vrouw vaak nog enkele keren op prenatale consultatie komen. Maar als dit tijdens de bevalling zelf is, dan is er helemaal geen prenatale zorg geweest. Ook kunnen deze vrouwen tijdens de zwangerschap onbedoeld schadelijk gedrag vertonen. Ze weten niet dat ze zwanger zijn en letten niet op hun eetgewoonten bijvoorbeeld, terwijl dit noodzakelijk is voor de preventie van infectieziekten zoals toxoplasmose en listeriose. Herpes en CMV zijn ook infectieziekten waar de zwangere normaal op moet letten. Vrouwen die niet weten dat ze zwanger zijn, letten hier uiteraard niet op. Ook roken, alcoholgebruik, druggebruik en medicatiegebruik kunnen bijdragen tot dit onbedoeld schadelijk gedrag. Uiteindelijk zal dit leiden tot een minder goede outcome van de neonat (Sandoz, 2011; Habek, 2010; Friedman et al., 2009; Friedman et al., 2007; Del Giudice, 2006; Wessel et al., 2002; Brezinka et al., 1994).

Ook voor de vrouw is zwangerschapsontkenning confronterend en beangstigend. Zij heeft geen negen maanden tijd gehad om de geboorte voor te bereiden, zowel op psychologisch als op materieel vlak. Psychologisch moet zij zich voorbereiden op het komende moederschap en materieel ontbreekt alles nog. Hieronder verstaan we de kamer, kleertjes en spullen voor de verzorging van de baby. Hoe vroeger de ontkenning is opgeheven, hoe meer tijd de vrouw heeft om zich psychologisch voor te bereiden en alle nodige voorbereidingen te treffen (Beier et al., 2006; Maldonado-Durán et al., 2000; Stotland en Stotland, 1998).

4.2. Bevalling

In vergelijking met de algemene perinatale statistieken is er bij zwangerschapsontkenning een verhoogde kans op foetale risico's en op een slechtere zwangerschapsuitkomst. Bij ontkende zwangerschappen hebben de kinderen vaker een laag geboortegewicht (namelijk onder 2500 gram) en moeten zij vaker worden opgenomen op de NICU. De redenen voor de opnames op de neonatale dienst zijn divers: navelstrengomstrengeling, respiratory distress syndroom, apneu, tachycardie, microcefalie, prematuriteit, ... (Friedman et al., 2009; Beier et

al., 2006). Vrouwen die hun zwangerschap ontkennen hebben ook meer kans op een preterme bevalling, vooral wanneer het gaat om een volledige ontkenning. Deze gevolgen zijn hoogstwaarschijnlijk te wijten aan het gebrek aan prenatale opvolging (Friedman et al., 2009; Beier et al., 2006; Brezinka et al., 1994).

Een Duitse studie van Wessel et al. (2002) beschreef enkele resultaten van vrouwen die hun zwangerschap hadden ontkend tot minstens twintig weken zwangerschap. Deze vrouwen hadden bijgevolg de eerste twintig weken geen enkele prenatale consultatie gehad. 22% van de neonaten (versus 7% na een niet ontkende zwangerschap) had een laag geboortegewicht, 29% (versus 9%) moest worden opgenomen op de NICU en 18% (versus 7%) was prematuur (Friedman et al., 2009; Wessel et al., 2002).

Volgens een studie van Friedman et al. (2009) hebben vrouwen die hun zwangerschap ontkennen tot de bevalling 24% kans op een kindje met een laag geboortegewicht, 34% kans dat hun kindje moet opgenomen worden op de NICU en 51% kans om preterm te bevallen (Friedman et al., 2009).

Deze drie meest voorkomende situaties zijn dus het gevolg van het gebrek aan prenatale zorg en het onbewust risicovol gedrag zoals roken en druggebruik tijdens de zwangerschap. Vreemd genoeg worden er na ontkende zwangerschappen niet meer kinderen met aangeboren afwijkingen geboren zoals men zou kunnen denken. Deze vrouwen vertonen soms toch risicovol gedrag zoals alcoholgebruik en letten niet op de preventie van infectieziekten zoals toxoplasmose of listeriose, maar er werden niet meer aangeboren afwijkingen teruggevonden die hier het gevolg van zouden kunnen zijn (Del Giudice, 2006). Volgens één bron zou er ook meer risico zijn op mors in utero (Habek, 2010). Dit werd niet bevestigd door andere bronnen dus hier is voorlopig meer onderzoek over nodig.

Een laatste gevolg tijdens de bevalling komt voor wanneer het gaat over volledige zwangerschapontkenning, namelijk onverwachts thuis bevallen zonder enige professionele hulp. In deze situatie bestaat het risico dat het kind overlijdt door bijvoorbeeld een gebrek aan zorgen bij de geboorte of hoofdletsels als het kind op de grond viel (Sandoz, 2011; Habek, 2010; Ivorra Deleuze, 2009; Miller, 2003; Ferragu, 2002; Wessel et al., 2002).

