

# GENEGEERD VERDRIET

Een explorerend onderzoek naar de sociale constructie en beleving van miskraam en  
dodgeboorte, vanuit het perspectief van de man



**Stèphanie Bergman-Agteres**

Masterscriptie

Medische Antropologie en Sociologie

Universiteit van Amsterdam

Naam: Stèphanie Bergman-Agteres

Studentnummer: 5749034

Scriptiebegeleider: Dr. G.J.E. Gerrits

Tweede beoordeling: Drs. E. van der Sijpt

Datum: 18 november 2009

Masterscriptie Medische Antropologie en Sociologie  
Faculteit der Maatschappij- en Gedragwetenschappen  
Universiteit van Amsterdam

## Voorwoord

Voor u ligt een scriptie welke dient als sluitstuk van mijn masteropleiding Medische Antropologie en Sociologie aan de Universiteit van Amsterdam. De scriptie is gebaseerd op literatuuronderzoek en veldwerk die ik gedurende het eerste half jaar van 2009 heb uitgevoerd. Deze scriptie is tot stand gekomen mede dankzij verschillende mensen en organisaties die ik op deze plaats nogmaals wil bedanken.

Ten eerste gaat mijn grote dank uit naar de respondenten in dit onderzoek die mij deelgenoot hebben gemaakt van hun persoonlijke ervaringen. Ik wil hen bedanken voor hun openheid en vertrouwen in mij als onderzoeker. Ik heb grote bewondering gekregen voor de wijze waarop mijn respondenten om zijn gegaan met het zwangerschapsverlies.

Mijn gedachten gaan op deze plaats ook uit naar alle stellen die niet of met moeite zwanger kunnen worden. Tijdens dit onderzoek is dit thema voor mij, onverwachts, een persoonlijk thema geworden. Ik mag nu namelijk zelf in verwachting zijn van een klein en mooi wonder. Door het uitgevoerde onderzoek sta ik meer stil bij het feit dat een zwangerschap niet zomaar plaats vindt en dat het niet altijd vanzelf goed af loopt. Daarom geniet ik bewust van elk moment in deze zwangerschap.

Ik wil mijn studiebegeleider Trudie Gerrits hartelijk bedanken voor haar goede commentaar, flexibiliteit en begrip tijdens de begeleiding. Verder dank ik Erica van der Sijpt voor haar bereidheid mijn stuk nog vóór de eindversie te becommentariëren. Dit was erg waardevol. Ook dank ik de organisatie FIOM voor de gevoerde gesprekken en het meedenken met mij.

Mijn ouders wil ik bedanken voor hun onmisbare steun door de (studie)jaren heen en hun volledige vertrouwen in mij. Daarnaast mijn geweldige man Reint, die mij in alles bijstaat en mij enorm liefdevol en bemoedigend heeft gesteund in deze tijd van afstuderen. Als laatste, maar zeker niet de minst belangrijke, wil ik God bedanken, omdat ik geloof dat Hij mij de kracht en wijsheid heeft gegeven om deze studie te voleindigen.

Stèphanie Bergman-Agteres

Zwolle, 1 november 2009

# Inhoudsopgave

<b>Samenvatting</b>	1
<b>1. Introductie</b>	2
Onderzoeksvraag, deelvragen en onderzoeksdoel	4
Theoretisch kader	4
Opbouw scriptie	6
<b>2. Onderzoeksmethode</b>	7
Studiepopulatie	7
Onderzoekstechnieken	8
Ethiek in het onderzoek	13
<b>3. Context</b>	15
Medicalisering van zwangerschap	15
Zwangerschapsverlies in Nederland	19
Vaderschap en gender in Nederland	21
<b>4. Visualisering</b>	23
Medische technologie	24
Visualisering	25
Echoscopie	25
Verpersoonlijking van de foetus	26
Verbondenheid met het ongeboren kind	27
Visualisering tijdens de zwangerschap	28
Visualisering na zwangschapsverlies	33
De invloed van visualisering en emotionele binding op de sociale constructie van verlies	36
<b>5. Vaderschap, gender en rouwverwerking</b>	38
Rouw en verwerking na zwangschapsverlies	39
Sociale acceptatie van zwangschapsverlies	40
De groei naar vaderschap	41
Het gevoel van vaderschap na zwangschapsverlies	43
Vaderschap en maatschappelijke erkenning	45
Symbolisme en rouwverwerking	46
Rolpatroon van de sterke man	49

Gender en emoties	51
Aantasting van mannelijkheid	53
<b>6. Conclusie en discussie</b>	<b>55</b>
Belangrijkste bevindingen	55
Aanbevelingen voor verder onderzoek	59
<b>Referenties</b>	<b>60</b>
<b>Bijlagen</b>	<b>70</b>
1. E-mail aan de respondent	70
2. Oproep internet	71
3. Achtergrondgegevens respondenten	72
4. Topiclijst respondenten	74
5. Topiclijst medewerkers FIOM	76

## Samenvatting

Zwangerschapsverlies is een thema dat in de praktijk en onderzoek vooral gericht is op de beleving van de vrouw. De impact die deze gebeurtenis heeft op de man wordt nauwelijks behandeld in de wetenschappelijke literatuur. De uitgevoerde onderzoeken die zich wel richten op de ervaringen van de man met zwangerschapsverlies zijn vooral psychologisch en kwantitatief van aard. Uit deze onderzoeken blijkt onder andere dat mannen dezelfde soort emoties tonen als de vrouw na zwangerschapsverlies en dat er een emotionele band bestaat tussen de man en het ongeboren kind. Doordat zwangerschapsverlies vaak als een vrouwelijke aangelegenheid wordt beschouwd, voelen mannen zich in veel gevallen gemarginaliseerd en vertonen zij onverwerkte emoties na zwangerschapsverlies. Maatschappelijke erkenning en legalisering van de rechten en emoties van de man na zwangerschapsverlies missen vandaag de dag nog, volgens sociologe McCreight (2004).

Omdat er wereldwijd nog maar weinig onderzoek is gedaan naar de beleving en betekenisgeving van zwangerschapsverlies, vanuit het perspectief van de man, heeft dit onderzoek tot doel om hier meer inzicht in te verkrijgen. De onderzoeksvraag luidt: *Hoe wordt een miskraam of doodgeboorte door vaders in spe ervaren en sociaal geconstrueerd, in de context van de Nederlandse hedendaagse samenleving?* Daarbij ga ik er vanuit dat zwangerschapsverlies sociaal geconstrueerd is en dat visualisering, door middel van medische technologie, gender en vaderschapsopvattingen een belangrijke rol spelen in deze constructie. Om de onderzoeksvraag te beantwoorden, heb ik gedurende drie maanden explorerend onderzoek gedaan in Nederland. Ik heb interviews afgenomen met mannen die een miskraam of doodgeboorte hebben mee gemaakt. Ook heb ik vrouwelijke partners geïnterviewd en maatschappelijk werkers van de organisatie FIOM, een organisatie die gratis hulpverlening biedt na zwangerschapsverlies. Daarnaast heb ik aanvullend bestaande bronnen bestudeerd.

Uit het onderzoek komt naar voren dat visualisering, door middel van echoscopie, zorgt voor een verhoogd gevoel van betrokkenheid van de man bij de zwangerschap. Ook versterkt echoscopie de emotionele band tussen de man en het ongeboren kind. Echoscopie geeft daarnaast in veel gevallen een bevestiging van de situatie: zien is geloven. Visualisering van de foetus na het verlies blijkt ook van groot belang te zijn voor het besef en bewustwording van het zwangerschapsverlies. Het maakt het verlies tastbaarder en bevordert daarmee het rouwproces. Mannen stellen zich in eerste instantie na zwangerschapsverlies op als emotionele supporters voor hun partners en bestempelen hun eigen verdriet als minder groot en minder belangrijk. Zij rouwen op een cultureel verantwoorde, mannelijke wijze. Veel mannen voelen zich na het verlies werkelijk vader van het overleden kind, maar worden in de maatschappij vaak niet erkend als vader, omdat zij geen levend kind kunnen laten zien (O'Neill 1995). Dit maakt het voor veel mannen moeilijk om een vader-identiteit na zwangerschapsverlies aan te nemen.

# 1. Introductie

Geboorte en dood: het begin en het einde van het leven. Wanneer een kind in wording tijdens de zwangerschap of tijdens de geboorte overlijdt, vallen deze gebeurtenissen samen. Het heeft niet de sociale impact van een geboorte, want het resulteert niet in de creatie van een nieuw persoon, die zijn of haar plaats inneemt in de samenleving. Ook kan men niet spreken van het verlies van iemand die erkend lid was van een bestaande sociale orde (Cecil 1996: 1). Zwangerschapsverlies is meestal niet met sociaal erkende rituelen verbonden. Daardoor kunnen deze verliezen, volgens McGreal et al. (1997), door de omgeving worden opgevat als *non-deaths* of *non-events* en de overleden foetussen gezien als *non-persons*. Uit Amerikaans en Australisch sociologisch onderzoek (Leppert & Pahlka 1984, Conway 1995) blijkt echter dat het verdriet vaak even groot wordt ervaren als bij het verlies van een geliefde en dat ouders dezelfde sociale support nodig hebben in deze periode. In werkelijkheid wordt het verlies en het verdriet door de omgeving niettemin enorm onderschat (McCreight 2004: 341).

In deze studie richt ik mij op onverwacht zwangerschapsverlies in de vorm van (herhaalde) miskraam en doodgeboorte. Er wordt in Nederland gesproken van een miskraam wanneer de foetus overlijdt vóór de vierentwintigste week van de zwangerschap<sup>1</sup>. Als de foetus overlijdt na 24 weken zwangerschap (dus vanaf het moment dat de foetus levensvatbaar is tot aan de bevalling) is er sprake van een doodgeboorte (Garssen & van der Meulen 2004). Wanneer drie of meer spontane miskramen na elkaar voorkomen, spreekt men van herhaalde miskramen. Zwangerschapsverlies komt vaak voor. Ongeveer een kwart van alle vrouwen in Nederland krijgen in hun leven te maken met een miskraam (Stichting Contactpunt voor Miskramen<sup>2</sup> 2009). De kans op een doodgeboorte in Nederland is volgens recente cijfers 4,3 per 1000 levend- en doodgeborenen (Nationaal Kompas Volksgezondheid 2008). Verder krijgen drie tot tien per duizend paren in Nederland in hun vruchtbare levensperiode te maken met herhaalde miskramen (Spitz et al. 2004: 16).

In zowel onderzoek als in de praktijk wordt de nadruk bij miskraam en doodgeboorte gelegd op de beleving van de vrouw. De impact die deze gebeurtenis heeft op de man wordt nauwelijks behandeld in de wetenschappelijke literatuur (McCreight 2004). Het onderzoeksveld is wereldwijd nog maar weinig verkend. Verder zijn de meeste uitgevoerde onderzoeken op dit vlak vooral psychologisch en kwantitatief van aard. Zo zijn er in de laatste jaren verschillende psychologische meetinstrumenten ontwikkeld om de intensiteit van rouw na zwangerschapsverlies te kunnen meten. Brier (2008) geeft in zijn artikel een overzicht van de bevindingen van studies die deze meetinstrumenten hebben toegepast. Uit deze onderzoeken blijkt onder andere dat zwangerschapsverlies, net als bij normale rouwprocessen, rouwreacties oproept van depressie, wanhoop en verdriet. Wel kenmerkt het rouwproces na zwangerschapsverlies zich door specifieke eigenschappen. Deze omvatten de moeite die ouders hebben met het verwerken van het verlies, gezien het onwerkelijke karakter van de gebeurtenis. Verder hebben vrouwen in de uitgevoerde onderzoeken het gevoel dat zij een deel zichzelf hebben verloren, omdat zij het kind in wording hebben gedragen. Het verlies voor de

---

<sup>1</sup> Hierbij maak ik af en toe onderscheid tussen een vroege miskraam (een miskraam vóór 16 weken zwangerschap) en een late miskraam (een miskraam tussen 16 tot 24 weken zwangerschap). Bron: [www.freya.nl](http://www.freya.nl)

<sup>2</sup> [www.miskramen.nl](http://www.miskramen.nl)

moeder wordt daarom als iets unieks gezien en ervaren. Op basis van (onder andere) deze bovenstaande bevinding wordt er wetenschappelijk breed aangenomen dat het verlies van een ongeborn kind meer impact heeft op de moeder dan op de vader (Brier 2008).

De eerste wetenschappelijke onderzoeken naar de relatie tussen de man en het ongeborn kind zijn uitgevoerd in Amerika en laten zien dat de relatie tussen de man en het ongeborn kind voornamelijk verstandelijk van aard is en dat er geen tot weinig sprake is van een emotionele band tussen beiden (Peppers & Knapp 1980, Theut et al. 1990). De onderzoekers concluderen dat mannen daarom weinig emoties vertonen bij het overlijden van het ongeborn kind. Latere psychologische en sociologische onderzoeken (Janssen et al. 1996, Puddifoot & Johnson 1997, McCreight 2004, Wojnar 2007) concluderen echter het tegendeel. Zo blijkt uit het psychologische onderzoek van Puddifoot & Johnson (1997), uitgevoerd in Engeland, dat de meerderheid van de onderzochte mannen veel soortgelijke emoties vertonen als de vrouw na zwangerschapsverlies, zoals rouw, verwarring en angst. Daarmee concluderen zij dat er wel degelijk een emotionele band bestaat tussen de man en het ongeborn kind. Verder stellen mannen zich, volgens psychologisch onderzoek van Janssen et al. (1996), in de eerste plaats op als emotionele supporters voor hun partner. Zij zetten hun eigen emoties opzij om volledig tot steun te zijn voor hun partner en vertonen daardoor verlate rouwreacties. Sociologe McCreight (2004) heeft onderzoek gedaan in Ierland en beweert dat mannen van zichzelf verwachten emotioneel sterker te zijn. Zij schrijft dit vooral toe aan cultuur en gender en laat daarmee zien dat rouw na zwangerschapsverlies sociaal geconstrueerd is: *'they tend to do so in culturally described masculine ways'* (McCreight 2004: 327). Onderzoekster en verpleegkundige Wojnar (2007) voegt er aan toe dat deze masculiene manier van rouwen ervoor zorgt dat mannen hun verdriet niet snel in het openbaar tonen. Verder wijst Wojnar er op dat vrouwen over het algemeen emotioneler zijn aangelegd dan mannen en zij beiden hun verdriet op een andere wijze uiten.

Doordat miskramen en doodgeboortes als vrouwelijke aangelegenheden worden beschouwd, voelen de mannen in de uitgevoerde studies zich vaak buitengesloten en vertonen zij onverwerkte emoties. Uit onderzoek van McCreight (2004) blijkt dat veel mannen ervaren dat mensen in hun omgeving het onderwerp vermijden en hun verdriet negeren. Daarnaast ervaren de meeste mannen ook dat zij gemarginaliseerd worden in de behandeling door medisch personeel, terwijl mannen toch de meest verantwoordelijke taken op zich nemen na miskraam of doodgeboorte, omdat de vrouw moet bijkomen van de bevalling (Peppers & Knapp 1980, Theut et al. 1990). Zo regelen mannen in de meeste gevallen de begrafenis en informeren zij de omgeving over de gebeurtenis. McCreight komt tot de conclusie dat maatschappelijke erkenning en legalisering van de rechten en de emoties van mannen missen (McCreight 2004: 346). Er zijn maar weinig situaties waarin mannen hun verhaal kunnen doen en hun emoties kunnen uiten. Dit versterkt hun gemarginaliseerde rol in dit geheel.

In dit onderzoek wil ik juist de nadruk leggen op de beleving van mannen en beschrijven hoe mannen een miskraam of doodgeboorte ervaren en hoe deze ervaringen in de huidige Nederlandse samenleving worden geconstrueerd. Volgens Moore kunnen wij als antropologen namelijk het beste processen en structuren interpreteren door de mensen zelf te bestuderen en door te kijken hoe zij vorm geven aan deze processen en structuren, vanuit een specifieke context (Moore 2004: 81). Een miskraam of



doodgeboorte is een persoonlijke ervaring en de manier waarop het verlies van het ongeboren kind wordt ervaren hangt af van de sociale werkelijkheid waarin men leeft. Bij bestudering van deze sociale werkelijkheid ga ik er van uit dat de werkelijkheid niet een objectief gegeven is, maar dat deze vorm krijgt in de interactie tussen individu, cultuur en structuur.

### **Onderzoeksvraag, deelvragen en -doel**

Uit het bovenstaande blijkt dat verdiepend, kwalitatief onderzoek naar de ervaring van de man met miskraam of doodgeboorte van belang is. Op basis daarvan is de onderzoeksvraag als volgt:

*Hoe wordt een miskraam of doodgeboorte door vaders in spe<sup>3</sup> ervaren en sociaal geconstrueerd, in de context van de Nederlandse hedendaagse samenleving?*

De onderzoeksvraag is gespecificeerd in de volgende deelvragen:

- Op welke manier zijn vaders in spe betrokken bij de zwangerschap?
- Op welke wijze ervaren vaders in spe verbondenheid met het kind tijdens de zwangerschap?
- Wat is de invloed van visualisering (door middel van echoscopie en het zien van de foetus na de miskraam of doodgeboorte) op de beleving van een miskraam of doodgeboorte van vaders in spe?
- Welke toekomstverwachtingen en opvattingen over het vaderschap hadden mannen voorafgaand aan de miskraam of doodgeboorte en hoe zijn deze van invloed op de beleving van het verlies?
- Op welke manier gaan vaders in spe om met het verlies en op welke manier is dit sociaal geconstrueerd?

Door de nadruk te leggen op de man en zijn beleving hoop ik bij te dragen aan de kennis op het gebied van miskraam en doodgeboorte, vanuit het perspectief van de man. Dit kan zorgen voor meer erkenning voor de betekenis van het verlies voor mannen, wat bijdraagt aan een gezond rouw- en verwerkingsproces (Robinson et al. 1999). Door de aandacht te focussen op de man, hoop ik dat het niet langer een genegeerd verdriet zal zijn.

### **Theoretisch kader**

Hieronder wil ik een tweetal theoretische concepten benoemen die binnen de sociale werkelijkheid van vaders in spe van belang zijn. Deze concepten wil ik hieronder kort benoemen, aangezien zij de theoretische basis vormen van dit onderzoek. In de hoofdstukken die volgen, zal het theoretische kader uitgebreid worden behandeld.

---

<sup>3</sup> Deze term is ontleend aan de titel van het boek van Jacobs (1998): 'Vaders in spe. Over de kinderwens van mannen en hun voorstellingen van het vaderschap.' In deze scriptie wordt er met de term 'vaders in spe' geen onderscheid gemaakt tussen mannen die reeds vaders zijn en mannen die nog geen kinderen hebben. Het gaat hier om de groei naar (nieuw) vaderschap, welke zich ontwikkelt tijdens de zwangerschap.

Zoals genoemd ga ik uit van het sociaal constructionisme (Green&Thorogood 2004: 13) dat de waarnemingen van de werkelijkheid van vaders in spe gekleurd zijn door onder andere hun eigen ervaringen en de heersende opvattingen over mannelijkheid, vaderschap en zwangerschap/zwangerschapsverlies in de huidige Nederlandse samenleving. Op deze manier wordt de werkelijkheid van vaders in spe sociaal geconstrueerd en op basis van die constructie beleven en verwerken zij het verlies.

### *Medische technologie*

De term medische technologie verwijst naar 'fysieke middelen, zoals instrumenten, attributen en medicijnen, die een rol spelen bij de diagnosestelling, behandeling en preventie van ziekte' (van der Geest et al. 1994: 3). Sinds enkele decennia wordt de rol van medische technologieën in processen van medicalisering wereldwijd erkend (Gerrits 2008). Medicalisering wijst op de toenemende rol van de medische wereld en wetenschap in het leven van het individu (den Draak 2005). Het proces van medicalisering is tot stand gekomen in de tijd van de Verlichting. Sinds die tijd wordt het lichaam namelijk op biomedische wijze benaderd als een machine, die bestaat uit delen die gerepareerd of vervangen kunnen worden (Shilling 1993). Tegenwoordig bestaat er een groeiende afhankelijkheid van medische technologie, ook op het gebied van zwangerschap. Zo is de visuele techniek van echoscopie (ultrageluidonderzoek, waarbij de foetus in de baarmoeder wordt getoond via teruggekaatste geluidsgolven) inmiddels een algemeen zwangerschapsritueel geworden in Nederland en maakt het een 'eerste ontmoeting' tussen vaders in spe en het ongeboren kind mogelijk. In dit onderzoek leg ik mij toe op de samenhang tussen visualisering, door middel van echoscopie, en de beleving van zwangerschapsverlies. Daarbij ga ik er vanuit dat medische technologie onderdeel is van de cultuur waarin men leeft, welke van invloed is op de sociale werkelijkheid (van der Geest 1994: 3).

### *Gender-identiteit*

Gender verwijst naar een sociale constructie van mannelijkheid of vrouwelijkheid. Deze wordt onder andere vorm gegeven in de cultuur waarin men leeft en in samenwerking met de sociale omgeving van een persoon. Iemands gender-identiteit wordt bepaald door hoe mensen betekenissen, die verbonden zijn met hun sekse, vertalen naar hun zelfbeeld. De achterliggende gedachte daarbij is dat de identiteit van een individu niet vaststaat, maar een bewegend raamwerk is, dat gebaseerd is op interactie tussen het individu en zijn sociale omgeving (Jabri 1996). Gender-identiteit wordt in dit onderzoek in het licht van vaderschap gezien. Volgens Knijn (1994) is de gender-identiteit verantwoordelijk voor de manier waarop vaders hun vaderschap vormgeven. In de laatste eeuwen zijn de opvattingen over het vaderschap in Nederland aan het veranderen. Er lijkt een overgang plaats te vinden van de traditionele vader naar de moderne vader (Jacobs 1998), waarbij duidelijk is dat de moderne vader, meer dan de traditionele vader, betrokken is bij het kind en meer tijd besteedt aan zorg. Deze verandering is ook van invloed op de betrokkenheid van de man, de vader in spe, in de zwangerschap. In dit onderzoek ben ik benieuwd naar de invloed van deze veranderende vaderschapsopvattingen op de beleving en verwerking van zwangerschapsverlies.

## **Opbouw scriptie**

In hoofdstuk twee van deze scriptie geef ik een overzicht van de toegepaste onderzoeksmethoden, beschrijf ik de studiepopulatie en de ethische aspecten die in dit onderzoek naar voren komen. In hoofdstuk drie wordt de context van het onderzoek geschetst en ga ik in op het Nederlandse systeem rondom zwangerschap en zwangerschapsverlies en licht ik de concepten vaderschap en gender verder toe. Hoofdstuk vier en vijf vormen de twee empirische hoofdstukken van deze scriptie. In deze hoofdstukken geef ik mijn onderzoeksbevindingen weer, waarbij ik de hoofdstukken inleid met bestaande theoretische inzichten. In hoofdstuk vier behandel ik het concept visualisering en geef ik de opvattingen van mannen weer over emotionele binding, de ervaringen met echoscopie en visualisering van de foetus na de miskraam of doodgeboorte. In hoofdstuk vijf bespreek ik de opvattingen en ervaringen van mannen omtrent het gevoel van vaderschap tijdens en na de zwangerschap, de rol van gender-identiteit in het omgaan met zwangerschapsverlies en het belang van maatschappelijke erkenning en symboliek in de rouwverwerking. Afsluitend worden mijn belangrijkste bevindingen en ideeën voor vervolgend onderzoek in hoofdstuk zes, conclusie en discussie, weergegeven.

## 2. Onderzoeksmethode

Om antwoord te verkrijgen op de onderzoeksvraag en de bijbehorende deelvragen heb ik gedurende de maanden maart tot en met juni 2009 veldonderzoek gedaan in Nederland. Veldonderzoek kan worden omschreven als een onderzoeksstrategie voor het beschrijven, interpreteren en verklaren van gedragingen, opvattingen en ‘produkten’ van de betrokkenen in een meestal beperkte, bestaande onderzoekssituatie (’t Hart et al. 1998: 265). Deze manier van onderzoeken sluit aan bij het doel van dit onderzoek, want door deel uit te maken van het veld kan de sociale werkelijkheid van mannen, ten aanzien van miskraam en doodgeboorte, worden beschreven. Het streven is om in deze scriptie zo goed mogelijk het perspectief en de belevingswereld van mijn respondenten weer te geven. Of zoals Green en Thorogood (2004: 19) het weergeven: *‘Understanding the world from the point of view of the participants in the study.’* Dit explorerende onderzoek is kwalitatief van aard en op microniveau gericht. In dit hoofdstuk beschrijf ik de studipopulatie, de onderzoekstechnieken en de ethische aspecten in dit onderzoek.

### Studiepopulatie

De studipopulatie bestaat uit vaders in spe die woonachtig zijn in Nederland. Zij hebben samen met hun partner een miskraam, herhaaldelijke miskramen of een doodgeboorte mee gemaakt en wonen tevens samen met de partner (getrouwd of samenwonend), die in die tijd zwanger was.

### *Werven en selecteren van respondenten*

Bij het selecteren van de respondenten voor het onderzoek heb ik gebruik gemaakt van *purposive sampling* en *snowball sampling* (Boeije 2005). De respondenten zijn in eerste plaats geselecteerd op basis van specifieke kenmerken: het hebben beleefd van een miskraam of doodgeboorte, het wonen in Nederland en het samenwonen met de partner die in die tijd zwanger was. Ik ga er namelijk van uit dat de betrokkenheid van de man bij de zwangerschap groter is, wanneer de man samenwoont met de partner. De kenmerken van de populatie vormen de basis van de selectie. De steekproeftrekking is hier doelgericht en wordt niet door toeval bepaald (*purposive sampling*).

Voorafgaand aan de onderzoeksperiode heb ik contacten gelegd in het veld om respondenten voor het onderzoek te werven. In mijn persoonlijke omgeving kende ik zeven mannen, die een miskraam, herhaaldelijke miskramen of een doodgeboorte hebben mee gemaakt. Aangezien ik christen ben, hebben de meeste respondenten, die ik heb verworven vanuit mijn eigen omgeving, ook een christelijke identiteit. Deze mannen benaderde ik via de e-mail, waarin ik uitlegde wie ik was, wat ik precies deed en wat het doel van het onderzoek was (zie bijlage 1). Zes van deze mensen reageerden positief, waarna een afspraak werd gemaakt (via de telefoon of e-mail) voor het interview. Eén persoon wilde niet deelnemen aan het interview, omdat het hem persoonlijk teveel zou doen en hij daar niet aan toe was. Om aan overige informanten te komen, heb ik oproepen geplaatst op twee internetsites<sup>4</sup> die gericht zijn op deze thematiek (zie bijlage 2).

<sup>4</sup>

[www.freya.nl](http://www.freya.nl) en [www.lieve-engeltjes.nl](http://www.lieve-engeltjes.nl)

Naast deze sites vond ik bovendien vijf andere Nederlandse internetsites<sup>5</sup> die zich onder andere richten op zwangerschapsverlies. Enkel op de sites *freya.nl* en *lieve-engeltjes.nl* kon ik zonder registratie een openbare oproep plaatsen. Op deze oproepen ontving ik twee reacties van vrouwen. Zij hadden de oproep op internet gelezen en attendeerden hun mannelijke partners op deze oproep. Na een persoonlijke e-mail, gericht aan hun mannelijke partners, heb ik ook met deze mannen een afspraak gepland.

Aan het begin van mijn veldwerkperiode heb ik contact gelegd met de organisatie FIOM<sup>6</sup>. Deze landelijke organisatie biedt gratis maatschappelijke hulp bij de verwerking van zwangerschapsverlies (zie [www.fiom.nl](http://www.fiom.nl)). Drie maatschappelijk werkers van deze organisatie heb ik geïnterviewd om een goed beeld te krijgen van de praktijk en hun ervaringen met mannen die een miskraam of doodgeboorte hebben mee gemaakt. Deze gesprekken vonden plaats in de FIOM-vestigingen te Alkmaar en Leeuwarden. Naar aanleiding van deze gesprekken werden bovendien een aantal cliënten van FIOM op de hoogte gesteld van mijn onderzoek, waardoor ik twee respondenten kon toevoegen aan mijn studiepopulatie. Via *snowball sampling* (aan respondenten vragen of zij mensen kennen in hun omgeving die aan de onderzoekscriteria voldoen) ben ik aan mijn overige vier respondenten gekomen. In totaal heb ik veertien mannen geïnterviewd.

De mannelijke respondenten hebben allemaal een Nederlandse nationaliteit, komen uit verschillende delen van Nederland en variëren in leeftijd van 31 tot en met 46 jaar, met een gemiddelde leeftijd van 41 jaar. Tien van de veertien respondenten zijn christen. De overige vier respondenten zijn niet-religieus of hebben weinig met geloof/religie. Ik heb vijf mannen geïnterviewd die een doodgeboorte hebben mee gemaakt, zes mannen die een of twee miskramen hebben mee gemaakt en drie mannen die herhaaldelijke miskramen (drie of meer miskramen) hebben ervaren. De zwangerschapsverliezen vonden plaats tussen 1989 en 2008. Gemiddeld betrof het een verlies van zeven jaar geleden. Bij tien respondenten ging het hier om de eerste zwangerschap. In twaalf van de veertien gevallen hebben de mannen één of meerdere kinderen gekregen voor of na het zwangerschapsverlies (zie bijlage 3 voor een compleet overzicht met achtergrondgegevens van de respondenten).

## Onderzoekstechnieken

Verschillende onderzoekstechnieken zijn gebruikt, die elkaar complementeren en samen zorgen voor waardevolle onderzoeksdata. In dit onderzoek is er gebruik gemaakt van semi-gestructureerde interviews met mannelijke respondenten, hun partners en experts op het gebied van zwangerschapsverlies. Deze interviews vormen de belangrijkste data in dit onderzoek. Daarnaast heb ik aanvullend gebruik gemaakt van bestaande bronnen (internetfora, persoonlijke documenten en artikelen; deze worden later in dit hoofdstuk toegelicht). Met de term 'bestaande bronnen' refereer ik naar:

*'the whole range of written sources that might be available relating to a topic, and by extension other artefacts that can be treated as documents.'* (Green & Thorogood 2004: 155)

---

<sup>5</sup> [www.miskramen.nl](http://www.miskramen.nl), [www.babyinfo.nl](http://www.babyinfo.nl), [www.zwangerworden.nu](http://www.zwangerworden.nu), [www.ouders.nl](http://www.ouders.nl), [www.tipswerkendeouders.nl](http://www.tipswerkendeouders.nl)

<sup>6</sup> Oorspronkelijk staat F.I.O.M. voor 'Federatie van Instellingen voor de Ongehuwde Moeder en haar kind', welke in 1930 is opgericht. (Zie geschiedenis FIOM op [www.fiom.nl](http://www.fiom.nl))

Voor de analyse van de verkregen data heb ik gebruik gemaakt van het programma Atlas-Ti<sup>7</sup>. In de komende paragrafen wijd ik verder uit over mijn keuzes rondom de gekozen onderzoekstechnieken en de wijze van analyseren.

### ***Interviews met mannelijke respondenten***

In totaal heb ik veertien mannen geïnterviewd. Bij acht van deze interviews was de partner van de man aanwezig. Het wel of niet aanwezig zijn van de vrouwelijke partner bij het interview heb ik af laten hangen van de mannelijke respondent (zie volgende paragraaf 'pareninterviews'). De interviews vonden plaats bij de informant thuis. Een enkele keer was het interview (met de man alleen) telefonisch, in verband met de reisafstand. De interviews waren semi-gestructureerd, wat wil zeggen dat er gebruik is gemaakt van een vragenlijst die voornamelijk open vragen bevat, waarbij de interviewer moet doorvragen. De onderwerpen liggen bij een semi-gestructureerd interview echter wel vast en worden veelal in logische volgorde gevraagd (Baarda et al. 1996: 26). De opgestelde topiclijst (zie bijlage 4) heb ik tijdens het veldwerk hier en daar met enkele vragen aangevuld om meer verdieping te krijgen in de interviews. De vragen in de topiclijst zijn ingedeeld in de volgende categorieën: 'algemeen' (vragen rondom de gebeurtenis zelf), 'betrokkenheid zwangerschap' (vragen rondom de betrokkenheid van de man bij de zwangerschap en de invloed van echoscopie op de beleving), 'opvattingen over vaderschap en identiteit' (vragen over het gevoel van vaderschap, identiteit en de rolverdeling man/vrouw) en 'omgaan met het verlies' (vragen over de inhoud van het verlies en de manier van verwerking). Tijdens de interviews was er wel ruimte voor afwijking van de vragen in de topiclijst, zodat de respondent gerust zijn eigen verhaal kon vertellen. Voorafgaand aan de interviews gaf ik uitleg over de inhoud en het doel van het onderzoek, besprak ik de onderwerpen die aan bod kwamen in het interview, gaf ik de verwachte lengte van het interview aan en deelde ik mee dat het interview geheel vrijwillig was en de respondent de mogelijkheid had om tijdens het interview te stoppen. Na het verkrijgen van *informed consent* (zie paragraaf over 'ethiek in het onderzoek') vroeg ik of het interview opgenomen mocht worden met een taperecorder. Dit vormde bij geen enkel interview een probleem. Ik deelde mee ook notities te maken tijdens het gesprek, zodat ik de lijn van het verhaal goed kon blijven volgen en alvast wat links kon leggen. Als laatste benadrukte ik, bij aanwezigheid van de partner, dat het interview gericht zou zijn op de man en zijn beleving van de miskraam en doodgeboorte.

Tijdens de interviews bemerkte ik veel openheid vanuit de mannelijke respondent en was er ook ruimte om emoties te uiten. Er was dus sprake van een vertrouwelijke sfeer. Alle interviews duurden gemiddeld een uur. De duur van het telefonisch interview was echter iets korter, ongeveer drie kwartier. De opnames van de interviews heb ik achteraf handmatig en volledig getranscribeerd. De data, die verkregen is door middel van de bovenstaande interviews, vormt de kerndata in dit onderzoek.

---

7

[www.atlasti.com](http://www.atlasti.com)

## *Pareninterviews*

Acht gesprekken vonden plaats met zowel de man als de vrouw. Ik heb er voor gekozen de aanwezigheid van de vrouw bij het interview af te laten hangen van de mannelijke respondent. Deze keuze had ten eerste te maken met de interviewlocatie. De locatie was in alle gevallen (uitgezonderd het telefonisch interview) thuis bij de respondent. Dit leek mij een geschikte omgeving, omdat het interview over een zeer persoonlijk onderwerp gaat en thuis toch vaak een veilige omgeving is voor de respondent. De vrouw nam vaak deel aan het interview, wanneer zij thuis was op het moment van interviewen of zat er alleen bij om het verhaal van haar partner te horen. Ten tweede heb ik deze keuze gemaakt, omdat het onderwerp erg persoonlijk is en zwangerschapsverlies zowel de vrouw als de man aangaat. Ik wilde de vrouw hierin niet passeren en kon mij ook voorstellen dat vrouwelijke partners het vervelend zouden vinden als een (onbekende) vrouwelijke onderzoeker alleen met hun partner zou praten over dit thema.

De mannelijke respondenten waren erg op hun gemak tijdens de interviews, ongeacht de aanwezigheid van hun partner. De vrouw vulde vaak het verhaal van de man aan met feitelijke zaken die zij zich nog goed kon herinneren (zoals data en wat er precies gebeurde op het moment dat het mis ging). De nadruk van het interview bleef echter op de man liggen en zijn ervaring met de gebeurtenis. De aanwezige vrouwelijke partners waren makkelijke praters en vonden het prettig om te praten over hun gevoelens. Op sommige momenten tijdens een interview met zowel de man als de vrouw bestond daardoor wel het gevaar dat de vrouw ging antwoorden voor de man. Op zulke momenten probeerde ik de focus weer op de man en zijn ervaring te leggen door mij in de vragen daarna specifiek te richten tot de man. De aanwezigheid van de vrouwelijke partner kan dus van invloed zijn op het geconstrueerde verhaal van de man. Zo bestaat de vraag of de man wel eerlijk is of kan zijn over zijn gevoelens en gedachten rondom de gebeurtenis in aanwezigheid van zijn partner. Uit voorgaande studies is gebleken dat stellen in elkaars aanwezigheid vaak meer dezelfde antwoorden geven op vragen, dan wanneer zij apart van elkaar worden geïnterviewd, om op die manier een positief zelfbeeld van zichzelf en hun relatie te creëren naar de onderzoeker en om hun partner niet te kwetsen (Aquilino 1993, Hofhuis 1995). In mijn onderzoek bleek hier naar mijn idee vaak sprake van te zijn, wanneer het ging om vragen rondom relatie en communicatie tussen man en vrouw. Toch bemerkte ik geen beperking in openheid of uiting van emoties bij de man, wanneer de vrouw bij het interview aanwezig was.

Ik heb het houden van pareninterviews als zeer waardevol ervaren, omdat ik op deze manier meer inzicht kreeg in de verschillende belevingen van man en vrouw aangaande zwangerschapsverlies. Verder was er minder sprake van *recall bias*<sup>8</sup>, dankzij aanvullingen van de vrouwelijke partner. Achteraf gezien bleek het pareninterview bovendien een bijkomend positief effect te hebben. De meeste respondenten gaven namelijk aan dat het gesprek op deze manier had bijgedragen aan het verwerkingsproces van de miskraam of doodgeboorte voor beiden. Het interview hielp hen verder om meer inzicht te krijgen in elkaars belevingswereld. Tevens creëerde deelname aan dit onderzoek voor veel partners openheid voor gesprekken onderling over dit onderwerp.

---

<sup>8</sup> Wanneer een respondent zich een belangrijk gegeven uit het verleden niet kan herinneren en hiermee vertekening van de resultaten van het onderzoek introduceert, spreekt men van 'recall bias' (Baarda et al. 1996).

De informatie die ik tijdens de pareninterviews heb verworven over de ervaringen van vrouwelijke partners met het verlies worden in dit onderzoek schaars, maar hier en daar aanvullend gebruikt, omdat dit onderzoek gericht is op de ervaringen van de man. Daar waar de informatie wel aanvullend wordt toegepast, wordt dit alleen gedaan om verschillen tussen man en vrouw in de beleving van zwangerschapsverlies aan te geven.

### ***Interviews medewerkers FIOM***

Aanvullend aan de interviews met mannelijke respondenten en hun partners, heb ik drie medewerkers van FIOM geïnterviewd. Deze maatschappelijk werkers bieden mensen hulp bij het verwerken van zwangerschapsverlies. De interviews vonden plaats in Alkmaar en in Leeuwarden, in de vestiging van FIOM. Voor de interviews met de medewerkers van FIOM heb ik een andere topiclijst gebruikt dan voor de mannelijke respondenten (zie bijlage 5). Bij deze interviews heb ik het verloop van het gesprek meer vrij gelaten, zodat de medewerkers uitgebreid konden vertellen over hun ervaringen met de praktijk. Soms ging dat een hele andere kant op dan ik verwachtte en werd er erg in gegaan op verschillende cases binnen het werk van FIOM. Daardoor kreeg ik goed inzicht in de praktijksituatie. Eén interview is opgenomen en getranscribeerd. Bij het interview met de overige twee medewerkers heb ik notities gemaakt tijdens het interview. Deze notities heb ik daarna gelijk uitgewerkt.

De organisatie FIOM had ik in eerste instantie benaderd, in verband met de groepsbijeenkomsten die zij sinds een jaar organiseert in het kader van zwangerschapsverlies<sup>9</sup>. Na een introducerend gesprek bij de organisatie en nadat zij mijn onderzoeksprotocol hadden ingezien, kreeg ik toegang tot één van de zwangerschapsverliesgroepen van FIOM. Later bleek echter dat er door het hele land te weinig aanmeldingen voor deze groepen waren. Daardoor werden ze gecancelled en kon ik niet deelnemen aan deze bijeenkomsten. Het was dus niet mogelijk om observaties te doen tijdens het veldwerk. Doordat observaties niet konden worden uitgevoerd en er nergens anders in het land bijeenkomsten zoals deze werden georganiseerd, heb ik mij meer toegelegd op het onderzoeken van bestaande bronnen.

### ***Informele gesprekken***

Naast de gevoerde interviews met mannelijke respondenten, hun vrouwelijke partners en experts heb ik veel informele gesprekken gehad gedurende mijn veldwerk met mannen en vrouwen die persoonlijk ervaring hadden met zwangerschapsverlies en hun ervaringen met mij deelden. Naderhand heb ik aantekeningen gemaakt van deze informele gesprekken. Deze gesprekken dienen als aanvullende informatie voor mijn onderzoek. Doordat ik zelf over het thema begon (door bijvoorbeeld te benoemen welke studie ik deed en met welk afstudeeronderzoek ik bezig was), bemerkte ik veel openheid vanuit de ander. Ondanks dat ik het gesprek op deze manier enigszins stuurde, ervoer ik de behoefte van deze mensen om over hun persoonlijke ervaring te praten.