4.3. Postpartum

De mogelijke gevolgen in het postpartum zijn uiteenlopend en hangen vaak af van de duur van de ontkenning. Bij een partiële ontkenning komen de minste problemen voor. Wanneer de ontkenning aanhoudt tot de bevalling is er een groter risico op ernstige gevolgen. In dit hoofdstuk worden de mogelijke gevolgen besproken en wordt er dieper ingegaan op de relatie tussen moeder en kind en neonaticide.

In sommige gevallen kan de ontkenning aanhouden tot na de bevalling. Dit komt niet vaak voor, maar als het voorkomt zien we dat de typische postpartum verschijnselen afwezig zijn. Zo zal de vrouw geen naweeën voelen en kan de melkstuwung uitblijven. Soms wordt ook het bestaan van het kind ontkend (Miller, 2003; Ferragu, 2002).

4.3.1. Relatie tussen moeder en kind

Na de bevalling hebben deze vrouwen verschillende reacties en gaan zij op verschillende manieren om met de situatie. Men kan deze reacties onderverdelen in verschillende groepen.

Ten eerste zijn er vrouwen die heel blij zijn met het (onverwachte) nieuws en zich zonder al te grote problemen aanpassen. Hun moederlijk instinct komt naar boven en de moeder in hen komt tevoorschijn. Het kind wordt aanvaard en men ziet zeer zelden hechtingsproblemen. Dit scenario komt het vaakste voor, vooral wanneer het gaat om een partiële ontkenning (Friedman et al., 2009; Beier et al., 2006; Del Giudice, 2006; Wessel et al., 2002; Brezinka et al., 1994).

In andere gevallen kan het kind worden afgestaan ter adoptie of in een pleeggezin worden geplaatst. Dit komt veel minder voor en is vaak geassocieerd aan maternele factoren zoals de maternele leefsituatie, het materneel beroep, toxicomanie, de onbekwaamheid van de moeder om voor het kind te zorgen, ... (Friedman et al., 2009; Beier et al., 2006; Del Giudice, 2006; Wessel et al., 2002; Brezinka et al., 1994).

Als laatste kan neonaticide gepleegd worden. Dit komt zelden voor, maar wanneer het voorkomt, zien we dit bij vrouwen die hun zwangerschap volledig ontkend hebben en in hun eentje bevelen. Neonaticide komt later nog uitgebreider aan bod (Sandoz, 2011; Friedman et al., 2009; Bardou et al., 2006; Beier et al., 2006; Del Giudice, 2006; Brezinka et al., 1994).

Een Duitse studie van Beier et al. (2006) bestudeerde 66 vrouwen die hun zwangerschap ontkend hadden en beschreef dat 51 kinderen na de geboorte bij hun ouders bleven (beide ouders of enkel de moeder) (77,3 %), 13 kinderen ter adoptie werden afgestaan (19,7 %) en één kind in een pleeggezin werd geplaatst (1,5 %). Ook was er één geval van neonaticide (1,5 %). In de meeste gevallen loopt het dus goed af en behouden de ouders het gezag over hun kind (Beier et al., 2006).

Enkele bronnen beschrijven ook geweld naar de neonaat toe als gevolg van zwangerschapsontkenning. Hier is zeer weinig informatie over dus het is niet bekend of dit gebonden is aan de ontkenning of niet (Friedman et al., 2009; Bardou et al., 2006; Ferragu, 2002).

Er zijn niet veel onderzoeken over de outcome na een zwangerschapsontkenning. Een aantal kleine onderzoeken toonden aan dat de kinderen bij hun oorspronkelijke familie konden

blijven (vaak met toezicht van kindbeschermingsdiensten). De moeder behield meestal het gezag over haar kind, maar vaak was het zo dat de grootmoeder mee hielp bij de opvoeding. In uitzonderlijke gevallen verloor de moeder het gezag over haar kind (Friedman et al., 2009; Brezinka et al., 1994).

We kunnen dus besluiten dat er bij zwangerschapsontkenning in principe niet meer hechtingsproblemen tussen moeder en kind voorkomen dan bij vrouwen die hun zwangerschap niet ontkenden. Men stelt immers vast dat het in de meeste gevallen goed afloopt. Als er wel hechtingsproblemen ontstaan, zijn deze niet direct te wijten aan de zwangerschapsontkenning, maar aan andere factoren zoals bijvoorbeeld het verlies van gezag over het kind.

4.3.2. Neonaticide

Een neonaticide of baby moord is de moord van een pasgeborene die minder dan 24 uren oud is door één van zijn ouders. De gevallen van neonaticide vormen een minderheid, maar het is wel het meest tragische gevolg dat kan voorkomen bij zwangerschapsontkenning. Meestal kan neonaticide niet gelinkt worden aan maternale psychiatrische symptomen (Habek, 2010; Friedman en Resnick, 2009; Putkonen et al., 2007; Tronche et al., 2007; Beier et al., 2006; Ferragu, 2002; Brezinka et al., 1994).