---

<sup>9</sup> <http://www.fiom.nl> (zwangerschapsverlies/ aanbod)



### ***Internetfora, -artikelen en tijdschriftartikelen***

Naast de genoemde methodes, heb ik ook openbare internetfora<sup>10</sup> bestudeerd die zijn gericht op het thema zwangerschapsverlies. Met 'openbaar' bedoel ik internetfora die in te zien zijn door ieder willekeurig persoon, zonder dat er registratie vereist wordt. Op deze fora is er veel persoonlijke informatie beschikbaar over thema's als miskraam en doodgeboorte, mede dankzij het anonieme karakter van de verschillende fora. Ik heb gekozen voor bestudering van deze vijf internetfora, omdat deze sites de enige Nederlandse sites waren die een openbaar forum hadden waarin thema's als miskraam en doodgeboorte werden besproken (over deze selectie wordt verder uitgewijd in de paragraaf 'ethiek in het onderzoek'). Ik heb berichten bestudeerd in de veelvoorkomende categorieën: miskraam, doodgeboorte, vroeggeboorte en zwangerschapsverlies (deze categorieën verschillen uiteraard per site). Forumberichten die afkomstig waren van een man en die zijn beleving met de miskraam of doodgeboorte beschreven, zijn door mij geselecteerd. Eveneens heb ik berichten geselecteerd die afkomstig waren van een vrouw, maar waarin de vrouw vertelde hoe haar mannelijke partner om ging met de gebeurtenis. In totaal heb ik 20 (afzonderlijke of op elkaar volgende) forumberichten van de verschillende internetfora op basis van het bovenstaande geselecteerd en geanalyseerd (uitleg over de wijze van analyse volgt later in dit hoofdstuk).

Verder zijn er veel persoonlijke en openbare sites en blogs op internet beschikbaar van mensen die hun kindje tijdens de zwangerschap hebben verloren. Op deze sites vertellen zij hun persoonlijke verhaal. Ik heb enkele ervaringsverhalen op deze internetsites<sup>11</sup> geselecteerd, die geschreven zijn door een man of waarin de beleving van de man naar voren komt. Eén van deze internetsites had verder een mailinglijst beschikbaar, speciaal voor mannen, waarin mannen met mannen konden praten over het verlies. In verband met de privacy en waarschijnlijk mede doordat ik een vrouwelijke onderzoeker ben, werd ik door de webmaster niet toegelaten deze e-mails met persoonlijke verhalen te lezen en te bestuderen.

Tijdens de onderzoeksperiode heb ik ook tijdschriftartikelen<sup>12</sup> verzameld over de ervaringen van mannen (en vrouwen) met miskraam en doodgeboorte. Gebruik van deze bronnen wordt later in dit hoofdstuk besproken.

### ***Persoonlijke documenten en artikelen van respondenten***

Een aantal respondenten uit het onderzoek hebben na het verlies een persoonlijk dagboek of persoonlijke blogs geschreven op hun eigen internetsite. Naar aanleiding van het interview, mocht ik enkele van deze persoonlijke documenten inzien. Op deze manier kon ik de data van het interview vergelijken met de data in deze documenten. Deze documenten vormen dan ook een aanvulling op de verkregen interviewdata. Zij geven op deze manier een holistisch beeld van de belevingswereld van de respondent.

---

<sup>10</sup> Internetfora op [www.miskramen.nl](http://www.miskramen.nl), [www.babyinfo.nl](http://www.babyinfo.nl), [www.zwangerworden.nu](http://www.zwangerworden.nu), [www.ouders.nl](http://www.ouders.nl) en [www.tipswerkendeouders.nl](http://www.tipswerkendeouders.nl)

<sup>11</sup> [www.lotte-engelhart.nl](http://www.lotte-engelhart.nl), [www.miskramen.nl](http://www.miskramen.nl) (ervaring van Wim) en [www.ncfs.nl](http://www.ncfs.nl) (column maart 2007 'Otto')

<sup>12</sup> Artikelen uit de tijdschriften Libelle, Wij Jonge Ouders en Prénatal Magazine.

Dat het onderwerp zwangerschapsverlies vooral een vrouwengebied is, was te bemerken bij bestudering van de bestaande bronnen. Veel geschreven artikelen en berichten op de internetfora waren geschreven door de vrouw. Duidelijk wordt, en dit bleek ook uit de gevoerde gesprekken, dat vrouwen sneller hulp zoeken bij elkaar en gevoelens graag van zich af willen schrijven. Mannen lijken minder behoefte te hebben aan steun van lotgenoten.

### **Data-analyse**

Analyse van de data is gedaan door middel van codering. Deze codering is toegepast op de uitgewerkte interviewverslagen, veldnotities van informele gesprekken, forumberichten en overige persoonlijke documenten en internet/tijdschrift-artikelen. Strauss en Corbin (1990) beschrijven dit proces als: '*breaking down, examining, comparing, conceptualizing and categorizing data*'. Dit houdt in dat alle verzamelde gegevens zorgvuldig bestudeerd en in fragmenten opgedeeld worden. Deze fragmenten worden vervolgens gelabeld en met elkaar vergeleken. Dit proces van coderen is in dit onderzoek gedaan met behulp van het computerprogramma Atlas Ti. Er is gebruik gemaakt van 30 codes. Deze codes zijn onderverdeeld in zeven hoofdcategorieën: 'beschrijving gebeurtenis', 'kinderwens', 'visualisering', 'beleving zwangerschap', 'gender', 'verlies' en 'medische wereld'. Tijdens het proces van analyseren en coderen, schreef ik ook mijn gedachten op memo's (in het gebruikte programma). Op deze manier was het gemakkelijk om de juiste data bij de verschillende hoofdstukken er bij te pakken.

### **Ethiek in het onderzoek**

Het gekozen thema is een gevoelig en persoonlijk thema. Ethiek speelt daarom een belangrijke rol in dit onderzoek. *Informed consent*<sup>13</sup>, vertrouwen en respect voor de rechten van het individu zijn basisprincipes van ethiek in de sociale wetenschappen (Green & Thorogood, 2004: 53). Ten eerste is hier de waarborging van de anonimiteit van mijn respondenten van belang. Als antropologisch onderzoeker heb ik de verantwoordelijkheid om goed en vertrouwelijk om te gaan met de persoonlijke informatie die ik van mijn respondenten heb verkregen. Voorafgaand aan het interview heb ik bij iedere respondent *informed consent* verkregen voordat ik met hen in gesprek ging over dit onderwerp. Ik gaf aan dat hun anonimiteit gewaarborgd zou worden en dat deze data alleen door mij als onderzoeker in vertrouwen behandeld zou worden. Verder benadrukte ik het vrijwillige karakter van het interview, dat de respondent niet verplicht was om alle vragen te beantwoorden en elk moment het recht had om te stoppen met het interview. Ook vroeg ik of het interview opgenomen mocht worden met een taperecorder. De anonimiteit wordt in deze scriptie gewaarborgd, door het weglaten van namen en persoonlijke kenmerken, die te herleiden zouden zijn.<sup>14</sup>

---

<sup>13</sup> *Informed consent* is een vrijwillig verkregen toestemming voor deelname aan iets. De persoon die toestemming geeft moet duidelijk ingelicht zijn over de risico's, het doel, de methode, de procedure en kans van slagen van het onderzoek.  
(Bron: [http://www.test.uva.nl/wiki/index.php?title=Informed\\_consent](http://www.test.uva.nl/wiki/index.php?title=Informed_consent))

<sup>14</sup> De gebruikte namen in de verhalen uit de interviews, in de komende hoofdstukken, zijn allemaal fictief.

In het geval van bestudering van internetfora was het niet mogelijk van te voren *informed consent* te verkrijgen. Daarom heb ik er voor gekozen om alleen openbare fora te bestuderen en mij niet te registreren als gebruiker op verschillende fora, om op deze manier waardevolle forumberichten te kunnen inzien. Dit had vooral te maken met ethische redenen. Ik ben namelijk niet een persoon die zelf met zwangerschapsverlies te maken heeft gehad en ben dus niet *één van hen* die eigen ervaringen op het forum kon delen. Daarnaast zou ik deze vertrouwelijke informatie dan 'stiekem' gebruiken voor eigen doeleinden.

Mijn status als onderzoeker was bekend voor iedere deelnemer. Ik heb mij overal geïntroduceerd als student en het doel van mijn onderzoek duidelijk uitgelegd. Drie respondenten en de organisatie FIOM heb ik daarbij zelfs mijn onderzoeksopzet laten inzien, om het doel op deze wijze nog inzichtelijker te maken. Gezien het gevoelige onderwerp, heb ik mij als onderzoeker flexibel opgesteld. Zoals eerder besproken, heb ik ervoor gekozen om de aanwezigheid van de vrouwelijke partner af te laten hangen van de respondent. Het kon namelijk zo zijn dat de man of juist zijn vrouwelijke partner het niet prettig zou vinden als de man alleen met mij in gesprek zou gaan.

Zoals genoemd in het voorwoord, ben ik tijdens het onderzoek (april 2009) in verwachting geraakt. Tijdens het veldwerk was dit nog niet te zien. Ik heb dan ook afgewogen of ik deze status met mijn respondenten zou delen. Dit in verband met het prille begin van de zwangerschap (er kon nog van alles mis gaan, net zoals het bij de respondenten mis ging in de zwangerschap). Daarnaast zou het ook voor meer openheid in de gesprekken kunnen zorgen, doordat ik mij in deze toestand meer voorstelling kon maken van de betekenis van een mogelijk verlies. Eveneens was ik mij er van bewust dat mijn zwangerschap pijnlijk zou kunnen zijn voor respondenten, gezien het feit dat ik (nog) in verwachting was en zij dat niet meer waren (alhoewel de meesten daarna nog een kind of meerdere kinderen hebben gekregen). Ik heb er voor gekozen om het bericht te delen met de respondent, wanneer ik dacht in te schatten dat dit ten positieve zou zijn voor het interview. Dit was bij ongeveer de helft van alle interviews het geval.

In dit hoofdstuk heb ik een overzicht gegeven van de gebruikte onderzoeksmethoden. In het volgende hoofdstuk laat ik zien in welke context het onderzoek heeft plaats gevonden, zodat duidelijker wordt hoe de beleving en betekenisgeving van zwangerschapsverlies voor vaders in spe is geconstrueerd.

### 3. Context

Door inzicht te geven in contexten kan de onderzoeker bijdragen aan het begrijpen van de situatie waarin de studipopulatie zich bevindt (Gerrits 2008). Door in te gaan op contexten wordt duidelijker hoe ervaringen en meningen tot stand komen en welke krachten daaraan meewerken. In dit onderzoek is het relevant om de context te benoemen van de huidige Nederlandse samenleving: hoe zij omgaat met zwangerschap en zwangerschapsverlies, welke regelgeving zij toepast op dit vlak en welke opvattingen er binnen de samenleving bestaan over vaderschap en gender. Deze bovenstaande factoren worden in dit hoofdstuk uitgewerkt en geven inzicht in de sociale constructie van de beleving en betekenisgeving van zwangerschapsverlies.

#### Medicalisering van zwangerschap

Een zwangerschap is van nature een fysiologisch proces. Toch wordt zwangerschap in de westerse wereld in toenemende mate als een (potentieel) gezondheidsprobleem benaderd. De zwangere vrouw en de foetus<sup>15</sup> worden meer en meer als patiënten beschouwd en alle zwangerschappen staan tegenwoordig onder voortdurende controle. Hier is sprake van medicalisering van zwangerschap, waarbij de term 'medicalisering' wijst op een toenemende rol van de medische wereld en de medische wetenschap in het leven van het individu (den Draak 2005). Ook staat de geboorte van het kind in de westerse wereld steeds meer onder toezicht van de gezondheidszorg. Wanneer zwangerschap wordt gezien als 'ziekte' bestaat er een drang naar controle en behandeling door middel van medische technologieën, welke voorhanden zijn in het ziekenhuis (Smeenk & ten Have 2003). Zo vinden er regelmatig bevallingen plaats in het ziekenhuis onder begeleiding van een arts, worden weeën vaak onnatuurlijk opgewekt via een infuus, bestaat er de mogelijkheid tot het gebruik van pijnstillers (zoals de ruggenprik) en wordt de vrouw regelmatig ingeknipt (episiotomie). Medicalisering van zwangerschap in Nederland uit zich onder andere in de toepassing van prenatale screening (echoscopie), het meten van de maternale bloeddruk en de standaard zwangerschapscontroles.

Toch is het uitgangspunt van het Nederlandse systeem ten aanzien van geboorte niet geheel in overeenstemming met het hierboven beschreven paradigma van medicalisering. Nederland heeft een uniek systeem van vroedvrouwen (verloskundigen) die zijn opgeleid om bevallingen thuis te begeleiden en eerste opvang te bieden bij eventuele problemen. Bij een goedlopende zwangerschap worden dan ook de voordelen van een thuisbevalling benadrukt, zonder gebruik van medische interventies. Hierbij wordt er vanuit gegaan dat de bevalling een door de natuur bepaald proces is. Verder blijkt uit het *Verloskundig Vademecum* (College voor zorgverzekeraars 2003: 10) dat de Commissie Verloskunde in Nederland medicalisering wil tegengaan en daarom de thuisbevalling wil laten voortbestaan en waar mogelijk bevorderen.

---

<sup>15</sup> Medisch gezien wordt het ongeboren kind in een vroeg stadium van de zwangerschap 'embryo' genoemd (tot acht weken zwangerschap). Daarna wordt er gesproken van een 'foetus'. Voor vergemakkelijking gebruik ik in deze scriptie echter alleen de term 'foetus', aangezien de meeste verliezen van de respondenten hebben plaats gevonden na acht weken zwangerschap. De duur van de zwangerschap is echter wel van belang voor de beleving en betekenis van het zwangerschapsverlies. Daarom wordt er bij de citaten aangegeven hoeveel weken de zwangerschap heeft geduurd.

Het percentage thuisbevallingen in Nederland is daardoor ook fors hoger dan in andere geïndustrialiseerde landen. In eerste instantie kiest zestig procent van de zwangere vrouwen in Nederland voor een thuisbevalling, maar moet meer dan de helft hiervan uiteindelijk wegens problemen tijdens de bevalling of vanwege de vraag om pijnbestrijding toch naar het ziekenhuis. Ongeveer een derde van alle bevallingen in Nederland vindt uiteindelijk thuis plaats (den Draak 2005).

### ***Het Nederlandse systeem rondom zwangerschap***

Wanneer een vrouw in Nederland zwanger is, wordt zij geacht een afspraak met een verloskundige of verloskundig actieve huisarts te maken in het eerste trimester van de zwangerschap. De verloskundige of verloskundig actieve huisarts vormen de eerste lijn in de begeleiding van zwangerschap (College voor zorgverzekeraars 2003). De eerste controle bij de verloskundige vindt meestal plaats rond tien weken zwangerschap. Vervolgafspraken vinden plaats om de vijf weken (tot 24 weken), om de drie weken (tot 30 weken), om de twee weken (tot 41 weken) en om de twee dagen (tot 42 weken). Bij de eerste afspraak met de verloskundige worden er vragen gesteld over de gezondheid van de vrouw en de partner, over de levenswijze en over mogelijke zwangerschapsklachten. Er vindt dan vaak een kort lichamelijk onderzoek plaats waarbij de bloeddruk wordt gemeten en de grootte van de baarmoeder wordt beoordeeld. Bovendien vindt er bij de eerste afspraak in de meeste gevallen een eerste echo plaats (termijnecho). Tijdens vervolgfafspraken wordt telkens weer gekeken naar de groei van de baarmoeder en wordt er naar de harttonen van de foetus geluisterd. Ook vindt er rond de twintigste week een uitgebreide echo plaats (screening echo). In de laatste maanden van de zwangerschap wordt er verder nog gekeken naar de ligging van het kind (NVOG et al. 2008).

Wanneer tijdens een zwangerschapscontrole blijkt dat er meer dan één kind wordt verwacht, als er een miskraam dreigt of de zwangere in het verleden een miskraam of doodgeboorte heeft meegemaakt, is dit vaak reden voor extra controle en wordt de zwangere vrouw doorverwezen naar een gynaecoloog in het ziekenhuis, bij wie de zwangere onder toezicht zal staan tot het eind van de zwangerschap. In een later stadium van de zwangerschap kan doorverwijzing naar de gynaecoloog door de huisarts of verloskundige ook gebeuren wanneer blijkt dat het kindje niet goed groeit, de placenta verkeerd ligt, er sprake is van een te hoge bloeddruk of wanneer weeën zich te vroeg aandienen.<sup>16</sup> Indicaties voor doorverwijzing naar de gynaecoloog worden weergegeven in het *Verloskundig Vademecum* (College voor Zorgverzekeraars 2003), waarin duidelijke richtlijnen staan over de verdeling van zorg en communicatie tussen verloskundige, huisarts en gynaecoloog.

### ***Echoscopie in de zwangerschap***

Echoscopie (ook wel ultrageluidonderzoek genoemd) bestaat uit onderzoek van de inwendige organen door middel van geluidsgolven. Door terugkaatsing van verzonden geluidsgolven kunnen afbeeldingen worden gemaakt van de foetus in de baarmoeder (Kleiverda 2001). De echo kan worden gemaakt door een verloskundige, echografist, arts of gynaecoloog. Degene die de echo maakt, geeft vaak tijdens het onderzoek

<sup>16</sup> Bron: Dossier Gezondheidsplein: 'Wanneer naar de verloskundige of gynaecoloog?'  
<http://www.gezondheidsplein.nl/dossier/26/299/Wanneer-naar-de-verloskundige-of-gynaecoloog.html>

uitleg van de beelden. De zwangere en de mogelijk aanwezige partner kunnen zelf op het scherm het echo-onderzoek volgen. De echo kan op twee manieren worden uitgevoerd: vaginaal (inwendig) of via de buik (uitwendig). In het begin van de zwangerschap is er vaak een medische voorkeur voor een inwendige echo, omdat er dan een beter beeld van de foetus kan worden gemaakt. Door echoscopie kan de grootte van de foetus in kaart worden gebracht. Afhankelijk van de grootte van het kindje kan de zwangerschapsduur daarmee nauwkeurig worden bepaald (NVOG et al. 2008).

Iedere zwangere vrouw in Nederland krijgt standaard twee echo's aangeboden. Een 'termijn echo', tussen tien tot twaalf weken zwangerschap, en een uitgebreide 'screening echo' (ook wel structureel echoscopisch onderzoek genoemd), tussen de achttien en tweeëntwintig weken zwangerschap. Met de termijn echo kan worden gezien of er sprake is van een intacte zwangerschap (of het hartje klopt), of het om een eenling of meerling gaat en hoe lang de vrouw al zwanger is. Bij de screening echo, rond 20 weken zwangerschap, wordt er gekeken naar eventuele aanwezigheid van afwijkingen, zoals een open ruggetje of een open schedel (van Vught et al. 2003). Bij deze echo wordt uitgebreid gekeken naar de ontwikkeling van de organen van het kind. Tijdens de screening echo kan ook het geslacht van het kind ook worden bepaald. Deze twee echoscopische onderzoeken zitten tegenwoordig bij iedere verzekerde in de Nederlandse basiszorgverzekering<sup>17</sup>. De 'screening echo' wordt echter pas sinds januari 2006 vergoed door zorgverzekeraars. Deze echo valt onder 'prenatale screening' waar in de volgende paragraaf verder over wordt uitgewijd.

Soms vinden er meerdere echo's plaats tijdens de zwangerschap. Veelvoorkomende redenen hiervoor zijn: bloedverlies in het begin van de zwangerschap, sprake van een meerlingzwangerschap, twijfels over de grootte en groei van het kind en wanneer moeilijk te bepalen is hoe het kind ligt (Kleiverda 2001). Als mensen nogmaals naar hun ongeboren kind willen kijken, zonder dat er een medische noodzaak bestaat, is dit mogelijk. In Nederland bestaan er veel commerciële bureaus die tegen vergoeding een echo van de foetus maken. Dit wordt de zogenaamde 'pretecho' genoemd.<sup>18</sup>

### ***Prenatale screening en diagnostiek***

Naast de genoemde screening echo rondom 20 weken zwangerschap zijn er ook andere andere screening testen beschikbaar, die een zwangere vrouw en haar partner in Nederland de mogelijkheid biedt om het ongeboren kind te laten onderzoeken op het syndroom van Down en lichamelijke afwijkingen. Zij kunnen zich in het geval van een ernstig aangeboren afwijking voorbereiden op de komst van het kind of kiezen voor het afbreken van de zwangerschap<sup>19</sup>. Mogelijke prenatale screening testen, naast de genoemde screening echo, zijn de combinatietest en de tripeltest (RIVM 2008). De combinatietest toetst de kans op het syndroom van Down bij het ongeboren kind door middel van twee onderzoeken: een bloedonderzoek tussen negen en veertien weken zwangerschap en een nekplooiemeting, door middel van een echo, tussen elf en veertien weken zwangerschap. Voor het bloedonderzoek wordt er bloed afgenomen bij de zwangere vrouw tussen

---

<sup>17</sup> Besluit Zorgverzekeringswet: <http://wetten.overheid.nl/BWBR0018492>

<sup>18</sup> Bron: 'Pretecho': <http://www.babypret.net/zwangerspretecho.htm>

<sup>19</sup> In Nederland is abortus, het afbreken van de zwangerschap, wettelijk toegestaan tot aan 24 weken zwangerschap. ('Wet Afbreking Zwangerschap': <http://wetten.overheid.nl/BWBR0003396/>)

negen en veertien weken zwangerschap. In het bloed worden twee stoffen (de hormonen PAPP-A en hCG) gemeten. Bij de nekplooiemeting wordt de dikte van nekplooi (dun laagje vocht onder de huid in de nek) van het ongeboren kind gemeten. Hoe dikker de nekplooi, hoe groter de kans dat het kind straks het syndroom van Down heeft. De tripeltest is minder betrouwbaar als de combinatietest en kan worden gedaan wanneer de vrouw langer dan veertien weken zwanger is en het te laat is om de combinatietest uit te voeren. De tripeltest toetst de kans op het syndroom van Down en de kans op een open ruggetje. Dit gebeurt door middel van een late bloedtest tussen vijftien en achttien weken zwangerschap. In het bloed worden drie stoffen (de hormonen FP, hCG en oestriol) gemeten<sup>20</sup>.

Alle zwangere vrouwen in Nederland kunnen vragen om prenatale screening. Deze screening staat los van leeftijd, gezondheid en de vraag of er erfelijke aandoeningen in eigen familie of die van de partner voorkomen. Wanneer prenatale screening wordt overwogen, vindt er voor het onderzoek een uitgebreid gesprek plaats met de verloskundige, gynaecoloog of huisarts. Het onderzoek kan ouders namelijk geruststellen over de gezondheid van het kind, maar het kan ze ook ongerust maken en voor moeilijke keuzes stellen. De zwangere vrouw en haar partner bepalen zelf of ze het onderzoek willen en kunnen op elk moment met het onderzoek stoppen. De prenatale screening testen berekenen alleen de kans dat het kind een aangeboren afwijking heeft. De testen kunnen niet met zekerheid vaststellen dat het ongeboren kind een afwijking werkelijk heeft (RIVM 2008).

Wanneer uit het onderzoek echter blijkt dat het kind een verhoogde kans heeft op een bepaalde afwijking, komt de vrouw in aanmerking voor vervolgonderzoek. Dit vervolgonderzoek wordt 'prenatale diagnostiek' genoemd (NVOG 2007). Bij prenatale diagnostiek wordt er specifiek onderzocht of het ongeboren kind een bepaalde aandoening wel of niet heeft. Zwangere vrouwen die automatisch in aanmerking voor prenatale diagnostiek zijn vrouwen die ouder zijn dan 36 jaar en achttien weken of langer zwanger zijn of een bepaalde ziekte hebben waarbij de kans op aangeboren afwijkingen verhoogd is. Bij prenatale diagnostiek zijn er twee testen mogelijk, die de aanwezigheid van chromosomale afwijkingen bij het ongeboren kind toetsen: de vlokcentest en de vruchtwaterpunctie (Erfocentrum 2009). De vlokcentest wordt meestal uitgevoerd tussen de elfde en veertiende week van de zwangerschap. Tijdens de vlokcentest wordt er een beetje weefsel uit de placenta (welke in dat stadium nog *chorion* heet) weggehaald via de buikwand of schede. De vlokcentest geeft vrijwel in alle gevallen uitsluitel over de aanwezigheid van een chromosomale afwijking (NVOG 2007: 7). Wel brengt de vlokcentest een kleine kans op een miskraam met zich mee. De vruchtwaterpunctie wordt uitgevoerd rond zestien weken zwangerschap. Tijdens deze test wordt er vruchtwater via de buikwand, door middel van een naald, weggenomen. De lichaamscellen van het ongeboren kind in het vruchtwater worden onderzocht op afwijkingen aan de chromosomen.

Wanneer de uitslag afwijkend blijkt te zijn en het kind een chromosoomafwijking heeft, wordt er een afspraak gepland met de gynaecoloog of andere kinderspecialist, die uitlegt wat de aandoening inhoudt en wat de consequenties van deze afwijking zijn voor ouder en kind. Afhankelijk van de aard van de aandoening en de zwangerschapsduur zal worden besproken met de ouders of zij de zwangerschap willen uitdragen of laten afbreken.

---

<sup>20</sup> Bron: 'Prenatale Screening', NVOG  
[http://www.nvog-documenten.nl/index.php?pagina=richtlijn/pagina.php&fSelectTG\\_116=117&fSelectedSub=116&fSelectedParent=117](http://www.nvog-documenten.nl/index.php?pagina=richtlijn/pagina.php&fSelectTG_116=117&fSelectedSub=116&fSelectedParent=117)

## **Zwangerschapsverlies in Nederland**

Zoals genoemd in de inleiding is zwangerschapsverlies een veelvoorkomende zaak. Vooral miskramen komen relatief veel voor: één op de tien zwangerschappen eindigt in een miskraam. Hiervan vinden veel verliezen plaats in de eerste drie maanden van de zwangerschap. Dit betekent dat jaarlijks ongeveer 20.000 vrouwen in Nederland een miskraam mee maken (NVOG 2005). Spitz et al. (2004) beweren dat 70 procent van alle zwangerschappen in de eerste drie maanden van de zwangerschap verkeerd aflopen<sup>21</sup>. Onder dit hoge percentage vallen tevens de vele verliezen die plaatsvinden vóór het uitblijven van de menstruatie, waardoor zij door de betrokkenen niet als miskraam worden herkend. Ook gaat het hier in 15 tot 20 procent om verliezen die plaatsvinden, wanneer een zwangerschap wordt vermoed, doordat bepaalde kenmerken van zwangerschap worden waargenomen (zoals misselijkheid en gespannen borsten), maar niet bevestigd is door verloskundige, gynaecoloog of huisarts. De kans op een miskraam neemt toe met de leeftijd. Voor vrouwen onder de vijfendertig jaar is de kans op een miskraam, zoals reeds genoemd, 1 op 10. Vanaf vijfendertig jaar tot veertig jaar is de kans 1 op 5. Boven de veertig jaar is de kans op een miskraam ongeveer 50 procent (NVOG 2005).

Er bestaan ook andere vormen van zwangerschapsverlies, die in deze studie buiten beeld worden gelaten: de buitenbaarmoederlijke zwangerschap (hier is sprake van wanneer de bevruchte eicel zich inplant buiten de baarmoeder), de molaire zwangerschap (een niet goed aangelegde zwangerschap, waarbij de placenta zich ontwikkelt tot een tumor die er uit ziet als een druiventros) en zwangerschapsverlies van een heel andere orde: abortus. Bij deze vorm van zwangerschapsverlies maken ouders zelf de keuze om de zwangerschap af te breken en is er geen sprake van een spontaan verlies.

## ***Behandeling van zwangerschapsverlies***

Vaak komt het slechte nieuws, dat er sprake is van zwangerschapsverlies, erg onverwachts. De ene keer is de hartslag van de foetus bij een zwangerschapscontrole niet meer te horen; soms bemerken vrouwen zelf al minder leven in de buik. In andere gevallen laat echoscopisch onderzoek zien dat er geen teken van leven meer is of wordt zwangerschapsverlies aangediend door hevig bloedverlies (omdat het lichaam de vrucht afdrijft). Ook kan er sprake zijn van vroegtijdige weeënactiviteit.

In geval van zwangerschapsverlies in een vroeg stadium van de zwangerschap (miskraam), wanneer er geen medische reden bestaat voor ziekenhuisopname, moeten de zwangere vrouw en partner thuis wachten tot de bevalling spontaan op gang komt. Dit kan een paar dagen tot een paar weken duren. In de meeste gevallen gebeurt de bevalling van de vrucht thuis. Na de miskraam vindt er vaak wel een medische controle plaats om na te gaan of de baarmoeder volledig leeg is. Als dat niet het geval is, is er sprake van een onvolledige miskraam en moet de baarmoeder worden gecuretteerd (Spitz et al. 2004: 55). Bij curettage wordt de baarmoederwand als het ware afgeschrapt.

---

<sup>21</sup> De precieze berekening van dit hoge percentage wordt niet in het boek toegelicht. Spitz et al. 2004: 16.



Wanneer de zwangerschap verder is gevorderd, is er vaak sprake van vroegtijdige weeënactiviteit bij zwangerschapsverlies. Met echoscopisch onderzoek wordt dan gekeken naar de conditie van de foetus. Wanneer de vliezen nog niet zijn gebroken en de foetus het verder goed maakt (geen ernstige groeivertraging of infecties in de baarmoeder), worden er weeënremmers voorgeschreven. In sommige gevallen is het echter te laat en kan er niets anders gebeuren dan het kind vroegtijdig, dus doodgeboren te laten worden (Holleboom 1998). Dit gebeurt in het ziekenhuis, onder toezicht van de gynaecoloog. In andere gevallen van doodgeboorte is er al sprake van een levenloze foetus en moet de bevalling worden ingeleid in het ziekenhuis. De weeën worden dan opgewekt met medicijnen, die de vrouw toegediend krijgt via een infuus. De bevalling vindt dan meestal binnen 24 uur plaats, na toediening van de medicijnen.

Na zwangerschapsverlies is het mogelijk om sectie te laten uitvoeren op de overleden foetus. Bij een miskraam is dit alleen mogelijk, wanneer de vrucht is opgevangen. Spitz et al. (2004) maakt onderscheid tussen vijf verschillende groepen mogelijke oorzaken van zwangerschapsverlies: hormonale oorzaken, erfelijke (genetische) oorzaken, infectieuze oorzaken (infecties en besmettingen van bacteriën, virussen en parasieten), anatomische oorzaken (afwijkingen van de vorm van de baarmoeder) en immunologische oorzaken (oorzaken die met ons afweersysteem te maken hebben). In het merendeel van de gevallen blijkt er echter geen duidelijke oorzaak te bestaan voor het zwangerschapsverlies (Herz 1984).

### ***De Nederlandse wetgeving rondom zwangerschapsverlies***

De Nederlandse wet trekt een grens omtrent de 'levensvatbaarheid' van het ongeboren kind. Zij gaat uit van zelfstandige levensvatbaarheid van de foetus buiten de baarmoeder vanaf 24 weken zwangerschap (Wet op de Lijkbezorging; van kracht sinds 1991). Vanaf dit moment in de zwangerschap beschouwt de Nederlandse overheid de foetus als persoon. Deze beschouwing heeft gevolgen voor de Nederlandse regelgeving rondom zwangerschapsverlies. Wanneer een kind vanaf 24 weken zwangerschap overlijdt, spreekt men van een doodgeboorte en is er sprake van een 'stoffelijk overschot'. De doodgeboren menselijke vrucht moet dan verplicht begraven of gecremeerd worden. De ouders mogen de foetus mee naar huis nemen tot aan de dag van de begrafenis of crematie. Verder moet een kind dat na 24 weken zwangerschap geboren is, worden aangegeven bij de gemeente. De Wet op de Lijkbezorging bepaalt dat er een 'akte van een levenloos kind' moet worden opgemaakt. Het ziekenhuis geeft een verklaring mee dat het kind levenloos is geboren. Wanneer het kind nog even heeft geleefd, wordt er zowel een 'akte van geboorte' als een 'akte van een levenloos kind' afgegeven.

Wanneer de foetus overlijdt vóór 24 weken zwangerschap is er sprake van een miskraam en zijn ouders echter vrij om te doen wat zij willen met de overleden foetus. De wet gaat hier niet officieel uit van een 'lijk', onafhankelijk van de vraag of er tekenen van leven zijn geweest. Ouders mogen de overleden foetus mee naar huis nemen en zelf zorgen voor de begrafenis of crematie. Ze kunnen deze begrafenis of crematie laten regelen door een begrafenisondernemer. Ook kunnen zij er voor kiezen om het ziekenhuis te laten zorgen voor de crematie of begrafenis (meestal na invriezen en verzameld met meerdere lotgenoten) of de foetus afstaan aan de wetenschap. Ook kan het ziekenhuis zorgen voor een 'anonieme vernietiging' van de foetus.

## Vaderschap en gender in Nederland

Vaderschapsopvattingen geven de voorstellingen weer die mensen hebben over de rol van een vader bij het grootbrengen van (zijn) kinderen (Knijn 1994). Volgens Jacobs (1998) zijn deze voorstellingen gebaseerd op opvattingen over gender en de taakverdeling tussen man en vrouw. In de laatste eeuwen wordt er over vaderschap in Nederland anders gedacht. Het vaderschap als instituut verandert. Het wordt anders ervaren en deze veranderingen grijpen op elkaar in (van Dongen et al. 1995). Er lijkt een overgang plaats te vinden van de traditionele vader naar de moderne vader (Jacobs 1998). Deze twee 'typen' vaders zijn gebaseerd op vaderschapsbeelden die in de Nederlandse samenleving heersen. De traditionele vader geeft het ouderwetse beeld weer van een vader als kostwinnaar, als autoritaire opvoeder van het gezin, oftewel: een vader op afstand. Het beeld van de moderne vader blijkt voornamelijk vorm te krijgen in de praktijk, door media en trends. Volgens Jacobs (1998) is er echter nog geen geïnstitutionaliseerd idee van de 'nieuwe' vader, omdat er een onverenigbaarheid bestaat tussen de moderne vader en het traditionele vaderschapsbeeld. Duidelijk is echter wel dat de moderne vader meer betrokken is bij het kind en meer tijd besteedt aan zorg (Lamb 1986, Russel&Radin 1983). Een voorbeeld van de moderne vader is die van een vader die structureel een dag in de week vrij neemt van het werk om voor de kinderen te zorgen. Van Dongen (1995) zegt dat 'zorgen om, zorgen dat en het zorgen voor' toenemende betrokkenheid brengt. Het verwachte toekomstbeeld is volgens Jacobs (1998) dat ook de betrokkenheid van de man, de vader in spe, steeds meer toeneemt in de zwangerschap.

Welke rol een man zich aanmeet, ten aanzien van vaderschap, is in hoge mate afhankelijk van iemands gender-identiteit (Jacobs 1998). 'Gender-identiteit' verwijst naar de gedrags- en identiteitsaspecten van sekse. Gender-identiteit is in feite een heel subjectief begrip, welke veel betekenissen kent. Bekker geeft mijn perspectief op gender-identiteit goed weer: '*Gender-identiteit wordt bepaald door hoe personen betekenissen, die verbonden zijn met hun sekse, vertalen naar hun zelfbeeld.*' (Bekker 1993: 319) Hier gaat het er om hoe mannelijk of vrouwelijk mensen zich voelen, in een bepaalde cultuur en in vergelijking met de omgeving. Hieruit kan worden geconcludeerd dat gender-identiteit een sociale constructie is van 'mannelijkheid' of 'vrouwelijkheid'. Volgens Steggerda (1990) wordt een gender-identiteit ontwikkeld tijdens de vroege jeugd en adolescentie. Wanneer deze eenmaal is ontwikkeld, is deze moeilijk te veranderen. Hiermee geeft Steggerda de indruk dat iemands gender-identiteit consistent is. Ik sluit mij echter aan bij de benadering van identiteit vanuit de *social identity theory*, dat de identiteit van een individu niet vaststaat, maar een bewegend kader is, gebaseerd op interactie tussen het individu en zijn sociale omgeving (Jabri 1996). Gender-identiteit kan geïnterpreteerd worden als sekserol. Willemsen (1992) beschrijft dit als '*een stelsel van normatieve verwachtingen over het gedrag van vrouwen en mannen, zoals dat voorkomt in een bepaalde cultuurhistorische context*' (ibid: 74). Volgens Butler (1990) legt de samenleving mannen en vrouwen bepaalde sekserollen op, die de identiteit van man en vrouw bepalen. Zij spreekt hier van *naturalization*: sociale constructies van gender die worden gezien als natuurlijk, maar dat eigenlijk niet zijn. Butler meent dat mensen nooit helemaal voldoen aan de gestelde culturele en sociale normen van man- en vrouw-zijn en dat er dus geen vaste gender-identiteit bestaat. Butler ziet sekserollen dan ook als keurslijven, die leiden tot onderdrukking en uitsluiting, welke onderhevig zijn aan machtsstructuren. De enige

mogelijkheid om bevrijding uit deze 'keurslijven' te ervaren, is acceptatie vanuit de maatschappij voor alle invullingen van sekse en gender.

In dit onderzoek bekijk ik gender-identiteit in licht van vaderschap. Volgens Knijn (1994) zorgt de gender-identiteit ervoor dat vaders hun vaderschap op een andere manier betekenis geven en beleven, dan de veelal door hen overgenomen sociale, culturele norm voorschrijft. De identiteit van een vader is in het geding als een ongebooren kind sterft. Volgens O'Neill (1995) voelt de man zich vaak wel vader, maar wordt hij door de omgeving niet erkend als vader, omdat hij geen levend kind kan laten zien. McCreight (2004) concludeert dat mannen, die zwangerschapsverlies hebben ervaren, nog een moeilijke weg moeten gaan, wat betreft erkenning van hun verdriet en transitie naar het vaderschap. Wat vaak onderschat wordt, is dat het verlies van het kind ook het verlies betekent van vaderschap.

Iemands gender-identiteit beïnvloedt de wijze waarop men rouwt. In het kader van miskraam en doodgeboorte, blijkt uit onderzoek van McCreight (2004) dat mannen op een traditionele, cultureel verantwoorde mannelijke manier rouwen. Mannen verwachten van zichzelf dat ze emotioneel sterker zijn dan vrouwen en weinig emoties mogen tonen, ondanks dat de traditionele mannelijke rol aan het veranderen is (McGreal et al. 1997). Deze bevindingen komen eveneens naar voren in het huidige onderzoek en worden besproken in hoofdstuk vijf van deze scriptie. Jacobs (1998) beweert net als Butler (1990) dat de veelal verborgen machtsstructuren de traditionele seksestereotypen in stand houden en visa versa. Toch bemerken we tegenwoordig in de Nederlandse samenleving meer vrijheid voor mannen voor het uiten van hun emoties (Serraris 2005). De vraag rijst op of er niet een causaal verband bestaat tussen de veranderende vaderschapsrol en het tonen van emoties bij de man.

Hoe de contexten van zwangerschap en zwangerschapsverlies in Nederland en de opvattingen over vaderschap en gender in de Nederlandse samenleving van invloed zijn op de constructie van de beleving en betekenis van zwangerschapsverlies, beschrijf ik in de volgende hoofdstukken. In de komende twee hoofdstukken worden namelijk de bevindingen van dit onderzoek beschreven. In het komende hoofdstuk ga ik in op de invloed van visualisering op de beleving en betekenisgeving van zwangerschapverlies, onder andere door de medische technologie van echoscopie. In het hoofdstuk daarna beschrijf ik de invloed van de huidige vaderschap- en genderopvattingen op de rouwverwerking van vaders in spe.

## 4. Visualisering

*'Ik ging niet meer mee. Ik kon het niet meer zien. Een nieuw leven dat weg was. En al de vragen die het bij me opriepen. Ik kon het niet meer aan...'* Steven praat hier over het eerste echomoment van de zesde zwangerschap bij de gynaecoloog. Laura en Steven hebben vóór deze zwangerschap vier miskramen gehad, na zwangerschappen die allemaal niet langer duurden dan veertien weken. Ook deze zwangerschap eindigde helaas in een miskraam. Laura en Steven hebben wel een zoon gekregen na een voldragen tweede zwangerschap. De wens voor meerdere kinderen, een broertje of zusje voor hun zoontje, bleef echter bestaan.

Steven was volgens zichzelf altijd erg betrokken bij de zwangerschappen en ging telkens mee naar de gynaecoloog. De echo's beschrijft hij als iets moois en wonderlijks. Voor hem was er vanaf het moment dat er een hartje op het scherm verscheen en klopte, sprake van een leven. *'Dan is het al iets. Dat geeft gelijk al een band. Dat deed iets met mij in ieder geval.'* Volgens Steven maakte de echo de zwangerschap tastbaarder. Het was het moment dat hij de gedachte van een kind toeliet. Hij zag immers het hartje kloppen op de echo en hij had het kleine ongeboren kindje op de echo gezien. Wel zegt hij achteraf dat de echo's het verdriet na het verlies groter heeft gemaakt. *'Het was tastbaarder, dus pijnlijker.'* Dat was ook de reden waarom Steven bij de zesde zwangerschap niet meer met zijn vrouw mee wilde naar de gynaecoloog. Hij wilde zich niet meer hechten aan een nieuwe situatie, aan nieuw leven. *'Nee, ik moest het niet meer. Ik ging me steeds minder snel binden, op een gegeven moment zelfs helemaal niet meer binden aan leven... Telkens maar weer die teleurstelling en het leven dat blijkbaar zomaar in een keer verdween.'*

Ook vertelde Steven over de keer dat hij de foetus had gezien na de bevalling. Dat was na de vijfde miskraam. De voorgaande miskramen waren, volgens zijn vrouw Laura, net als erge menstruatie met bloed, stolsels en vliezen. Bij de vijfde miskraam was het anders en zagen ze, zoals Steven het vertelde, een klein mensje van ongeveer tien centimeter. *'Het had gewoon alles. Armpjes, handjes, vingertjes. We dachten zelfs dat het een jongetje was. We hebben er wel tien minuten goed naar gekeken.'* Wat hij op dat moment voelde, was heel veel boosheid, verdriet en cynisme.