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen neonaticide en infanticide. Neonaticide is de moord van een pasgeborene jonger dan één dag. Infanticide is de moord van een kind dat jonger is dan één jaar, maar ouder dan één dag (Putkonen et al., 2007). Geen enkele bron haalde infanticide aan als gevolg van zwangerschapsontkenning dus wordt dit ook niet uitgebreider besproken in dit hoofdstuk.

Een baby moord komt niet zo vaak voor. De prevalentie bedraagt ongeveer 2,1 op 100.000 pasgeborenen. Wat wel opmerkelijk is, is dat het verbergen of het ontkennen van de zwangerschap vaak een predisponerende factor is. Volgens een recente Finse studie van Putkonen et al. (2007) zouden 91% van de vrouwen die neonaticide hebben gepleegd hun zwangerschap verborgen of ontkend hebben. Vooral het verbergen van de zwangerschap zou vaker leiden tot neonaticide (81,3% had hun zwangerschap verborgen en 9,4% had hun zwangerschap ontkend). De meesten zeiden zo gehandeld te hebben omdat de neonaat niet gewenst was. Van de 32 vrouwen vond men bij 13% een psychose terug en bij 31% een persoonlijkheidsstoornis. De overige 56% had geen psychische aandoening. Het verbergen of ontkennen van de zwangerschap zou hier dus een risicofactor kunnen zijn, maar men kan geen 'profiel' opstellen van vrouwen die een baby moord plegen. Ze hebben namelijk niet allemaal dezelfde achtergrond of ervaringen (Friedman en Resnick, 2009; Putkonen et al., 2007).

Neonaticide kan het gevolg zijn van extreem geweld, maar men spreekt ook van neonaticide wanneer de baby overlijdt door verwaarlozing na de geboorte en door gebrek aan medische zorgen. Andere mogelijke doodsoorzaken zijn het achterlaten (in de steek laten) van de neonaat, hypothermie, afsluiting van de luchtwegen, asfyxie (verstikking), wurging, verdrinking, ... We onderscheiden passieve neonaticide, bijvoorbeeld de val van het kind in het toilet, en actieve neonaticide, bijvoorbeeld het kind verstikken. Het is niet altijd gemakkelijk om de exacte doodsoorzaak te bepalen en soms kan deze onduidelijk blijven (Friedman en Resnick, 2009; Ivorra Deleuze, 2009; Putkonen et al., 2007; Tronche et al., 2007; Beier et al., 2006; Ferragu, 2002).

Wanneer de neonaticide wordt ontdekt, leidt dit vaak tot strafrechtelijke vervolging van de moeder. Het is in deze situaties zeer moeilijk om uit te maken waarom de moeder zo heeft gehandeld en wat er op dat moment omging in haar hoofd. Was dit echt haar bedoeling? Had ze gepland haar eigen kind te doden? Een baby moord is zelden gepland wanneer de vrouw haar zwangerschap volledig ontkende. De vrouw wist enkele minuten voor haar bevalling niet eens dat ze zwanger was. Maar het is niet gemakkelijk om het onderscheid te maken tussen vrouwen die hun zwangerschap echt hebben ontkend en vrouwen die dit proberen te laten geloven en bijvoorbeeld hun zwangerschap maandenlang hebben verborgen (Beier et al., 2006).

In januari 2008 vond een dergelijk drama in Bergen plaats. Een vrouw van 28 jaar vermoorde haar pasgeboren baby net na de geboorte. Het ging om een volledige zwangerschapsontkening en de jury aanvaardde uiteindelijk dat ze compleet van slag was en dus ontoerekeningsvatbaar was toen ze haar zoontje verstikte. Enkele cipiers kwamen ook getuigen. In januari 2009, drie maanden na haar opsluiting in de gevangenis, beviel deze vrouw immers van een tweede kindje! Noch het gevangenis personeel, noch de medegevangenen hadden iets gemerkt van deze zwangerschap. In maart 2010 werd ze vrijgesproken van de baby moord op haar pasgeborene. Het hele proces, dat in het teken stond van zwangerschapsontkening, heeft uiteindelijk twee jaar geduurd (De standaard, 2010; Het nieuwsblad, 2010).

Onderzoekers hebben geprobeerd na te gaan waarom sommige vrouwen op dergelijke manier handelen. De toestand van acute stress op het moment dat deze vrouwen beseffen dat ze aan het bevallen zijn, speelt hoogstwaarschijnlijk een grote rol. De onverwachte bevalling en de komst van het kind vormen traumatische gebeurtenissen die een extreme angst en ontreddeking kunnen teweegbrengen. Ook de mogelijke desoriënterende effecten die de pijn met zich kan meebrengen en de abrupte hormonale veranderingen die geassocieerd zijn aan arbeid en bevalling zijn factoren die een rol kunnen spelen (Tronche et al., 2007; Ferragu, 2002; Stotland en Stotland, 1998).

Bijna alle studies over de gevolgen van zwangerschapsontkening worden in ziekenhuizen uitgevoerd. In deze studies is neonaticide zeer zelden het gevolg van een ontkende zwangerschap. Soms komt er zelfs geen enkel geval van neonaticide aan bod. Het is

inderdaad zo dat neonaticide enkel in de meest uitzonderlijke gevallen voorkomt, maar men moet niet vergeten dat de meeste gevallen van neonaticide buiten het ziekenhuis voorkomen en dus niet worden opgenomen in de resultaten van studies die in het ziekenhuis plaatsvinden. Het is waarschijnlijk ook daarom dat zelfs in grootschalige studies in het ziekenhuis, er geen enkel geval van neonaticide voorkomt. Maar het is wel degelijk een mogelijk gevolg na een ontkende zwangerschap (Del Giudice, 2006).

5. Aanpak, begeleiding en preventie

De aanpak en begeleiding zijn van cruciaal belang bij zwangerschapsontkenning. Onder aanpak verstaan we dan vooral een multidisciplinaire aanpak. De aanwezigheid van een team (vroedvrouwen, artsen, pediater, psycholoog, ...) is hier onontbeerlijk (Friedman et al., 2009; Ferragu, 2002).

De vroedvrouwen en artsen kunnen enorm veel betekenen voor de vrouw die de ontkenning heeft meegemaakt. Het is onze rol om de vrouw te steunen en te begeleiden bij de komst van haar kindje. Het is belangrijk om open en verdraagzaam te zijn in zo'n situatie. Deze vrouwen voelen zich al schuldig genoeg dat ze hun zwangerschap gewoonweg niet hebben opgemerkt. Wij moeten hen steunen in deze moeilijke periode (Ivorra Deleuze, 2009; Del Giudice, 2006; Ferragu, 2002; Maldonado-Durán et al., 2000).

5.1. Zwangerschap

Vrouwen die hun zwangerschap ontkennen ervaren vaak een ernstige vorm van psychologisch conflict. Niefert en Bourgeois dringen hierop aan: "If we are fortunate enough to identify these women before delivery, it is imperative that intensive psychosocial counseling be arranged". Het is dus zeer belangrijk, als de ontkenning voor de bevalling wegvalt, dat men intensieve psychosociale counseling of begeleiding regelt. Het hechtingsproces tussen moeder en kind begint namelijk al tijdens de zwangerschap. De vrouw hecht zich gedurende de hele zwangerschap al aan de foetus. Bij zwangerschapsontkenning wordt dit proces overgeslagen. Soms volledig, soms gedeeltelijk. Daarom is het zeer belangrijk om de vrouw al tijdens de zwangerschap te begeleiden als het gaat om een partiële ontkenning. In de praktijk wordt nog te vaak niet aan psychosociale begeleiding gedacht, tenzij de vrouw zelf dit vraagt. Aangezien dit zelden het geval is, zou het beter zijn om routinematig psychosociale counseling te voorzien bij vrouwen die hun zwangerschap of een deel van hun zwangerschap (minstens twintig weken) ontkend hebben. Ook zou men eventueel hun opvoedingsvermogen kunnen beoordelen. Dit geldt zeker ook voor het postpartum maar dit komt later aan bod (Friedman en Resnick, 2009; Friedman et al., 2007; Niefert en Bourgeois, 2000).

Als een vrouw een deel van haar zwangerschap heeft ontkend, is het belangrijk dat ze gedurende de laatste maanden of weken van haar zwangerschap deze zwangerschap aanvaardt. Sommige vrouwen aanvaarden hun zwangerschap zodra ze weten dat ze zwanger zijn en zijn zelfs heel blij met dit onverwachte nieuws. Maar het is niet altijd zo vanzelfsprekend. Andere vrouwen hebben het hier moeilijk mee en zij kunnen zeker geholpen worden door de zorgverleners.

Er zijn enkele concrete middelen die de vrouw kunnen helpen haar zwangerschap te aanvaarden. Een voorbeeld hiervan is de prenatale echografie. Het bekijken van de beelden op het scherm kan hen helpen accepteren dat dit wezentje dat ze zien werkelijk bestaat en zich in hun buik bevindt. Tijdens de echografie kan het hartje van de foetus worden beluisterd en dit kan dan ook bijdragen aan het aanvaardingsproces van de zwangerschap. Vooral bij vrouwen met een affectieve zwangerschapsontkenning kan de prenatale echografie nuttig zijn (Friedman et al., 2007).

We moeten de vrouw aanmoedigen om kleine wijzigingen te maken in haar levensstijl en zo de zwangerschap te aanvaarden. Zo kunnen concrete acties zoals prenatale lessen bijwonen, vitamines of ijzersupplementen nemen, zware inspanningen vermijden en regelmatig gewogen worden helpen bij het aanvaardingsproces. Andere voorbeelden zijn: nadenken over mogelijke namen, een babyshower organiseren, kleren voor mama en baby kopen, ... Het betrekken van de familie en vrienden van de vrouw is zeker ook een goed idee (Maldonado-Durán et al., 2000).