Toen ze de hoop op een tweede kind eigenlijk hadden opgegeven, volgde er acht jaar na de komst van hun eerste kind, een gezonde dochter. De komst van hun dochter maakte volgens Laura en Steven veel goed en nam veel verdriet van alles wat was gebeurd weg. Toch blijven er bij Steven veel vragen bestaan rondom de miskramen en kan hij de gebeurtenissen moeilijk een plek geven: *'Wat is het dan geweest? Wat is het begin van leven? Ik snap het niet en vind het moeilijk.'*

[interview respondent C]

In dit hoofdstuk laat ik zien dat momenten van visualisering van de foetus (tijdens de zwangerschap door middel van echoscopie en na de zwangerschap door het zien van de foetus) erg belangrijk zijn voor de sociale constructie van beleving en betekenis van zwangerschapsverlies voor vaders in spe. Visualisering bevordert de emotionele binding tussen vaders in spe en het ongeboren kind en zorgt ook voor een groter besef van zwangerschapsverlies. Deze bovenstaande uitspraken onderbouw ik in dit hoofdstuk met mijn onderzoeksbevindingen. Voorafgaand aan mijn bevindingen ga ik in op theoretische noties over (medische) visualisering en emotionele binding met het ongeboren kind.

### **Medische technologie**

Medische technologie speelt in dit onderzoek een belangrijke rol. Met de term medische technologie wordt verwezen naar: 'fysieke middelen, zoals instrumenten, attributen en medicijnen, die een rol spelen bij de diagnosestelling, behandeling en preventie van ziekte' (van der Geest et al. 1994: 3). Sinds de Verlichting wordt het lichaam meer en meer benaderd als een machine, die kwetsbaar is en delen bevat die gerepareerd of vervangen kunnen worden (Shilling 1993). Deze biomedische benadering heeft geleid tot een toenemende afhankelijkheid van medische instrumenten (medicalisering). De groeiende afhankelijkheid van medische technologie wordt bekritiseerd om zijn gevaar van 'ontmenselijking' en het beroven van de unieke persoonlijkheid van de mens (van der Geest et al. 1994: 1). Het lichaam wordt namelijk meer en meer gecontroleerd door technologische interventies, waardoor individuen zichzelf gaan zien als objecten. Daarnaast wordt de biomedische macht vergroot door het gebruik van medische technologieën, omdat medische experts de informatie, verkregen door medische technologie, in eerste plaats in handen hebben en patiënten afhankelijk zijn van medici, voor de interpretatie en de behandeling daarvan (Smeenk & ten Have 2003). Terwijl enerzijds het gebruik van medische technologie wordt bekritiseerd, stimuleert de voornaamste belanghebbende partij, de patiënt, juist het gebruik van medische technologieën (van der Geest et al. 1994: 12). Patiënten willen later namelijk geen spijt krijgen dat zij een bepaalde behandeling of onderzoek niet hebben geprobeerd. Tijnstra (1987: 1129) noemt dit 'geanticipeerde beslissingsspijt'.

Van der Geest et al. (1994: 2) benaderen medische technologie op sociologische wijze als 'een praktisch en kennend handelen van mensen die trachten tot een *modus vivendi* te komen met de hen omringende werkelijkheid'. Medische technologie wordt hier gezien als onderdeel van de cultuur waarin men leeft, welke tevens van invloed is op de sociale werkelijkheid. Technologie en cultuur zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden en van invloed op elkaar. Bij deze benadering wil ik mij aansluiten. Ik ga er vanuit dat technologie zowel produkt als producent is van menselijke cultuur en dat niemand zich geheel kan onttrekken aan de macht die technische objecten over hem uitvoeren (van der Geest 1994: 3). In de volgende paragrafen wil ik duidelijker maken hoe technologie van invloed is op cultuur en daarmee ook op de sociale werkelijkheid.

## Visualisering

Vanaf de Renaissance bestaat er een grote nieuwsgierigheid naar de structuur en functie van het menselijke lichaam. Alleen door dode lichamen open te snijden, konden artsen meer te weten komen over *'the interior of the body'* (O'Neill 1995). Wilhelm Röntgen was de eerste die in 1895 een techniek ontwikkelde, waarbij het binnenste van levende lichamen konden worden bekeken, zonder dat mensen opengesneden hoefden te worden. Gedurende de twintigste eeuw zijn er verschillende visualiseringstechnieken ontworpen die hebben bijgedragen aan de 'doorzichtigheid' van het menselijk lichaam. Zo heeft de westerse biomedische technologie zich door de jaren heen steeds meer toegelegd op visualisering (Jenks 1995). De wens om de structuur en de functie van het lichaam te begrijpen en te bevatten, legde de nadruk op het 'zien' in de wetenschap. Jenks (1995) noemt dit het autoritaire *eye of science*. 'Zien' observeert en construeert onze sociale wereld en verbindt daardoor zien en weten met elkaar (Jenks 1995: 1). Volgens Mitchell heeft de wetenschap echter een andere kijk op visualisering en gaat deze uit van een *'pure vision'*, waarbij realiteit wordt gezien als objectieve en empirische data (Mitchell 1986 in Jenks 1995: 4). Zo spreekt Foucault (1973) in zijn boek *Naissance de la clinique*<sup>22</sup> over het bestaan van een medische blik die het mogelijk maakt om ziekte als object van wetenschappelijk onderzoek te beschouwen. In de wetenschap lijkt alleen datgene belangrijk te zijn wat objectief kan worden vastgesteld en wetenschappelijk begrepen. Volgens Jenks is een *'pure vision'* echter onmogelijk, omdat er geen natuurlijke realiteit bestaat, die door het 'naakte oog' kan worden gezien. Hij suggereert dat er een wederkerige relatie bestaat tussen het 'zien' en de manier waarop wij de wereld vormgeven. Ik sluit mij aan bij Jenks' gedachte dat het 'zien' niet objectief is, maar een *skilled cultural practice* (Jenks 1995:10), waarbij het zien onze sociale wereld observeert en construeert.

## Echoscopie

In de jaren dertig en veertig ontwikkelden Karl en Friedrich Dussik uit Oostenrijk echoscopie als een diagnostisch instrument. Het gebruik van echoscopie is in Nederland tegenwoordig niet meer weg te denken. Het is deel geworden van het westerse zwangerschapsritueel (Clement et al. 1998) en wordt vaak gezien als één van de hoogtepunten in de zwangerschap. Echoscopie is in principe een medisch instrument. Het geeft medische informatie weer over de toestand van de foetus. Door de jaren heen heeft echoscopie naast een medische betekenis ook sociale en culturele betekenissen gekregen. Er kan volgens van Dijck (2001) namelijk een onderscheid worden gemaakt tussen het klinische effect van de echo (de informatie die wordt verkregen over de gezondheidstoestand van de foetus) en het sociale effect van de echo (de manier waarop de persoon die de echo ziet met de informatie omgaat). De echo brengt dus niet alleen een medische boodschap, maar ook een emotionele boodschap. Zo bevestigt de echo positieve gevoelens, wanneer de vrucht gezond blijkt te zijn. Wanneer er iets fout is, heeft de scan juist een negatief effect (van Dijck 2001: 110). Het klinische effect (uitkomst van technologie) en het sociale effect (het gevoel) van de echo kunnen echter ook tegenstrijdig zijn. Zo stelt Franklin (1997) dat het begrijpen van visuele beelden naast geruststelling en enthousiasme ook contrasterende gevoelens van angst en ambivalentie kunnen

---

<sup>22</sup> Engelse vertaling: 1973 *The birth of the clinic: an archeology of medical perception*. London: Tavistock.

voortbrengen. Wat hierboven beschreven staat, sluit aan bij het idee van Bromberger dat medische technieken worden gezien als dragers van informatie die beladen zijn met een symbolische betekenis (Bromberger 1977 in van der Geest et al. 1994).

Echoscopie was in eerste instantie bedoeld als medische controle, maar is tegenwoordig meer gaan fungeren als eerste ontmoeting met de baby (van Dijck 2001: 105). Het direct kunnen zien van de foetus op het scherm vormt het bewijs van de aanwezigheid van de foetus en maakt de zwangerschap definitief. Oftewel: zien is geloven. Petchesky (1987: 68) betoogt dat het 'zien' de andere zintuigen domineert als het gaat om het vergaren van kennis: *'For sight, in contrast to other senses, has as its peculiar property the capacity for detachment, for objectifying the things visualized by creating distance between knower and known.'* De echo geeft zekerheid over de conditie van de foetus. Dit heeft als gevolg dat de zekerheid van techniek de zekerheid van gevoel lijkt te vervangen. Saetnan (2000) maakt hier onderscheid tussen het dwingende en bevrijdende karakter van echoscopie. Saetnan betoogt dat echoscopie 'dwingend' kan zijn, omdat het vrouwen afhankelijk maakt van technologie en het voelen van de bewegingen van de foetus in de buik van de vrouw ondergeschikt. Aan de andere kant wordt echoscopie als 'bevrijdend' ervaren, omdat het kennis geeft over de gezondheid van de baby vóór de geboorte, terwijl mensen vroeger moesten wachten tot de geboorte om dat te weten. Ook hebben mensen naar aanleiding van de echo de kans om een zwangerschap vroegtijdig af te breken (tot de 24e week van de zwangerschap) wanneer het kindje een ernstige afwijking blijkt te hebben. Rapp (2000:4) bevestigt de twee verschillende kanten van echoscopie en laat in haar onderzoek zien dat vrouwen ambivalente opvattingen hebben over echoscopie: *'Women see it both as a blessing and a curse and so both are grateful and critical.'*

### **Verpersoonlijking van de foetus**

De foetus is het icoon geworden dat zwangerschap kenmerkt (Clement et al. 1998). Door het gebruik van echoscopie is het beeld van de foetus tegenwoordig volledig geïntegreerd in de westerse cultuur en dient het niet langer alleen als medische projectie, maar ook als cultureel symbool, welke deel is van de publieke verbeelding (Boulter 1999). Zo wordt het beeld van de foetus tegenwoordig onder meer publiekelijk gebruikt in reclames, voor politieke doeleinden en in de beweging tegen abortus (Draper 2002). Een gevolg van echoscopie is dat de foetus een autonome status heeft ingenomen: *'the fetus has gone solo'* (Casper 1998). Door visualisering wordt de foetus namelijk benaderd als een levend persoon. Ook tijdens het bekijken van een echo wordt de foetus persoonlijke eigenschappen en kenmerken toegedicht door zowel de aanstaande ouders als de makers van de echo. Zo spreken zij beiden over eigenschappen die terug zijn te zien in de uiterlijkheden van de ouders in spe, lijkt de foetus als een mens werkelijk te poseren voor de camera en worden bewegingen van de foetus gezien alsof hij of zij iets wel of niet leuk vindt (Rapp 2000). Sanger beschrijft dit proces op de volgende manier: *'It is more real, more vivacious, more familiar, stronger and more beautiful. They are more likely to call the fetus a baby.'* (Sanger 2008: 373) Layne (2003) stelt dat verpersoonlijking van de foetus, door middel van echoscopie, een dieper verdriet veroorzaakt na miskraam en doodgeboorte.

## Verbondenheid met het ongeboren kind

De echo beïnvloedt dus de gevoelens van aanstaande ouders en is daarmee van grote invloed op de emotionele band die er ontstaat tussen ouder en kind. Volgens Statham et al. (1998) maakt echoscopie een vroege ontmoeting tussen ouders en kind mogelijk. Visualisering fungeert hier als een link van waaruit het bindingsproces kan ontwikkelen. Sandelowski (1994: 232) beweert dat echoscopie een psychische dimensie geeft aan zwangerschap.

Sinds enkele decennia wordt er breed aangenomen dat *attachment* (emotionele hechting) – een psychologisch concept, geïntroduceerd door Bowlby (1969) – met het ongeboren kind al vóór de geboorte begint. Peppers & Knapp (1980) hebben zich onder andere verdiept in het ontstaan van een psychologische, emotionele band tussen het ongeboren kind en de moeder (*maternal attachment*). Volgens hen zijn er negen momenten in en rondom en in de zwangerschap die bijdragen aan de *attachment*: het plannen van de zwangerschap, de bevestiging van de zwangerschap, de acceptatie van de zwangerschap, het voelen van de foetus in de buik, het accepteren van de foetus als individu, het op de wereld zetten van het kind, het zien van het kind, het aanraken van het kind en het zorgen voor het kind. Wanneer de vrouw de foetus in de buik voelt bewegen, is er sprake van verhoogd *attachment*. Rubin (1975) stelt dat er vóór de geboorte al veel gedeelde ervaringen zijn tussen vrouw en kind: *‘At birth there is already a sense of shared experiences, shared history, and shared time on an intimate and exclusive plane’* (ibid: 149). Deze onderzoeken laten de mate van *attachment* tussen de vrouw en het ongeboren kind zien vóór de komst van echoscopie. Uit latere onderzoeken blijkt dat het gebruik van echoscopie positief bijdraagt aan de emotionele band tussen de moeder en het ongeboren kind (Heidrich & Cranley 1989, Black 1990, Kolker & Burke 1993). Het zien van de foetus op de echo blijkt echter niet zo significant te zijn als het moment waarop de moeder het kind in de buik voor het eerst voelt bewegen (Heidrich & Cranley 1989). Het gevoel blijkt hier de techniek te overheersen.

Echoscopie biedt ook de mogelijkheid aan vaders in spe om zich emotioneel te binden aan het ongeboren kind (*paternal attachment*). Vóór de uitvinding van echoscopie was de groei en het gedrag van de foetus voornamelijk gebaseerd op de waarneming van de vrouw. Met de komst van de echo is de foetus echter ook waarneembaar voor anderen (Rapp 2000). Volgens Sandelowski & Black (1994) kunnen mannen door middel van echoscopie de baby net zo goed leren kennen als de vrouw. Uit onderzoek van Puddifoot & Johnson (1997), uitgevoerd in Engeland, blijkt dat mannen zich door echoscopie minder achtergesteld voelen in de zwangerschap. De man maakt namelijk, in tegenstelling tot de vrouw, geen lichamelijke veranderingen mee. De echo zorgt voor een definitieve bevestiging van de zwangerschap, verhoogt eveneens de betrokkenheid van mannen bij de zwangerschap en het begrip van de noden van de vrouw in de zwangerschap (Rothman 1994). Johnson & Puddifoot (1998) constateren dat de aanwezigheid van de man bij een echo het bindingsproces met het ongeboren kind vergroot. Het zien van de baby op de echo helpt mannen om meer verbondenheid te voelen met de baby. Zij concluderen, net als Layne (2003), dat zowel mannen als vrouwen het moeilijker hebben met de verwerking van het verlies, na het zien van een echo.



Mannen die een echo hebben gezien van hun ongeboren kind vertoonden in hun onderzoek hogere scores van verdriet na het zwangerschapsverlies in vergelijking met mannen die geen echo hadden gezien (Johnson & Puddifoot 1998).

Na verschillende theoretische inzichten te hebben beschreven van visualisering en emotionele binding, wil ik nu overgaan tot het weergeven van mijn onderzoeksbevindingen rondom de genoemde thema's. Dit wil ik doen door de opvattingen en ervaringen van de respondenten weer te geven over visualisering tijdens de zwangerschap en visualisering na de zwangerschap. Hierbij ga ik ook in op de betrokkenheid en de mate van emotionele binding van vaders in spe in de zwangerschap. Uiteindelijk bespreek ik de invloed van visualisering op de beleving en betekenis van het zwangerschapsverlies.

### **Visualisering tijdens de zwangerschap**

Visualisering van de foetus in de zwangerschap vindt vaak voor het eerst plaats tijdens de eerste afspraak met de verloskundige of gynaecoloog, meestal rond twaalf weken zwangerschap. Dan wordt er namelijk een termijnecho gemaakt. Later in de zwangerschap wordt er eveneens standaard een echo gemaakt rond 20 weken zwangerschap. Sommige respondenten mochten samen met hun partner meerdere echomomenten in de zwangerschap beleven, gezien zij in verwachting waren van een tweeling, er complicaties in de zwangerschap waren of wanneer zij eerder met zwangerschapsverlies te maken hadden gehad. De meeste respondenten waren aanwezig op de momenten dat de echo's plaatsvonden. Zij definieerden deze momenten van visualisering, bij een positieve uitkomst van de echo, in de meeste gevallen als 'belangrijk' en 'bijzonder', omdat het hen evenveel kennis verschafte over de situatie van de foetus als de vrouw. Het bevestigde voor hen ook de aanwezigheid van de zwangerschap. Daarnaast zorgde de echo voor een verhoogd gevoel van betrokkenheid bij de zwangerschap bij de respondenten. Dit sluit aan bij de uitkomst van het onderzoek van Puddifoot & Johnson (1997) dat mannen zich door echoscopie minder achtergesteld voelen tijdens de zwangerschap. Verder was het voor veel vaders in spe bijzonder om hun 'kindje' voor het eerst op het scherm te zien.

*Als je een kindje op een echo ziet bewegen, is dat wel heel bijzonder. De echo die ik erg indrukwekkend vond, bij 8/9 weken.. dat je voor het eerst echt ziet dat het een poppetje is.. een heel klein wezentje dat er uit ziet als een knuffelbeertje. Dat vond ik wel echt bijzonder. Een mini-baby'tje.*

[respondent E, doodgeboorte na 22 weken]

Uit de meeste interviews wordt duidelijk dat mannen pas een eerste blijk van verbondenheid met het ongeboren kind ervaren bij het horen of zien kloppen van het hartje. Dit gaat soms gepaard met het zien van een vormend lichaampje op de eerste echo. Het horen of zien kloppen van het hartje vindt meestal plaats tussen de tiende en twaalfde week van de zwangerschap, bij een eerste afspraak met de verloskundige of gynaecoloog. Een kloppend hartje is voor de meeste mannen het eerste teken van leven. Een leven, waarmee een emotionele band kan worden opgebouwd. Het zien of horen kloppen van het hartje gaf de respondenten hoop op een goede uitkomst van de zwangerschap.

*Toen ik het hartje voor het eerst hoorde kloppen, toen ontstond er bij mij het gevoel van: 'heej, er gebeurt wat!'* [respondent F, doodgeboorte na 22 weken zwangerschap]

*En ja, op het moment dat je een hartje ziet kloppen, is het iets. Is het een leven. En ja, dat geeft gelijk al een band of dat doet iets met je. Deed iets met mij in ieder geval.*

[respondent C, vijf miskramen]

De meeste mannen gaven aan dat visualisering van de foetus, door het zien van echo's, zorgde voor het ontstaan van een werkelijke band met het ongeboren kind. Hieruit kan worden geconcludeerd dat visualisering positief samenhangt met emotionele binding. Het ongeboren kind kreeg door visualisering steeds meer een eigen persoonlijkheid en werd gezien als een levend kind. Deze persoonlijkheid kreeg steeds meer vorm, naarmate de foetus groeide. Tevens is te merken dat de mate van emotionele binding sterker werd, wanneer er meerdere 'vroege ontmoetingen', door middel echoscopie, plaats vonden. Hier is sprake van 'verpersoonlijking van de foetus' door echoscopie, een aspect dat ook naar voren komt in de besproken literatuur (Sanger 2008, Layne 2003).

*Kijk, je hebt op een gegeven moment elke week een afspraak. Dus je ziet ze eigenlijk elke week op het laatst... De eerste echo's zijn toch wel heel bijzonder, als je voor het eerst je kindje ziet. De laatste twee maanden krijg je elke week een echo. Dan denk je: dan ben je bevoorrecht dat je een tweeling hebt, want je mag elke week je kinderen zien!* [respondent D, doodgeboorte van één kindje van de tweeling na 36 weken zwangerschap]

*Wat ik me nog goed kan herinneren, toen we een vruchtwaterpunctie deden bij de tweede zwangerschap... Je krijgt dan ook een echo te zien. Ze steken dan een naald door de buikwand. Die naald halen ze dan gelijk weer weg, om het baby'tje niet te beschadigen. Je ziet dan wel het rietje de baarmoederwand ingaan. Ze (de respondent heeft het hier over de foetus) pakte toen gewoon het rietje vast op een gegeven moment! Dat vond ik zo ontzettend grappig. Ze was gewoon een beetje aan het rondspelen daar. Bij die 8 a 9 weken-echo is het allemaal nog wat abstract en heeft het nog niet echt een eigen karaktertje of iets menselijks. Dat had het bij die vruchtwaterpunctie wel. Het had iets menselijks, iets vastpakken. Normaal zie je dat ook nooit, want er is ook nooit iets vast te pakken in de baarmoeder.* [respondent E]

Enkele respondenten beweerden echter dat echoscopie voor hen niet van grote invloed was op de zwangerschapsbeleving, maar dat de zwangerschap pas echt vorm kreeg door het zien groeien van de buik, het voelen schoppen van het kind in de buik en het praten tegen het ongeboren kind.

*Ja, de echo's waren erg mooi. Maar nee, het had geen invloed op mijn beleving van de zwangerschap. Het begon voor mij echt met een toeter op de buik en praten tegen de baby. [respondent B, twee miskramen na tien weken zwangerschap]*

*Ik was betrokken bij de zwangerschap, maar werkte in die tijd veel. De momenten dat je dan thuis bent, dan wrijf je even over de buik en voel je het trappen. Je ziet de buik groeien. Ja, dan krijg je er wel steeds meer gevoel bij. [respondent A, doodgeboorte na 25 weken zwangerschap]*

*Ja, elke avond voordat we naar bed gingen, zat ik tegen de navel al verhaaltjes te vertellen, tegen de kleine. [respondent N, miskraam na 13 weken zwangerschap]*

Deze manieren van emotioneel binden worden nauwelijks besproken in de bestaande literatuur. Niekamp (2008) heeft echter wel onderzoek gedaan naar de invloed van echoscopie onder zwangere vrouwen in Nederland en stelt dat lichamelijke ervaringen in de zwangerschap niet te vervangen zijn door de technologie van echoscopie. Deze persoonlijke ervaringen vormen voor de onderzochte vrouwen in de studie van Niekamp het belangrijkste signaal van een gezonde zwangerschap en een goede gezondheid van het ongeboren kind. In dit onderzoek lijkt deze bevinding voor de bovenstaande respondenten op te gaan, ook al ervaren mannen de lichamelijke ervaringen uit de tweede hand. Niekamp (2008: 124) beweert ook dat het uitgangspunt van het Nederlandse geboortesysteem van invloed is op de ervaren minimale impact van echoscopie op de zwangerschapsbeleving. In Nederland wordt zwangerschap namelijk in eerste instantie gezien als een natuurlijk en fysiologisch proces dat normaliter geen problemen veroorzaakt (College voor Zorgverzekeraars 2003).

Wanneer het gaat over de emotionele band tussen vaders in spe en het ongeboren kind tijdens de zwangerschap stelt slechts één mannelijke respondent in dit onderzoek dat er pas sprake is van emotionele binding met het kind na de geboorte.

*Dat heb ik in ieder geval, maar ik hoor het ook van andere mannen, dat de binding met het kind pas echt begint als het kind geboren wordt. Ik weet niet of ik dat echt voor mezelf invul, maar dat heb ik wel zo ervaren. [respondent F, doodgeboorte na 22 weken zwangerschap]*

Deze opvatting wordt gedeeld met twee maatschappelijk werkers, werkzaam bij FIOM (respondenten P en Q). Zij stellen dat hechting met het kind pas echt plaats vindt na de geboorte van het kind, omdat er dan sprake is van een tastbare situatie. Hiermee wordt opnieuw verwezen naar het belang van visualisering. Visualisering maakt de situatie volgens de respondenten tastbaarder en bevordert in de meeste gevallen ook de emotionele binding.

De meeste vaders in spe hadden voorafgaand aan de eerste echo positieve verwachtingen van de uitslag. Zij zagen uit naar het moment de foetus voor het eerst te zien. Zoals besproken is echoscopie sinds tientallen jaren geïntegreerd in de Nederlandse zwangerschapscultuur. Het zien van het ongeboren kind is inmiddels een 'normaal' zwangerschapsritueel geworden. Het lijkt er op dat mannen minder stil staan bij een eventuele negatieve uitkomst van de echo, omdat echoscopie onderdeel is geworden van de huidige Nederlandse geboortecultuur.

Het zien van de foetus op de echo brengt, afhankelijk van de uitkomst, ambivalente gevoelens voort, zoals blijdschap, enthousiasme, zekerheid en vertrouwen, maar ook boosheid, angst en ongeloof. Hier wordt duidelijk dat deze vorm van medische technologie niet alleen een medische boodschap, maar ook een emotionele boodschap brengt, zoals ook uit voorgaande onderzoeken is gebleken (Franklin 1997, van Dijck 2001). De echo geeft in de meeste gevallen een bevestiging van de situatie. Visualisering biedt zekerheid. Hier gaat dan ook op dat 'zien' ook 'geloven' is. Mannen krijgen, bij het zien van een eerste positieve echo, zekerheid over het bestaan van de zwangerschap van hun partner. Wanneer de uitslag van de echo positief was, werden er bij de respondenten gevoelens van vertrouwen, rust, verwondering, blijdschap, enthousiasme en zekerheid opgeroepen.

*Het was bijzonder om het kindje te zien op de echo. Het zien van de baby op de echo was erg prettig. Dat gaf een gevoel van rust dat het allemaal goed was. [respondent M, doodgeboorte na 36 weken zwangerschap]*

*Toen gingen we naar de gynaecoloog voor de echo en dan zie je het hartje als een gek bonzen. Dat is dan wel even een bevrijding. [respondent J, miskraam na 9 weken]*

Dat een echo met een negatieve uitkomst ook gevoelens van zekerheid kan oproepen, blijkt uit het volgende citaat (forumbericht).

*De echo bevestigde definitief dat het mis was gegaan. Toch waren we blij de echo te zien en hadden we daarbij een gevoel van opluchting omdat we eindelijk zekerheid hadden. [forumbericht op [www.miskramen.nl](http://www.miskramen.nl)]*

De opvatting van van Dijck (2001), dat een positieve echo een positief effect heeft en dat een negatieve scan juist een negatief effect heeft, blijkt hier niet op te gaan. De echo geeft ondanks de negatieve uitkomst een gevoel van zekerheid, wat als positief wordt ervaren, over de situatie.

Wanneer uit de echo blijkt dat er iets fout is met de foetus en de echo een onverwachte uitkomst heeft, leidt dit bij mannen vaak tot gevoelens van verdriet en boosheid. Volgens een maatschappelijk werker van de organisatie FIOM (respondent Q) uiten mannen hun emoties vaak op agressieve wijze (boosheid), terwijl de emoties van de vrouwen eerder als depressief te kenmerken zijn. Toch is hier volgens de maatschappelijk werker sprake eenzelfde basale emotie. 'Boosheid is ook rouwen'.

De meeste respondenten geven echter aan dat er vaak een gevoel van ongeloof voorafgaat aan het gevoel van verdriet en boosheid, na het zien van een negatieve scan. Dit heeft mijns inziens ten eerste te maken met het feit dat mannen uitgaan van een positieve uitkomst van de echo, zoals hierboven staat beschreven. De negatieve uitslag is onverwacht en zorgt bij mannen allereerst voor een gevoel van ongeloof. Ten tweede zijn mannen voor de interpretatie van de echo afhankelijk zijn van degene die de echo maakt. Mannen hebben vaak het gevoel dat zij een leek zijn in het bekijken van de foetus op de echo. Wanneer de echografist interpreteert dat er iets fout is met het kindje kunnen zij dit met moeite zelf zien en onderkennen, door op het scherm te kijken. Daarom hebben zij vaak in eerste instantie, bij een negatieve uitslag van de echo, het gevoel dat de echografist het fout heeft gezien of fout heeft geïnterpreteerd. Deze bevinding doet af aan de beschreven grote machtspositie van visualisering, omdat het visuele beeld van de echo niet goed wordt begrepen door de kijker (hier: de vader in spe). Het 'zien', welke de beleving construeert, is hier afhankelijk van de interpretatie van medici.

*Toen zei ze (de gynaecoloog): 'ik vermoed dat één van de twee is overleden.' Dat is vrij heftig om mee te maken. Op dat moment geloof je het niet, dringt het niet tot je door en denk je: ach, er zal nog wel een hartje kloppen... [respondent D, doodgeboorte na 36 weken zwangerschap]*

*De verloskundige kwam er dus achter dat het hartje niet meer klopte. We werden die middag gelijk doorgestuurd naar het ziekenhuis voor onderzoek. Toen we in de auto zaten hadden we nog hoop en dachten we: misschien heeft de verloskundige het verkeerd en heeft ze het niet goed gezien. Bij de gynaecoloog bleek echter dat het kindje was gestorven. De mannelijke gynaecoloog zei tot twee keer: 'Oh dit is niet goed'. Toen moest ik zelf vragen: 'Betekent dit dat ons kindje is overleden?' , waarop de gynaecoloog antwoordde: 'Ja'. Op dat moment barstten we beiden in tranen uit. [respondent M, doodgeboorte na 36 weken]*

Uit de bovenstaande verhalen wordt dus duidelijk dat de verloskundige of gynaecoloog een machtspositie bezit, omdat zij de medische informatie als eerste voor handen heeft en verantwoordelijk is voor de interpretatie hier van. Van der Geest et al. (1994: 11) beschrijven deze positie als volgt: '*medische technologie verschaft macht aan degenen die haar bezitten en bedienen; zij maakt hun kennis gezaghebbend, hun ingrijpen onmisbaar en hun woord wet.*'

De afhankelijk van medici wordt niet alleen duidelijk bij de interpretatie van echoscopie, maar ook in de mate van het gebruik er van. Zoals genoemd in de introductie krijgen zwangere vrouwen in Nederland tijdens de zwangerschap standaard twee echo's aangeboden. De verloskundige, gynaecoloog of een andere arts kan echter op eigen inzien besluiten dat er een extra echo nodig of wenselijk is. Zo werd er bij een respondent een extra echo gemaakt om angsten weg te nemen bij ouders in spe.

*Het verschil met de zwangerschap van L. (eerste zwangerschap wat resulteerde in een doodgeboorte van hun zoontje) was dat de spontaniteit van het zwanger zijn er af was. En vooral de 36<sup>e</sup> week was een moeilijke week in de zwangerschap. Voor het vertrouwen en het verminderen van de stress werd er in die week nog een echo gemaakt. Dat was erg prettig. [respondent M, doodgeboorte na 36 weken]*

Uiteindelijk hebben mannen zelf controle over het wel of niet zien van de foetus op de echo. Mannen hoeven namelijk niet aanwezig te zijn bij de echo's, maar kunnen er voor kiezen om dit moment bij te wonen. Verder is er de mogelijkheid om een extra echo, de zogenoemde 'pretecho', te laten maken, wanneer zij de behoefte hebben het kind nogmaals te zien. Op deze manier hebben zij enigszins zelf de hand in de mate van binding die zij aangaan met hun ongeboren kind. Toch blijven de meeste mannen van mening dat zij de momenten van echoscopie graag willen bijwonen, omdat ze niets willen missen.

*Net als bij de andere zwangerschappen, ging ik mee naar de verloskundige, wanneer ik kon. Ja, je wilt er toch bij zijn, je wilt het toch mee maken. [respondent H]*

Uit de bovenstaande bevindingen wordt duidelijk dat visualisering door middel van echoscopie positief bijdraagt aan de betrokkenheid van de man in de zwangerschap en de emotionele binding tussen vaders in spe en het ongeboren kind. In de volgende paragraaf geef ik de ervaringen met het zien van de foetus na zwangerschapsverlies weer en ga ik in op de betekenis van deze vorm van visualisering voor de respondenten.

### **Visualisering na zwangerschapsverlies**

*Mijn oma heeft twee doodgeboortes gehad. In die tijd was het de gedachtegang dat het beter was het kind niet te zien. Zo werd er tijdens de bevalling een wit laken voor haar gehouden en heeft ze haar kinderen nooit gezien. Toen wij ons kindje hadden verloren, kwam haar verdriet weer erg naar boven en zei ze: het is echt enorm goed en bijzonder dat jullie W. (het doodgeboren zoontje van respondent M) nu mogen zien en vasthouden. [respondent M, doodgeboorte na 36 weken]*

Maatschappelijke erkenning voor het verlies van een kind tijdens zwangerschap was er vroeger weinig tot niet. Wetenschappelijk en maatschappelijk gezien was men nog niet overtuigd van een bestaande emotionele band tussen ouders in spe en het ongeboren kind (Geerinck-Vercammen 1998). Zoals uit het bovenstaande citaat blijkt, werd de baby toen afgevoerd zonder dat de ouders hem of haar gezien hadden. Het was volgens

medici het beste om niet te lang stil te staan bij de gebeurtenis en zo snel mogelijk weer zwanger te worden. Veel van de onderzochte vrouwen in de studie van Geerinck-Vercammen hebben echter achteraf spijt dat zij hun doodgeboren kindje destijds niet gezien hebben. Volgens maatschappelijk werker Geerinck-Vercammen is het zien van de foetus na een miskraam of doodgeboorte erg belangrijk, omdat het anders blijft doorwerken in de fantasie van mensen. *'Ze stellen zich iets heel naars voor; iets heel lelijks, terwijl dat helemaal niet zo is. Met vier maanden is er al een klein mensje, met vingertjes, teentjes en oortjes.'* (Geerinck-Vercammen in de Volkskrant<sup>23</sup> 1998) Het zien van de overleden foetus tegenwoordig in Nederland wel gestimuleerd door medici, dankzij de uitkomsten van onderzoeken van onder andere Geerinck-Vercammen. De ervaringen van de respondenten met het zien van de overleden foetus beschrijf ik in de volgende alinea's.

Soms is er bij een vroeggeboorte nog maar sprake van een kleine vrucht en in andere gevallen is er al werkelijk sprake van een klein lichaampje, waarbij menselijke kenmerken onderscheiden kunnen worden. In geval van een vroege miskraam<sup>24</sup> is het vaak onmogelijk om de vrucht te zien, omdat de vrucht dan nog erg klein is en deze bij de 'bevalling' dikwijls ongemerkt tijdens de bloedingen mee het toilet in gaat. Het gevolg is dat een miskraam door mannen daardoor dikwijls wordt ervaren als een ongrijpbare situatie. Bij een vroege miskraam heeft er vaak nog geen echo-moment plaats gevonden of was er bij de eerste echo niets tot weinig te zien op het scherm. Daarnaast is de buik van de vrouw in de eerste weken van de zwangerschap nog niet zichtbaar aan het groeien en is er in de eerste weken nog maar weinig sprake van een emotionele band tussen man en foetus. Mannen vinden het in dit geval moeilijk om hun verdriet en het verlies een plaats te geven. Vragen als: 'was er dan al wat?' en 'heeft het ooit geleefd?' blijven onbeantwoord. De volgende respondenten hebben echter wel de vrucht kunnen zien, na een kortdurende zwangerschap. De citaten laten zien dat het moment van visualisering belangrijk voor hen was en bevestigt daarnaast de gedachte dat visualisering zorgt voor een grotere mate van tastbaarheid en een dieper besef van het verlies.

*Ik ben wel blij dat ik het heb gezien. Anders bleef het ook een beetje... ja, dan blijft het een niet toereikend iets. Dat ik het gezien heb, het 'boontje' dan in dit geval... Ik denk dat je het daardoor ook wel sneller een plaats kon geven. [respondent J over het zien van een eerste echo, voorafgaand aan de miskraam na negen weken zwangerschap]*

*Het was de eerste keer dat ik de vrucht heb gezien. Ik denk dat het zien ook wel impact heeft op het je realiseren... Tot die tijd is het dan ook een abstract weten. [respondent L over het zien van de vrucht na een vroege miskraam; hij heeft in totaal zes miskramen mee gemaakt]*

---

<sup>23</sup> 'Geef doodgeboren kind plek in gezin' Volkskrant, 20 mei 1998  
[http://www.volkskrant.nl/archief\\_gratis/article761919.ece/Geef\\_doodgeboren\\_kind\\_plek\\_in\\_gezin](http://www.volkskrant.nl/archief_gratis/article761919.ece/Geef_doodgeboren_kind_plek_in_gezin)

<sup>24</sup> Een miskraam die plaats vindt vóór 16 weken zwangerschap.

De respondenten spreken hier over een 'boontje' en een 'vrucht'. De foetus wordt in dit stadium nog niet als persoon geconstrueerd. Deze respondenten geven aan dat het verdriet 'gemakkelijker' te verwerken is wanneer zij de foetus na het verlies hebben gezien en deze nog niet herkenbaar is als een 'persoon'. Dit blijkt eveneens uit het volgende citaat.

*Het is eigenlijk heel plastisch he. Dan ligt daar iets en dat is eigenlijk het begin van jouw kindje geweest. We hebben het in een potje gedaan. Het is gewoon heel erg apart. Gelukkig kun je het niet herkennen als een kindje.. daar ben ik ook wel weer blij om. Maar het is wel het idee van: oké, hier ligt iets wat het begin is geweest van ons kindje. [respondent N, miskraam na 12 weken zwangerschap]*

Mannen die een late miskraam of doodgeboorte hebben mee gemaakt, hebben vaak de mogelijkheid gehad om de overleden foetus na de bevalling te zien. Bij de bevalling is er dan vaak al sprake van een 'minimensje' (zoals veel respondenten het noemen) en in sommige gevallen blijft de foetus zelfs een paar minuten tot een paar uur buiten de baarmoeder leven (afhankelijk van de leeftijd van de foetus, in weken van zwangerschap). Deze mannen ervaren nadien grote bewustwording van het verlies en omschrijven het verlies als het verlies van een persoon: het verlies van 'hun kind'. Het verdriet wordt door de respondenten groter ervaren wanneer ze de overleden foetus als een persoon identificeren. Dit is in overeenstemming met de bevinding van Layne (2003) dat verpersoonlijking van de foetus een diepere bewustwording van het verlies en meer verdriet bij zowel vrouwen als mannen teweeg brengt. In sommige gevallen zien zij eigenschappen van zichzelf terug in het uiterlijk van het overleden kind, wat de verbintenis met het kind en dus het verdriet na het verlies vergroot.

Opvallend is dat veel mannen in eerste instantie het overleden kindje niet willen zien. Uit de meeste gesprekken blijkt dat zij zo reageren uit zelfbescherming en dat zij proberen de binding met het kind zo te beperken, om het verdriet niet groter te laten zijn. Dit duidt er op dat mannen zich bewust zijn van de grote invloed van visualisering op de emotionele binding. Daarnaast speelt ook de angst voor het 'onbekende', de dood, mee. Een maatschappelijk medewerker van FIO (respondent P) vertelt vanuit haar ervaring dat de dood in de huidige Nederlandse samenleving steeds meer in de taboesfeer komt en deze ver van het leven wordt gezet. Daardoor wordt dood als iets onbekends en angstigs ervaren. Dit blijkt tevens uit recent Nederlands onderzoek van sociaalwetenschappelijk onderzoeksbureau Kaski, uitgevoerd door onderzoekers de Jong & Kregting (2008). Alle mannen in het huidige onderzoek die het kindje hebben gezien na de geboorte (in totaal elf respondenten) hebben dit achteraf echter als zeer positief ervaren.

*Ja, ik heb het bekeken. Je bent heel erg verdrietig... Het is gewoon een mensje en het ademde en bewoog. Het heeft gewoon alles: nageltjes, handjes.. [respondent H, miskraam na zestien weken zwangerschap]*



*Eerst wilde ik het niet zien Maar dan begint hij (de arts) te tellen.. 1, 2, 3, 4, 5 teentjes. Dan word je nieuwsgierig en dan kijk je wel en dan denk je: ja, best een grote vent.. grote voeten.. Echt 'een grote kerel' zei de arts. Het was dan ook nog een jongen. Ja, dat was echt wel goed. [respondent A, doodgeboorte na 25 weken zwangerschap]*

*Toen we het ziekenhuis in gingen, hadden we zoiets van: Het moet er uit, we willen het niet zien. We willen hier zo snel mogelijk weer overheen zijn. Achteraf kun je je bijna niet voorstellen dat dat je eerste reactie is. Maar het ziekenhuis zei wel: denk er wel goed over na en je gaat er maar 1x doorheen. Daar hebben we toen ook wel naar geluisterd... Het was helemaal een perfecte baby, het had alles, alleen zo klein. [respondent E, doodgeboorte na 25 weken]*

### **De invloed van visualisering en emotionele binding op de sociale constructie van verlies**

Voor alle respondenten speelt het zien van de foetus op de echo of het zien van de overleden foetus na de bevalling een grote rol bij het besef van het verlies. Het 'zien' heeft een prominente rol, waarbij de respondenten vaak beweren dat 'zien' inherent is aan 'geloven'. Zo geeft het visuele beeld van de foetus op de echo definitief uitslag over de conditie van de foetus en wordt het zien van de foetus, ondanks de negatieve uitslag, achteraf door de respondenten als 'goed' ervaren. Hiermee lijkt bevestigd te worden dat 'zien' belangrijk is voor een gezonde verwerking (Geerinck-Vercammen 1998). Bovendien geven de respondenten aan dat zij de miskraam of doodgeboorte beter een plek kunnen geven, wanneer zij de overleden foetus hebben gezien, ondanks het feit dat de foetus er in dat stadium nog als 'boontje' of 'vrucht' uit zag. Visualisering zorgt voor een tastbaardere situatie, waar mannen vaak grote behoefte aan hebben. Visualisering zorgt ook voor een diepere bewustwording van het verlies en een gevoel van zekerheid over de situatie. Zoals eerder beschreven, worden vroege miskramen, waarbij de man de menselijke vrucht niet heeft kunnen zien, dikwijls als ongrijpbaar ervaren en vinden mannen het moeilijk om hun verdriet en het verlies nadien een plaats te geven.