Als vroedvrouw of andere zorgverlener is het belangrijk om een goede anamnese af te nemen. Bij een partiële zwangerschapsontkenning zal de eerste prenatale consultatie na twintig weken plaatsvinden en moeten we dus achterhalen of de zwangere de voorbije maanden geen risicogedrag heeft vertoond. Via een bloedafname controleren we enkele infectieziekten zoals toxoplasmose en CMV en uiteraard doen we aan primaire preventie zoals bij elke zwangere. Men moet ook zeker navragen of de vrouw de afgelopen weken of maanden geen medicatie heeft ingenomen. Dit is zeer belangrijk omdat sommige geneesmiddelen teratogene effecten kunnen hebben voor de foetus. Zo kan bijvoorbeeld isotretinoïne, een geneesmiddel dat voorgeschreven wordt tegen acne, leiden tot ernstige misvormingen bij de foetus als het kort voor of tijdens de zwangerschap wordt gebruikt. Men zal ook, zoals bij elke zwangere, vragen stellen omtrent roken, alcohol, drugs, eventuele ziekten, ... Verder moet de zwangerschapsduur geschat worden. De eerste dag van de laatste menstruatie is zelden gekend omdat dit vaak niet wordt bijgehouden als een zwangerschap niet gepland is. Sommige vrouwen hebben ook tijdens hun zwangerschap min of meer regelmatige bloedingen gehad waardoor de zwangerschapsduur niet kan berekend worden aan de hand van deze formule. Het ideale is om de zwangerschapsduur echografisch te berekenen bij de eerste echografie rond twaalf weken. Zo bekomt men immers een precieze zwangerschapsduur. Dit is hier niet mogelijk omdat de vrouw die haar zwangerschap gedeeltelijk ontkend heeft al minstens twintig weken ver is, maar men zal dan toch proberen de zwangerschapsduur te schatten via een echografie van het tweede of derde trimester. Hoe vroeger men de echografie doet, hoe nauwkeuriger de schatting van de zwangerschapsduur. Deze zaken werden niet expliciet in de literatuur vermeld, maar het spreekt voor zich dat dit belangrijk is bij een gevorderde zwangerschap.

5.2. Bevalling

Tijdens de bevalling geldt de multidisciplinaire aanpak zeker en vast. Vooral wanneer een vrouw zich plots aanmeldt in het ziekenhuis om te bevallen en men merkt dat deze vrouw prenataal niet werd opgevolgd, vergt dit de mobilisatie van talrijke diensten in gevarieerde disciplines zoals de spoeddienst, verloskunde, pediatrie, psychiatrie, maatschappelijk werk en diensten in verband met kindbescherming (Friedman et al., 2009).

Ook al wordt dit niet expliciet zo in de literatuur vermeld, is de aanwezigheid van een pediater zeker belangrijk. Het gaat immers om een niet of slecht gevolgde zwangerschap waar neonatale risico's aan verbonden zijn. De pediater moet op de hoogte worden gebracht van de situatie om zo gerichte zorgen te kunnen uitvoeren. Eigenlijk moeten alle personeelsleden op de hoogte zijn van de situatie. Zo zal de neonat goed kunnen worden opgevangen en verzorgd.

Psychosociale begeleiding is ook tijdens de bevalling zeker belangrijk. Dit wordt in de literatuur ook niet expliciet gezegd, maar het is logisch dat als het noodzakelijk is tijdens de zwangerschap en het postpartum, het ook noodzakelijk is tijdens de bevalling. Vooral voor vrouwen met een totale zwangerschapsontkenning, met andere woorden vrouwen die hun zwangerschap ontkennen tot het moment van de bevalling, is dit van groot belang. Vooral het moment waarop de vrouw te weten komt dat ze zwanger is, is een moeilijke periode en moet gepaard gaan met psychosociale begeleiding en steun. Als dit moment plaatsvindt tijdens de bevalling, is het dus vanzelfsprekend dat de vrouw psychosociaal goed moet worden begeleid en gesteund tijdens de bevalling.

5.3. Postpartum

Ook in het postpartum is de begeleiding van cruciaal belang, zowel voor vrouwen die hun zwangerschap gedeeltelijk ontkenden als voor vrouwen die een totale zwangerschapsontkenning meemaakten. Intensieve psychosociale counseling is zeer belangrijk, en dan best niet enkel op aanvraag van de vrouw maar wel routinematig. Dit is belangrijk voor het welzijn van zowel moeder als kind. Ook is het nuttig om in het postpartum de opvoedingsmogelijkheden van de vrouw te beoordelen (Habek, 2010; Friedman en Resnick, 2009; Friedman et al., 2009; Friedman et al., 2007; Stotland en Stotland, 1998; Brezinka et al., 1994). Voor psychotische patiënten is psychiatrische opvolging en begeleiding onontbeerlijk (Habek, 2010).

Een gebrek aan prenatale opvolging door ontkenning van de zwangerschap moet gezien worden als een 'rode vlag' waarbij een psychiatrisch consult aangewezen is. Het bezoek van een maatschappelijk werker is ook aangeraden (Friedman et al., 2007; Brezinka et al., 1994).

In het postpartum is het belangrijk dat men zich de juiste vragen stelt: met wie hebben we hier te maken?, wat is de persoonlijkheidsstructuur van deze vrouw?, is zij in staat om voor haar baby te zorgen?, is er een partner en wat is de relatie met de partner?, ... Zo krijgt men een beeld van de persoon waarmee we te maken hebben en kan de begeleiding volledig worden aangepast aan de noden en behoeften van deze vrouw (Docx, R. (2012, 10 februari). Persoonlijke communicatie).

Vrouwen die hun zwangerschap ontkenden tot de bevalling, hebben zich niet kunnen voorbereiden op het moederschap. Een langere opname op de materniteit dan men normaal voorziet, is dan zeker geen overbodige luxe. Zo krijgt de moeder meer tijd om zich zowel cognitief als affectief aan te passen. Op enkele dagen tijd moet ze aanleren hoe een pasgeborene moet verzorgd worden en welke behoeften een baby heeft. Na deze korte periode moet blijken of ze haar baby aanvaardt en of ze in staat is haar kind te verzorgen. Uiteindelijk kunnen de zorgverleners haar dan met een gerust hart naar huis laten gaan. Vaak zal de moeder met haar kindje naar huis mogen onder toezicht van de kinderbeschermingsdiensten die ook een tijdje haar opvoedingscapaciteiten zullen evalueren. Dit is goed omdat verschillende studies toch gevolgen zoals geweld naar de neonat toe aanhalen (Friedman et al., 2009; Stotland en Stotland, 1998).

Om de hechting tussen moeder en kind te bevorderen, zou men kunnen denken dat borstvoeding moet worden aangeraden. Dit is echter niet altijd zo. Zoals elke vrouw verschillend is en dus op een andere manier reageert op de situatie, moet elke vrouw ook individueel worden begeleid. Borstvoeding kan zeker de hechting tussen moeder en kind bevorderen, maar het mag nooit geforceerd worden. Anders kan men namelijk het tegengestelde effect verkrijgen. Het is dus van belang om eerst uit te maken welke soort vrouw we voor ons hebben en zo de begeleiding aan te passen. Of men borstvoeding best promoot of niet is dus afhankelijk van de vrouw en van de situatie (Docx, R. (2012, 10 februari). Persoonlijke communicatie).

In het postpartum kan men aan de hand van enkele scores een redelijke schatting maken van de gestationele leeftijd. De bekendste scoringssystemen zijn de Dubowitz-score en de New Ballard-score, waarbij een aantal uitwendige kenmerken en een aantal neurologische kenmerken worden gescoord en opgeteld. Dit geeft dan een idee over de zwangerschapsduur. Ook zal men in functie van de toestand van het kind bepalen of er andere onderzoeken (bloedafname, urinestaal, ...) moeten uitgevoerd worden. Als men bijvoorbeeld vermoedt dat de neonat een congenitale CMV-infectie heeft opgelopen, zal men een urinestaal afnemen en dit laten onderzoeken. Dit geldt uiteraard ook voor de algemene bevolking, maar bij kindjes geboren na een zwangerschapsontkening moeten we hier nog meer op letten. Dit werd niet letterlijk in de literatuur vermeld, maar het is logisch dat deze zaken belangrijk zijn.

5.4. Preventie

De vraag die men zich nu stelt is: kan men zwangerschapsontkenning voorkomen? Op deze vraag bestaat geen vast antwoord omdat er nu eenmaal geen pasklare wetenschappelijke verklaringen bestaan voor dit fenomeen. Maar als we zien welke implicaties zwangerschapsontkenning kan hebben en wat de gevolgen kunnen zijn, is het toch van belang om aan preventie te doen. Hoe vroeger de zwangerschap wordt opgespoord, hoe minder ernstige gevolgen er zullen optreden. Door er alles aan te doen om een zwangerschap zo vroeg mogelijk op te sporen, zullen veel complicaties worden vermeden en zal zwangerschapsontkenning minder vaak tot een tragisch einde leiden.

Voor de preventie is vroegtijdige detectie belangrijk. Artsen, vroedvrouwen maar ook andere zorgverleners moeten alerter zijn voor een mogelijke zwangerschap bij vrouwen die zich in de reproductieve leeftijd bevinden en niet twijfelen om een zwangerschapstest te doen. Vooral wanneer deze vrouwen komen met klachten zoals nausea, gewichtstoename en abdominale symptomen, met of zonder amenorroe. Eigenlijk moeten alle zorgverleners hier alert voor zijn, niet enkel gynaecologen en vroedvrouwen, omdat deze vrouwen ook naar andere zorgverleners gaan met deze klachten. Hier denken we bijvoorbeeld aan zorgverleners op de spoedafdeling, huisartsen, ... (Friedman en Resnick, 2009; Ivorra Deleuze, 2009; Friedman et al., 2007; Bardou et al., 2006; Beier et al., 2006; Ferragu, 2002).