Wanneer een zwangerschap langer heeft geduurd, hebben vaders in spe meer kans gehad om zich emotioneel te binden aan het kind (onder andere door meerdere echo-momenten en het voelen schoppen van de foetus in de buik). De meeste respondenten in dit onderzoek nemen aan dat het rouwproces, oftewel het proces van onthechting, zwaarder is en dieper gaat bij mannen die hun kindje na een langdurende zwangerschap hebben verloren dan bij mannen die hun kindje hebben verloren na een kortdurende zwangerschap. De meeste respondenten denken dat een miskraam minder impact heeft op het leven en de gebeurtenis makkelijker een plek te geven is dan een doodgeboorte. Zij maken hierbij onder andere onderscheid tussen het niet of wel herkennen van een 'kind/persoon' na zwangerschapsverlies (visualisering) en het wel of niet een relatie hebben opgebouwd met het kind (emotionele binding). Zij gaan er daarbij van uit dat wanneer een zwangerschap verder gevorderd is (doodgeboorte) er bij de bevalling sprake is van een 'kind', waarmee een relatie is opgebouwd tijdens de zwangerschap. Dit vergroot het verdriet.

*Nee, toen hebben we niets gezien en dat vonden we ook prima. Bij die laatste miskraam met drie maanden ook niet; dat was ook een vruchtje, maar dat hebben we niet eens gezien. Ik denk dat het erger is als je meerdere maanden zwanger bent en dan moet bevallen van een klein mensje. Vrienden van ons hebben dat ook wel gehad en die hebben het ook echt begraven. En andere vrienden van ons verwachtten een meisje en op de dag dat ze uitgeteld was, overleed het meisje in de baarmoeder. Dat was een heel gaaf kindje. Daar hebben we ook wel het een en ander aan ondersteuning gedaan. Dat is nog veel heftiger, dan moet je bevallen van een dood kindje. Ik zie hem nog zo lopen met het kistje.*  
[respondent B, twee miskramen rond tien weken zwangerschap]

*De zus van mijn vrouw heeft een doodgeboren kindje gehad. Dat is niet te vergelijken. Die jongen zou nu 22 jaar zijn geweest. Ik heb bij deze kindjes ook niet een gevoel van leeftijd, een verjaardag of iets dergelijks. Ergens zijn ze ook wel heel anoniem. Het is een ander soortig verdriet: een doodgeboorte. Ik denk dat dat ook wel heel heftig is. Ik zou dat nog als zwaarder beoordelen. Je hebt toch een andere band ontwikkeld. Ergens is afscheid nemen ook een soort afgeleide van de mate waarin je een soort relatie hebt opgebouwd. Je hebt soms het verdriet van: je gezin wordt niet groter of de teleurstelling die je weer door maakt, dat het niet zo loopt als je had gehoopt. Maar in de relationele sfeer heb je eigenlijk nog bijna niks opgebouwd. Je gaat niet een persoonlijkheid van iemand kwijt raken, zoals bij een vriend.* [respondent L, zelf zes miskramen mee gemaakt]

Uit de bovenstaande citaten wordt duidelijk dat verdriet met elkaar vergeleken wordt, terwijl verdriet in geen geval met elkaar vergeleken kan worden en het verdriet per situatie verschilt. Bovendien wordt er bij de opvatting dat een miskraam ‘gemakkelijker’ een plek te geven is en minder verdriet oplevert dan een doodgeboorte voorbij gegaan aan bepaalde factoren. Zo wordt bijvoorbeeld duidelijk in dit onderzoek dat mannen die weinig binding hadden met het ongeborn kind en een vroege miskraam hebben mee gemaakt juist moeite hebben met het plaatsen van het verlies en veel onbeantwoorde vragen hebben. Daarnaast wordt hierbij niet stil gestaan bij het aantal ervaren miskramen. Zo kan het verdriet van vijf miskramen na kortdurende zwangerschappen net zoveel impact hebben als het verdriet na een doodgeboorte.

In dit hoofdstuk ben ik ingegaan op de invloed van visualisering op de beleving en betekenis van zwangerschapsverlies en heb ik door middel van mijn bevindingen laten zien dat visualisering bijdraagt aan *paternal attachment* en de betrokkenheid van de man bij de zwangerschap vergroot. Ook zorgt visualisering voor diepere bewustwording van het verdriet en een grotere mate van tastbaarheid, waardoor mannen het verlies beter een plek kunnen geven. In het volgende empirische hoofdstuk beschrijf ik de opvattingen van respondenten over vaderschap, gender en rouwverwerking in de context van de Nederlandse samenleving en laat ik zien dat deze eveneens van invloed zijn op de sociale constructie van zwangerschapsverlies.

## 5. Vaderschap, gender en rouwverwerking

Andries en Wilma hadden al vijf jaar een sterke kinderwens, voordat Wilma voor het eerst in verwachting raakte. Na een lang medisch traject werd Wilma namelijk zwanger na een IVF-poging<sup>25</sup>. Het bleek om een tweeling te gaan, dus de vreugde was extra groot. Alles werd klaar gemaakt voor de komst van de twee kinderen en de zwangerschap verliep goed. Totdat Andries en Wilma met 36 weken zwangerschap op controle gingen bij de gynaecoloog. Daar kwamen ze er achter dat één kind was overleden. Eerst geloofden ze het niet. Ze hadden namelijk nooit verwacht dat het op zo'n laat moment in de zwangerschap nog fout kon gaan. *'En dan begint pas die hele slechte film'* vertelt Andries. Diezelfde dag volgde de bevalling van de tweeling, omdat Wilma niet langer met een dood kindje in haar buik wilde lopen. Andries vertelt over het moment van de bevalling: *'Het is heel bizar als het geboren wordt. Je ziet op dat moment je beide kinderen. Onze levende dochter kwam er als eerste uit, dan ben je blij. Een paar minuten later kwam onze overleden zoon. Toen voelde ik ook blijdschap, maar gelijk ook zoveel verdriet. Een hele vreemde gewaarwording.'* Hun zoontje bleek achteraf te zijn overleden aan een darmperforatie, wat erg zeldzaam is voor een ongeborn kindje. Kort daarna moest Andries de begrafenis regelen. *'Dan ben je papa en dan zit je met de begrafenisondernemer aan tafel en moet je een begrafenis regelen, waar je niet klaar voor bent.'* Het echte verdriet kwam pas toen Andries afscheid moest nemen van zijn zoontje en hem zelf in een mooi rieten mandje in het graf legde. Andries vertelt dat hij voor zijn verwerking nog altijd twee keer per week naar de begraafplaats gaat. *'Dan ben ik er voor mijn gevoel het dichtst bij. Daarnaast is het ook een soort eerbetoon aan onze zoon.'* Verder was het regelen van de begrafenis en het aangeven van zijn overleden zoon bij de gemeente ook belangrijk in zijn proces van verwerking. *'Dat zijn de weinige dingen die ik heb kunnen doen voor onze zoon.'* Andries geeft aan dat hij niet het gevoel heeft dat hij als man sterk moet zijn voor zijn vrouw, dochter of voor zijn omgeving. *'Als je kind overlijdt, waarom zou je dan sterk moeten zijn? Misschien in andere dingen... maar bij het verlies van een kind. Het is je vlees en bloed wat je kwijt raakt!'* Hij vertelt dat huilen ook een uitlaatklep is voor hem. Andries vindt het soms wel lastig om de gebeurtenis te delen met mensen. *'Je wilt niet iedereen met je verdriet opzadelen, mensen schrikken toch vaak als je vertelt: ik heb twee kinderen. De een is twee en een half jaar en de ander is hier helaas niet.'* Toch is het verlies is voor Andries zelf nog elke dag realiteit en blijft het gevoel van vaderschap van zowel dochter als zoon sterk aanwezig. *'Bij alles wat onze dochter doet, denk ik: Er hadden er twee moeten zijn. Er hadden er twee moeten schommelen en ik had twee handjes moeten vasthouden. Dat is altijd het punt en daar heb ik veel verdriet van.'*

[interview respondent D]

---

<sup>25</sup> IVF (in-vitrofertilisatie, ook wel 'reageerbuisbevruchting' genoemd) is een voortplantingstechniek waarbij een of meerdere eicellen buiten het lichaam worden bevrucht met zaadcellen, waarnaar de ontstane embryo's in de baarmoeder teruggeplaatst worden.

Bron: <http://nl.wikipedia.org/wiki/In-vitrofertilisatie>

In dit hoofdstuk beschrijf ik de opvattingen van de respondenten over vaderschap en gender. Ook laat ik in dit hoofdstuk zien wat het verlies van een ongeborn kind voor vaders in spe inhoudt. Ik wil laten zien dat rouw na zwangerschapsverlies sociaal geconstrueerd is en dat vaderschaps- en genderopvattingen van invloed zijn op de beleving en betekenis van zwangerschapsverlies. Eerst zal ik theoretische inzichten geven over rouw en verwerking. Daarna geef ik het belang van maatschappelijke erkenning van zwangerschapsverlies vanuit de literatuur weer. Dan vervolg ik met de beschrijving van mijn onderzoeksbevindingen, waarbij ik af en toe verwijs naar de theoretische noties over vaderschap en gender in het hoofdstuk 'context' (p. 21, 22). Ik beschrijf de beleving van vaderschap tijdens en na de zwangerschap. Vervolgens ga ik in op het belang van maatschappelijke erkenning voor het aannemen van de vader-identiteit en de behoefte aan symbolisme na zwangerschapsverlies. Verder laat ik zien hoe gender-identiteit van invloed is op de beleving en rouwverwerking van vaders in spe.

### **Rouw en verwerking na zwangerschapsverlies**

Rouwen wordt gedefinieerd als emotionele reactie op het verlies van een geliefd persoon (Menke & McClelland 1990). Het rouwen om een kind, dat in de zwangerschap of tijdens de geboorte is overleden, brengt echter enkele moeilijkheden met zich mee. Ten eerste rouwt men over iemand, die men zich nauwelijks als persoon kan herinneren. Ten tweede is er in veel gevallen van vroeg zwangerschapsverlies geen lichaam (wat het een tastbare situatie maakt) om over te rouwen. Dit bemoeilijkt de rouwverwerking. Verder heeft het sterven van een kind in de zwangerschap voor ouders in spe, volgens Deutsch (1945), niet alleen maar de betekenis van het verlies van een geliefd persoon, maar ook het niet in vervulling gaan van een wens, het verlies van toekomst en, in geval van kinderloosheid, het verlies van ouderschap.

De besproken emotionele gevolgen van zwangerschapsverlies voor de man zijn weinig onderzocht en behandeld in de wetenschappelijke literatuur (Puddifoot & Johnson 1997, McCreight 2004). Uit onderzoek van Janssen et al. (1996) is echter wel gebleken dat mannen zich bij zwangerschapsverlies opstellen als emotionele supporters voor hun partner. Mannen voelen zich normatief gezien 'verplicht' om hun eigen gevoelens van verdriet te negeren om zo sterk te kunnen zijn voor hun partner. Dit heeft echter als gevolg dat mannen vaak verlate rouwreacties vertonen na zwangerschapsverlies (ibid). Mannen onderdrukken volgens Murphy (1998) hun gevoelens van verdriet en boosheid op het moment van het verlies. Daarnaast blijken er tevens gevoelens van onzekerheid en machteloosheid bij mannen te bestaan na zwangerschapsverlies. McCreight (2004) heeft sociologisch onderzoek gedaan in Ierland naar de ervaringen van mannen met zwangerschapsverlies en spreekt over andere rouwreacties bij mannen, zoals zelfbeschuldiging en stress. Deze emotionele reacties komen evenzo voor bij vrouwen na zwangerschapsverlies. Peppers & Knapp (1980) beweren, naar aanleiding van hun psychologische onderzoek in Amerika naar rouw na zwangerschapsverlies, dat mannen sneller en minder intensief door het rouwproces gaan dan vrouwen. Volgens Cook (1988) worden hierbij echter de gevolgen op lange termijn vergeten. Cook stelt dat het rouwproces van de man moeilijker te meten is dan die van de vrouw, omdat zij hun verdriet later verwerken en mannen minder expressief zijn in het uiten van hun verdriet.

Als we kijken naar de verschillen in rouwreacties bij een miskraam en doodgeboorte blijkt uit de bestaande literatuur (Cuisinier et al. 1993) dat miskramen meer uiteenlopende reacties, bij zowel man als vrouw, teweegbrengen dan doodgeboortes. Cuisinier et al. (1993) noemen hier de uiteenlopende reacties van 'niet zo dramatisch' tot 'een van de ergste dingen'. Eveneens wordt er op basis van psychologische literatuur (Peppers & Knapp 1980, Neugebauer et al. 1992, Cuisinier et al. 1993) geconcludeerd dat de reacties op een miskraam 'gemiddeld genomen' minder heftig of langdurig zijn dan die op een doodgeboorte, door de relatief korte duur van de zwangerschap.

### **Sociale acceptatie van zwangerschapsverlies**

De wijze waarop het verlies van een kind wordt gerepresenteerd in de maatschappij speelt een grote rol bij de betekenis van zwangerschapsverlies en het proces van rouwverwerking. Door de jaren heen hebben kinderen verschillende betekenissen gekregen (Aries 1987, Shorter 1979, Skolnick 1987, Zelizer 1985). In de 18<sup>e</sup> eeuw was de kindersterfte erg hoog en was er volgens de auteurs een minder intense band met het ongeboren kind, omdat de kans groot was dat het kind het niet zou halen. Er werd dan ook weinig moeite gedaan om het leven van een kind te redden, wanneer zich problemen voordeden in de zwangerschap. Deze fatalistische houding veranderde, waarna het kind werd gezien als iets om te vertroetelen, een bezit waar ouders trots op waren en wat moest worden beschermd. Het kind werd nog niet echt erkend als een menselijk wezen met een eigen toekomst. Later in de tijd, in de agrarische samenleving (begin 19<sup>e</sup> eeuw), werden kinderen geherevalueerd en kregen zij een economische betekenis. Het kind werd een waardevol individu, omdat het veel kon betekenen op economisch gebied voor de familie en het kind de ouders kon ondersteunen op hun oude dag. Het hebben van veel kinderen werd in die tijd als succesvol gezien. Industrialisatie en verstedelijking zorgden voor een andere kijk op het gezinsleven. Kinderen werden in die tijd, halverwege de 19<sup>e</sup> eeuw, gezien als een bron van kosten. Kinderen kwamen er omdat ze gewenst waren, om van te houden en niet meer om een economische bijdrage te leveren aan het familiebestaan. Vandaag de dag heeft het kind een unieke plaats in het gezin (Cuisinier&Hoogduin 1994).

De komst van het kind is tegenwoordig vaak zorgvuldig gepland en zijn of haar toekomst geïndividualiseerd. De komst van een kind wordt niet meer beschouwd als functionele noodzaak, maar het kind is er vooral om van te houden. Vergeleken met het verleden heeft het kind nu grote persoonlijke betekenis voor de individuele ouders. Maatschappelijk gezien heeft het kleine kind, volgens Cuisinier&Hoogduin (1994) echter nog steeds een geringe betekenis. Zij stellen dat kinderen tot de leeftijd van twee of drie jaar alleen voor de ouders reële personen en niet voor de gemeenschap, omdat zij in die leeftijdscategorie nog niet actief deelnemen aan het gemeenschapsleven of reeds gekend zijn door anderen. De betekenis van het zwangerschapsverlies wordt daardoor alleen door de ouders gevoeld. Wanneer het kind eenmaal tot het gemeenschapsleven behoort, wordt het anders en is het gekend door anderen. Bij zwangerschapsverlies heeft de omgeving geen enkele herinnering aan het kind, alleen een herinneringsbeeld van de zwangerschap (Peppers & Knapp 1980). Ouders ervaren daarom ook weinig steun in hun verdriet van buitenaf. De omgeving weet vaak niet hoe ze met de gebeurtenis om moeten gaan. Erkenning en steun vanuit de omgeving blijkt volgens Robinson et al. (1999) echter wel belangrijk te zijn voor een gezond rouwproces.

Katz & Kuller (1994) beweren dat sociale acceptatie van rouw, door middel van rituelen, het rouwproces positief bevorderen. McCreight (2004) gaat hier in haar onderzoek, uitgevoerd in Ierland, verder op in en laat zien dat een ritueel, zoals het begraven van een overleden kindje na zwangerschapsverlies, het verlies in de westerse samenleving formeel en echt maakt. Zwangerschapsverlies wordt dan gezien als *social event*, wat ouders meer de mogelijkheid biedt om hun eigen interpretatie te geven aan de gebeurtenis. Mannen hebben door het ritueel van begraven het gevoel dat hun verdriet in de samenleving als legaal wordt gezien en ervaren meer erkenning voor hun status als vader dan mannen die hun overleden kind niet hebben kunnen begraven (McCreight 2004: 336).

Hieronder vervolg ik met de beschrijving van mijn onderzoeksbevindingen aangaande de beleving en betekenisgeving van het verlies. Daarbij wil ik eerst ingaan op de opvattingen over vaderschap in de zwangerschap en na het zwangerschapsverlies. Daarna ga ik in op het belang van maatschappelijke erkenning in de rouwverwerking.

### **De groei naar vaderschap**

Bij de meeste respondenten vond het verlies door miskraam of doodgeboorte plaats na de eerste zwangerschap. Vier respondenten waren reeds vader. Acht van de tien andere respondenten zijn na het zwangerschapsverlies alsnog vader geworden. Toch speelde het gevoel van vaderschap in de zwangerschap een rol bij iedere respondent, ongeacht of iemand al vader was. Het betrof een nieuwe zwangerschap, dus een nieuw kind waar de man vader van zou worden.

Uit het huidige onderzoek blijkt dat alle mannen, reeds vader of niet, zich tijdens de zwangerschap al voorstellingen hadden gemaakt van het (nieuwe) vaderschap. Het gevoel van vaderschap was meer aanwezig naarmate de zwangerschap langer had geduurd. Mannen blijken tijd nodig te hebben, tijdens de zwangerschap, om het gevoel van vaderschap te creëren. Dit is in overeenstemming met de opvatting van Spitz et al. (2004: 13):

Een zwangerschap is niet alleen nodig voor de groei en de ontwikkeling van een kind, maar ook voor de groei van een man en een vrouw tot ouders van het kind. Mensen gaan als het ware hun leven anders bekijken en beleven. Men gaat fantaseren over het leven met dit kind.

Een respondent uit het onderzoek noemt dit proces het 'emotioneel inbedden van het kind' (respondent F).

Bij de meeste respondenten was het vaderschapsgevoel niet gelijk aanwezig bij aanvang van de zwangerschap, maar groeide dit gevoel naarmate de tijd vorderde en de buik van de vrouw groeide. Echomomenten versterkten onder andere het vaderschapsgevoel (zie vorige hoofdstuk). Bij de meeste respondenten, die nog geen vader waren, was het vaderschapsgevoel echter al wel sterk aanwezig aan het begin van de zwangerschap. Opvattingen over vaderschap omvatten in deze fase vaak fantasieën en dromen die mannen hebben over het kind dat op komst is.

*Ja, ik was al wel veel bezig met mijn rol als vader. Ja, beeldend van uh.. dat je voor het eerst de kleine in handen hebt tot de momenten dat je uit je werk zou komen en je dochtertje als kleine kan oppakken, tot het moment dat ze wat groter is en zou lopen en naar je toe komt, als papa thuis komt. En dat je met haar weg zou kunnen gaan. We hebben hier zo'n geit-ding zo verder op met schaapjes enzo. Dat soort zaken zag ik wel voor me ja. Of ook gewoon op de bank zitten, dat ze dan tegen me aan zou slapen ofzo. [respondent N, miskraam na 13 weken zwangerschap]*

*Toen de test gedaan was en positief was, was ik echt enorm blij. Ik ben sowieso gek van kinderen. Je bent blij op dat moment, omdat je weet dat je vader wordt. Ja, het was er gelijk al hoor. Ik heb echt wel het gevoel dat het vaderschap ging beginnen. Ook al dingen lezen, weet je wel. Boeken die mijn vrouw dan kreeg over het groeien van de baby. Ik voelde me gelijk betrokken. Zij werd niet alleen moeder, maar ik werd ook echt vader! [respondent J, miskraam na 9 weken]*

Het aanwezige vaderschapsgevoel lijkt hier positief samen te hangen met de bestaande kinderwens. De man denkt vaker na over zijn rol als vader, wanneer hij al geruime tijd verlangt naar een kind. Het gevoel van vaderschap krijgt dan meer vorm vanaf het moment dat er werkelijk sprake is van een zwangerschap. Bovendien hangt het samen met de mate van betrokkenheid van de man in de zwangerschap. Alle respondenten tonen grote betrokkenheid in de zwangerschap. Zij gingen mee naar afspraken met de verloskundige of gynaecoloog, wanneer zij tijd hadden. Verder lazen sommige respondenten tijdens de zwangerschap boeken en tijdschriften over zwangerschap en vaderschap. Ook maakten veel mannen contact met de baby door hun hand op de buik van de vrouw te leggen of tegen de baby te praten.