Besluit

Zwangerschapsontkenning is een complex probleem. Het komt niet zo vaak voor, maar toch meer dan men vroeger dacht. Als vroedvrouw bestaat de kans dat men ooit geconfronteerd wordt met dit fenomeen. Daarom is het belangrijk te weten dat dit bestaat, welke gevolgen het met zich kan meebrengen en hoe men de zwangere of barendende vrouw hierbij kan helpen.

Ook al blijft het mechanisme zelf van zwangerschapsontkenning zeer mysterieus, is het duidelijk gebleken dat de psycho-sociale en –familiale context een grote rol speelt in de verklaring van het psychologisch proces. Zeker is dat dit fenomeen bewijst dat het menselijk brein tot veel in staat is en dat ons brein (vaak) veel sterker is dan onze fysieke gevoelens.

De verschillende studies over de risicofactoren bewezen duidelijk dat men geen profiel kan opstellen van vrouwen die hun zwangerschap ontkennen. Het is dus fout om vooroordelen te hebben. Het kan immers bij elke vrouw voorkomen.

De mogelijke gevolgen voor de zwangerschap, de bevalling en het postpartum hangen af van de situatie en kunnen sterk verschillen. Het is logisch dat wanneer de ontkenning aanhoudt tot de bevalling de meest ernstige gevolgen kunnen voorkomen. Toch is de aanpak en de begeleiding zowel tijdens de zwangerschap, de bevalling als in het postpartum zeer belangrijk. Deze vrouwen kunnen, eens ze te weten komen dat ze zwanger zijn, talrijke emoties voelen zoals blijheid en vreugde, maar soms ook schuldgevoelens, shock en ongeloof. Vroedvrouwen en artsen kunnen een grote hulp betekenen voor de vrouw door haar psychologisch te steunen en haar met concrete acties te helpen deze periode zo goed mogelijk door te komen.

Gezien de implicaties die een ontkende zwangerschap kan hebben, is de vroegtijdige detectie hiervan belangrijk. Hoe vroeger in de zwangerschap de ontkenning wegvalt, hoe minder ernstige gevolgen er zullen optreden voor zowel moeder als kind. In de praktijk moeten alle zorgverleners die mogelijks te maken kunnen hebben met zwangere vrouwen (dus vroedvrouwen, verpleegsters, artsen maar ook andere zorgverleners) altijd alert blijven voor een mogelijke zwangerschap en niet aarzelen om een zwangerschapstest te doen. Beter één te veel dan één te weinig!

Enkele tientallen jaren geleden was zwangerschapsontkenning nog een taboeonderwerp. De meeste mensen geloofden hier niet in en er werd bijgevolg niet over gesproken. Hoewel dit nu langzaam aan het veranderen is en dit fenomeen nu meer onderzocht wordt, zijn er op sommige vlakken nog tekorten. De meeste vragen in deze scriptie konden beantwoord worden, maar er blijven nog vragen over waarbij geen unanimititeit werd gevonden onder de verschillende auteurs. Een voorbeeldje hiervan is geweld naar de neonat toe in het postpartum. Dit werd door sommige bronnen aangehaald als gevolg van zwangerschapsontkenning, maar door andere bronnen werd dit tegengesproken. Het is dus

duidelijk dat dit puntje bijgevolg meer onderzocht zal moeten worden in de toekomst. Ook de andere facetten van dit thema zullen nog meer onderzocht moeten worden, maar het is alleszins op goede weg.

Literatuurlijst

Boeken

- Miller, L. (2003). *Denial of Pregnancy*. In Spinelli, M. (Eds.), *Infanticide: psychosocial and legal perspectives on mothers who kill* (pp. 81-102). Washington: American Psychiatric Publishing.

Artikels

Met DOI

- Bardou, H., Vacheron-Trystram, M.-N., & Cheref, S. (2006). Le déni en psychiatrie. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 164 (2), 99-107. Doi: 10.1016/j.amp.2004.11.013
- Beier, K., Wille, R., & Wessel, J. (2006). Denial of pregnancy as a reproductive dysfunction: A proposal for international classification systems. *Journal of Psychomatic Research*, 61 (5), 723-730. Doi: 10.1016/j.jpsychores.2005.11.002
- Del Giudice, M. (2007). The evolutionary biology of cryptic pregnancy: A re-appraisal of the “denied pregnancy” phenomenon. *Medical Hypotheses*, 68 (2), 250-258. Doi: 10.1016/j.mehy.2006.05.066
- Hatters Friedman, S., & Resnick, P. (2009). Neonaticide: Phenomenology and considerations for prevention. *International Journal of Law and Psychiatry*, 32 (1), 43-47. Doi: 10.1016/j.ijlp.2008.11.006
- Hatters Friedman, S., Heneghan, A., & Rosenthal, M. (2007). Characteristics of Women Who Deny or Conceal Pregnancy. *Psychosomatics*, 48 (2), 117-122. Doi: 10.1176/appi.psy.48.2.117
- Hatters Friedman, S., Heneghan, A., & Rosenthal, M. (2009). Disposition and health outcomes among infants born to mothers with no prenatal care. *Child Abuse & Neglect*, 33 (2), 116-122. Doi: 10.1016/j.chiabu.2008.05.009
- Ivorra Deleuze, D. (2009). Le déni de grossesse : réalité ou intox? *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 37 (11-12), 964. Doi: 10.1016/j.gyobfe.2009.09.012
- Putkonen, H., Weizmann-Henelius, G., Collander, J., Santtila, P., & Eronen, M. (2007). Neonaticides may be more preventable and heterogeneous than previously thought – neonaticides in Finland 1980-2000. *Archives of Women’s Mental Health*, 10, 15-23. Doi: 10.1007/s00737-006-0161-9.
- Sandoz, P. (2011). Reactive-homeostasis as a cybernetic model of the silhouette effect of denial of pregnancy. *Medical hypotheses*, 77 (5), 782-785. Doi: 10.1016/j.mehy.2011.07.036.

- Tronche, A.-M., Villemeyre-Plane, M., Brousse, G., & Llorca, P.-M. (2007). Du déni de grossesse au néonaticide : hypothèses diagnostiques autour d'un cas. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 165 (9), 671-675. Doi: 10.1016/j.amp.2007.08.016
- Wessel, J., & Endrikat, J. (2005). Cyclic menstruation-like bleeding during denied pregnancy. Is there a particular hormonal cause?. *Gynecological Endocrinology*, **21 (6)**, 353-359. Doi: 10.1080/09513590500463832.

Zonder DOI

- Brezinka, C., Huter, O., Biebl, W., & Kinzl, J. (1994). Denial of pregnancy: obstetrical aspects. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 15, 1-8.
- Habek, D. (2010). Denied pregnancy [electronische versie]. *Acta Clinica Croatica*, 49, 173-176.
- Maldonado-Durán, JM., Lartigue, T., & Feintuch, M. (2000). Perinatal psychiatry : Infant mental health interventions during pregnancy [electronische versie]. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 64, 317-343.
- Nau, M., Bender, E., & Street, J. (2011). Psychotic denial of pregnancy: legal and treatment considerations for clinicians [electronische versie]. *The journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 39, 31-39.
- Sno, H.N. (1985). Pseudocyesis, een psychogene conceptie. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 27, 15-25.
- Stotland, N.E., & Stotland, N.L. (1998). Denial of pregnancy. *Primary Care Update for OB/GYNS*, 5 (5), 247-250.
- Wessel, J., Endrikat, J., & Buscher, U. (2002). Frequency of denial of pregnancy: results and epidemiological significance of a 1-year prospective study in Berlin [electronische versie]. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 81, 1021-1027.

Online documenten

- De Bock, S. & Mussche, E. (2010, 18 maart). Jessica Bily vrijgesproken van babymoord. *Het Nieuwsblad*, beschikbaar op www.nieuwsblad.be.
- De Bock, S. (2010, 18 maart). Vrijspraak voor vrouw die haar baby verstikte. *De standaard*, beschikbaar op <http://www.standaard.be>.
- De Buck, W. (2012, 5 maart). "Ik zwanger? Doe niet onnozel". *Het Nieuwsblad*, beschikbaar op www.nieuwsblad.be.
- Femmes prévoyantes socialistes. (2010). *Déni de grossesse, déni de la société*. Beschikbaar op

<http://www.femmesprevoyantes.be/SiteCollectionDocuments/analyses/2010/Deni-de-grossesse-deni-de-la-societe.pdf>.

- Rossignol, L. (2009). Passagers clandestins in utero. Le Monde, beschikbaar op <http://www.lemonde.fr>.
- Violetta schuldig aan moord. (2010, 18 juni). *De standaard*, beschikbaar op <http://www.standaard.be>.

Onuitgegeven werken en werken in beperkte oplage op papier

- Ferragu, G. (2002). *Le déni de grossesse: une revue de littérature*. Thesis. Rennes: Dr. G. Levasseur.

Audiovisuele media

- (2007, 8 oktober). *Le magazine de la santé – le déni de grossesse* [televisie uitzending]. Parijs : France 5.
- (2011, 4 januari). *Quand la grossesse devient un mystère* [televisie uitzending]. Parijs : France 2.
- (2011, 11 februari). *Tout s'explique – le déni de grossesse* [televisie uitzending]. Brussel : RTL-TVI.
- (2012, 3 mei). *Tout s'explique – le déni de grossesse* [televisie uitzending]. Brussel : RTL-TVI.