De respondenten die al vader waren hadden, naast gedachten over nieuw vaderschap over het volgende kind, ook sterk aanwezige dromen en fantasieën tijdens de zwangerschap over het 'grotere gezin' en 'een nieuw broertje of zusje voor het andere kind of andere kinderen'.

*Je stelt je dat dan wel voor. Een groot gezin, drukte in huis en aan tafel. Veel gezelligheid.*

[respondent L, reeds vader van een zoon voorafgaand aan zes miskramen]

De beleving van vaderschap in de zwangerschap uit zich ook in de betrokkenheid van de respondenten bij het vraagstuk van zorg en werk. De respondenten lieten zien betrokken te zijn in de zwangerschap door vroegtijdig praktische zaken te regelen rondom zorg en werk. Doordat er tegenwoordig lange wachtlijsten bestaan in Nederland voor onder andere kinderopvang en kraamzorg kunnen zij dit ook moeilijk uitstellen. Op deze manier lijkt de Nederlandse samenleving een vroege bewustwording van de zwangerschap en daarmee het gevoel van vaderschap te stimuleren. Vroeger was het regelen van deze praktische zaken echter niet van toepassing, gezien de man automatisch de kostwinnaar was, volgens het 'traditionele vaderschapsbeeld' van Jacobs (1998). De vrouw bleef dan thuis om voor de kinderen te zorgen. Uit de verhalen van de respondenten blijkt dat zij de verdeling tussen zorg en werk tegenwoordig op een andere

manier regelen. Zo geeft een respondent in het onderzoek aan dat hij parttime zou gaan werken na de komst van de tweeling. Hij typeert daarmee het beeld van de moderne vader die meer betrokken is bij het kind en meer tijd besteedt aan zorg (Lamb 1986).

*Ik zou parttime werken en zou voor de opvoeding van beiden zorgen. Ik ben dan huisman en parttimer. Dat kwam gewoon tijdens de zwangerschap ter sprake. Hoe gaan we dat doen? Heel simpel. Mijn vrouw heeft een vrij goede baan en ik zou het toch niet gelijk financieel redden. Ik zou niet het salaris kunnen verdienen wat zij verdient. Je kijkt ook naar het totaalplaatje natuurlijk. [respondent D, doodgeboorte zoontje na 36 weken zwangerschap]*

In de meeste gevallen besloten mannen wel fulltime te blijven werken na de komst van het kind en zouden hun partners voornamelijk parttime gaan werken.

*We zouden dan samen de opvoeding doen, ik zou er zoveel mogelijk zijn voor de kinderen. Dat is in sommige gezinnen toch ook wel anders. Y. (partner van respondent J) zou wel blijven werken, die zou dan 2 dagen blijven werken. Ja. We zouden het kindje dan één dag naar het kinderverblijf doen en één dag naar mijn ouders. Dus dat was al wel geregeld... De eerste periode ben je vooral bezig met de praktische dingen van: hoe gaan we dat doen met opvang? En wat moeten we aanschaffen? [respondent J, miskraam na 9 weken]*

Uit de interviews met de respondenten blijkt dat parttime werken, om zo een deel van de zorg op zich te nemen, voor hen in werkelijkheid moeilijk realiseerbaar is in de Nederlandse samenleving. Dit is in veel gevallen financieel niet voordelig, verder laat hun werk dit vaak niet toe of moeten zij hetzelfde werk in dat geval in minder dagen uitvoeren. Het lijkt er op dat zij zich op dit vlak blijven conformeren aan de traditionele, mannelijke sekserol en dat de machtsstructuren van de samenleving deze sekserol in stand houdt, zoals Jacobs (1998) en Butler (1990) beweren. Wel lijken de bevindingen in dit onderzoek te wijzen op meer betrokkenheid van de man in de zwangerschap en meer betrokkenheid van de vader bij de zorg van het kind.

### **Het gevoel van vaderschap na zwangerschapsverlies**

*Het was toch de eerste. Onze oudste zoon is eigenlijk gewoon de tweede. Het heeft natuurlijk geleefd en ik geloof dus dat het geleefd heeft en dat het jouw kindje mocht zijn. En ja, wat er ook is gebeurd en waar het ook is op dit moment. Het zij zo. Ik zeg in dit geval ook altijd: ik heb vijf kinderen. [respondent J, miskraam na 9 weken zwangerschap]*

De meeste respondenten voelden zich na de miskraam of doodgeboorte in hun hart werkelijk vader van het vroegtijdig overleden kindje. Toch is het voor veel mannen lastig dat zij het vaderschap in dit geval nooit in werkelijkheid hebben kunnen uitoefenen. De meeste respondenten refereren naar vaderschap met de



woorden: 'het zorg dragen voor een kind'. Dit vindt pas plaats vanaf het moment dat een kind levend geboren wordt. Daarvoor bestaat de beleving van vaderschap vooral uit 'geromantiseerde' opvattingen, zoals respondent G het noemt, over het toekomstige vaderschap en het leven met een kind.

*Ik ben pas vader geworden toen L. (eerste geadopteerde kind van respondent G) kwam. L. heeft ons ouders gemaakt in feite. En daar heb ik wel echt het vaderschap ontdekt. Bij die eerste zwangerschappen had ik dat niet echt. Dat is meer het romantische van: samen een kindje krijgen en gelukkig zijn met zo'n klein kotertje erbij. [respondent G, vijf miskramen]*

*Ik ben vader van R. en E. (levende kinderen van de respondent). Heel duidelijk, hier en nu. En ik weet dat er nog een paar wachten boven. [respondent B, twee miskramen]*

Wanneer er sprake is van doodgeboorte spreken respondenten vaak over het bestaan van een vader-identiteit. Zij voelen en identificeren zichzelf als vader van het overleden kind. Zo'n bevalling brengt meestal een wirwar van emoties met zich mee. De man voelt aan een kant blijdschap en trots, omdat hij vader is geworden, maar aan de andere kant is er ook veel verdriet en pijn, want het kind leeft niet. De onderstaande citaten beschrijven het gevoel van vaderschap tijdens de geboorte van het overleden kind.

*Toen ons kindje werd geboren, hadden we beiden een gevoel van trots. We werden immers voor het eerst ouders! [respondent M, doodgeboorte na 36 weken]*

*J. (overleden zoontje) heeft ons ouders gemaakt. Ik ben papa en ik voelde me trots. Natuurlijk was ik verdrietig, maar aan de andere kant ook gewoon blij en gelukkig, want we hadden een zoon gekregen! [respondent K, doodgeboorte: overleden tijdens geboorte]*

Het aannemen van de vader-identiteit na doodgeboorte wordt tegenwoordig gestimuleerd vanuit de medische wereld en hulpverlening. Zo stelt respondent Q (maatschappelijk werker van FIOM) dat maatschappelijk werkers in het ziekenhuis ouders feliciteren met hun kind, ondanks dat het kind dood geboren is. *'Het is vaak een mooi kindje, waar de ouders dan ook trots op zijn.'* [respondent Q] Deze erkenning blijkt belangrijk te zijn voor de respondenten. Zij hebben hierdoor het gevoel dat zij de vrijheid en ruimte hebben om zich vader te voelen van het overleden kind.

De moeilijkheid van het aannemen van een vader-identiteit na een miskraam bestaat uit de ongrijpbaarheid van de situatie en de korte duur waarin het vaderschapsgevoel zich heeft kunnen ontwikkelen. Verder is het lastig voor mannen om zich in deze fase de foetus voor te stellen als een kind met een eigen identiteit, omdat het in zo'n vroeg stadium is overleden.

Veel christelijke respondenten houden zich na de miskraam of miskramen bezig met de ethische vraag of de foetus al een eigen identiteit had of niet. Dit is voor hen belangrijk om het verlies een plaats te geven en zichzelf de rol van 'vader' toe te kennen. Vanuit de Bijbel gaan zij er vanuit dat de ongeboren kinderen een eigen identiteit hebben, dat God ze persoonlijk kent en dat ze in de hemel verkeren. De volgende twee bijbelteksten zijn daarop van toepassing:

- 1) Psalm 139: 15, 16 'Toen ik in het verborgene gemaakt werd, kunstig geweven in de schoot van de aarde, was mijn wezen voor u geen geheim. Uw ogen zagen mijn vormeloos begin, alles werd in uw boekrol opgetekend, aan de dagen van mijn bestaan ontbrak er niet één.'
- 2) Mattheus 19: 14 'Jezus zei: Laat de kinderen ongemoeid, belet ze niet bij mij te komen, want het koninkrijk van de hemel behoort toe aan wie is zoals zij.'

De respondenten vinden steun in deze teksten, maar uiten ook hun moeilijkheid na het verlies dit werkelijk te geloven.

*Maar we spraken eens iemand en die zei: je bent eigenlijk vader. Je hebt een kindje in de hemel. Maar eigenlijk voel je je helemaal niet echt vader. Dat is zo iets apart. Dat kan ik nog moeilijk vatten. Het heeft eigenlijk nog geen leven gekend. [respondent N, miskraam na 13 weken zwangerschap]*

*Nee, het gevoel van vaderschap heb ik niet zo sterk. Wel van die momenten dat je je bezig houdt met: he, wat voor identiteit hebben ze nou? Toch wel met geloof dat het mensen zijn die God ook kent. In die zin zijn ze al wel bij Hem bekend. Dat geloof ik wel. Ook al waren ze maar een paar weken oud... God kent ze en ze hebben wel een identiteit. Dat zie ik dan meer op die manier, dan dat ik daar een vadergevoel bij heb, zeg maar. [respondent L, zes miskramen]*

*Het is een leven geweest, dus welke plek heeft het dan in Gods koninkrijk?*  
[respondent C, vijf miskramen]

Dat het gevoel van vaderschap sterker is bij een doodgeboorte dan bij een miskraam heeft volgens de respondenten in eerste instantie te maken met de langere periode van zwangerschap, waarbij de vaders in spe konden toeleven naar het werkelijke vaderschap. Tevens is een doodgeboorte tastbaarder voor mannen en heeft de foetus al meer een eigen identiteit, wat het gevoel van een vader-identiteit vergroot.

### **Vaderschap en maatschappelijke erkenning**

Uit alle gesprekken blijkt dat er weinig erkenning is voor het vaderschap na zwangerschapsverlies vanuit de omgeving. Vooral wanneer er sprake is van een miskraam is er weinig sprake van maatschappelijke erkenning. Een miskraam is voor de omgeving vaak nog niet zo concreet. Daarnaast waren sommige mensen in de naaste omgeving van de respondent nog niet eens op de hoogte van de zwangerschap, waardoor men zich nauwelijks een voorstelling kon maken van wat het verlies inhield. Eveneens gaat de omgeving er vaak aan voorbij dat de man tijdens de zwangerschap bezig was met het toekomstige vaderschap en daar ook

afscheid van moet nemen. Mannen voelen zich daardoor in dit opzicht vaak alleen in hun verdriet. De status van vaderschap is hier ambigue te noemen. Zoals blijkt uit de voorgaande bevindingen identificeert de vader in spe zich vaak wel met de vader-identiteit, maar bestaat er weinig erkenning vanuit de omgeving voor het vaderschap van het overleden kind. Dit komt overeen met bevindingen uit sociologische onderzoeken van O'Neill (1995) en McCreight (2004), uitgevoerd in Canada en Ierland.

*De betrokkenheid vanuit de omgeving heb ik als zeer negatief ervaren... Nou ja, omdat je er dan te lang over praat of wanneer je er over begint, zeggen ze: 'Dat is al zo lang geleden.' Ik hoor het ze verder ook nog zo zeggen: 'je moet verder' en 'wordt het niet eens tijd voor een nieuw broertje of zusje voor K. (dochter van respondent A)?' Zo gevoelloos. Vooral familie. En dat zijn toch juist de mensen waar je veel van verwacht, op zo'n moment. [respondent A, doodgeboorte na 25 weken]*

*Mensen willen wel dat het gauw weer goed is. Zo van: 'nou is het wel klaar'. De mensen om ons heen waren best hard. En daar word je zelf ook wel een beetje hard van. [respondent I, twee miskramen: na 9 en 11 weken]*

Vaak blijft een gesprek met omgeving over kinderen een moeilijk en beladen onderwerp. Veel mannen voelen zich, zoals genoemd, werkelijk vader van het overleden kindje, maar in de praktijk is het lastig om dit gevoel van vaderschap te uiten naar de omgeving. De respondenten redeneren dat ze mensen in hun omgeving niet willen opzadelen met hun verdriet, dat het per situatie verschilt (aan wie je het vertelt), dat mensen in hun omgeving soms erg kunnen schrikken wanneer ze het wel vertellen, of dat het verlies iets van henzelf is en niet voor de buitenwereld.

*Ik vind het lastig om te vertellen hoeveel kinderen we hebben. In werkelijkheid dus drie, waarvan er één in de hemel is, maar dat zeg je niet tegen iedereen. Dat is per situatie verschillend. Sommigen schrikken er zo enorm van en doen dan gelijk anders tegen je. [respondent M, doodgeboorte na 36 weken zwangerschap]*

### **Symbolisme en rouwverwerking**

Uit het huidige onderzoek blijkt de maatschappelijke erkenning voor vaderschap na zwangerschapsverlies groter te zijn na een doodgeboorte dan na een miskraam. Volgens de Nederlandse wet is een foetus pas na 24 weken zwangerschap levensvatbaar. Vanaf dat moment wordt het gezien als een persoon: een levend menselijk wezen. Wanneer de foetus overlijdt na 24 weken zwangerschap moet het in Nederland worden aangegeven bij de gemeente en verplicht worden begraven of gecremeerd (zie context, p. 20). Het ritueel van begraven blijkt van groot belang te zijn voor de erkenning van het verdriet van vaders in spe en erkenning van de status van vader. Deze bevinding is in overeenstemming met de uitkomst van het onderzoek van McCreight (2004). Wanneer het gaat om een doodgeboorte wordt het verlies een *social event*, verbonden aan rituelen.

*Ik heb de reacties van omgeving vooral als positief ervaren. Na het overlijden en de begrafenis is er veel begrip en liefde gekomen vanuit mijn omgeving. De familie gaat ook nog regelmatig naar het grafje. [respondent D, doodgeboorte na 36 weken]*

Wanneer er sprake is van een miskraam vindt er vaak geen begrafenis plaats (dit is ook niet verplicht vanuit de wet). De gebeurtenis wordt in de samenleving niet gezien of ervaren als *social event*. Dit heeft als gevolg, zo blijkt uit de interviews, dat het veelal als *non-event* wordt beschouwd. Er is weinig sprake van maatschappelijke erkenning en vaders in spe kunnen het overleden kindje ook niet aangeven bij de gemeente. Er is weinig ruimte voor symboliek. Dit vinden veel respondenten die een miskraam hebben ervaren een probleem in hun rouwproces. Zij hebben grote behoefte aan symboliek om de gebeurtenis beter een plek te kunnen geven. Zoals blijkt uit het vorige hoofdstuk, worden miskramen vaak als ontastbaar ervaren door vaders in spe. Symbolen en rituelen maken de gebeurtenis tastbaarder.

*Dit verhaal heeft nog niet echt een plek. Het is een leven geweest... Maar we hebben het geen namen gegeven, geen symbolen gegeven. Op dat moment had ik die behoefte wel, maar mijn vrouw niet. Ik heb dat op dat moment niet zo doorgedrukt, maar achteraf gezien had ik dat toch graag gewild, om het beter een plekje te kunnen geven. [respondent C, vijf miskramen]*

Respondent L heeft zes miskramen mee gemaakt. Telkens vonden de miskramen plaats vóór elf weken zwangerschap en was het steeds niet mogelijk de vrucht op te vangen en te zien. Voor de respondent bleven de miskramen dan ook gebeurtenissen die moeilijk te plaatsen waren. De laatste miskraam vond echter plaats tijdens een vakantie in Italië. Toen had de respondent voor het eerst de mogelijkheid om de vrucht te zien. Hij en zijn partner hebben er toen voor gekozen om de overleden vrucht van ongeveer tien weken oud te begraven in de bergen. Dit heeft de respondent achteraf als erg waardevol ervaren.

*Ik denk dat ik wel onderschat heb hoe belangrijk die vormen of rituelen dan in de verwerking zijn geweest. Maar dat is het aparte. Dat heb ik ook met mijn vader.. ik heb ook geen behoefte om naar zijn graf te gaan. Het is voor mij niet alleen gekoppeld aan die miskramen zeg maar. Tenminste.. zo probeer je dat voor jezelf in te vullen. Terwijl ik nog wel weet dat ik dat begraven in Italië wel erg indrukwekkend vond. Maar dat was ook ja.. de hele situatie. Je bent midden in de natuur, in de bergen. Het gebeurt toch nog wel onverwacht. Ik heb het ook niet eerder mee gemaakt. Het was de eerste keer dat ik de vrucht heb gezien. Ik denk dat het zien ook wel impact heeft op het je realiseren. Want tot die tijd.. nou ja, met een echo zie je dan nog wat. Maar tot die tijd is het dan ook een abstract weten. [respondent L, zes miskramen]*

Respondent O, maatschappelijk werker bij FIOM, bemerkt ook de sterke behoefte aan symboliek na vroeg zwangerschapsverlies bij haar cliënten. Zij speelt hier in haar werk bij FIOM op de volgende wijze op in:

*‘Wat ik ook wel heel veel doe: symbolische manieren vinden om mensen op gang te helpen in het verwerkingsproces. Het is voor mensen soms niet te pakken wat het precies inhoudt, bijvoorbeeld wanneer de zwangerschap in een vroeg stadium al verkeerd loopt.’* De respondent laat een nestje zien, een soort vogelnestje. Wanneer ze merkt dat een verlies moeilijk te pakken is, zet ze bijvoorbeeld zo’n nestje op tafel. Dan zeggen de mensen bijvoorbeeld: ‘mijn nestje was wel klaar, maar het is er uit gevallen’. Vaak geeft de respondent haar cliënten dan een opdracht mee, om er symbolisch iets in te bedenken of te maken. *‘Een gedicht of iets dergelijks, om ook met de omgeving in contact te komen, zodat de omgeving het ook meer begrijpt. Wat veel voorkomt, is dat er iets van hout wordt gemaakt of dat er gedichten worden geschreven.’* [interview met respondent O]

Verder blijkt uit het onderzoek dat veel respondenten, na zowel doodgeboorte als miskraam, op symbolische wijze spreken over hun overleden kind. Zo hebben zij het veelal over een ‘sterretje aan de hemel’, ‘vlindertje’ of ‘engeltje’. Deze benamingen komen ook veelvuldig naar voren in de forumverhalen op de bestudeerde internetsites<sup>26</sup>. De meeste respondenten hebben de overleden kindjes na een miskraam geen echte naam gegeven. Het symbolisch benoemen van het kind helpt de respondenten echter om de gebeurtenis beter te plaatsen.

*De respondent vertelt dat hij zijn overleden kindje ziet als een ster aan de hemel. Dat hij het voor zichzelf symbolisch maakt om het een plek te kunnen geven. Hij geeft toe daarin wat bijgelovig te zijn.* [uit het interviewverslag van respondent E, doodgeboorte na 25 weken]

*Kleine engeltjes van ons, we houden van jullie en missen jullie! Liefs, papa en mama*  
[forumbericht [www.miskramen.nl](http://www.miskramen.nl)]

Uit de bovenstaande bevindingen wordt duidelijk dat de vaderschap-identiteit zich al tijdens de zwangerschap ontwikkeld. Mannen maken zich in de zwangerschap al voorstellingen van het toekomstige vaderschap. Tevens stimuleert de Nederlandse samenleving het vaderschapsgevoel in de zwangerschap, doordat de man al vroeg zaken rondom werk en zorg moet regelen. Na zwangerschapsverlies verkeert de vaderschap-identiteit echter in een ambivalente status. Er is geen levend kind en de man kan niet zorg dragen voor een kind. Daarnaast bestaat er ook de vraag of het ongeboren kind ooit een identiteit heeft gehad. Ook bestaat er weinig maatschappelijke erkenning voor vaderschap na zwangerschapsverlies. Symboliek helpt vaders in spe om het verlies beter een plek te geven.

In de volgende paragrafen ga ik in op de bestaande gender-opvattingen, die naar voren komen in de verwerking van zwangerschapsverlies. Uit de bevindingen blijkt dat de manier waarop mannen rouwen na zwangerschapsverlies (mede) beïnvloedt wordt door opvattingen over gender-identiteit.

---

<sup>26</sup> [www.miskramen.nl](http://www.miskramen.nl), [www.babyinfo.nl](http://www.babyinfo.nl), [www.zwangerworden.nu](http://www.zwangerworden.nu), [www.ouders.nl](http://www.ouders.nl) en [www.tipswerkendeouders.nl](http://www.tipswerkendeouders.nl)

## **Rolpatroon van de sterke man**

De nog altijd geldende maatschappelijke norm dat de man sterk moet zijn voor de vrouw blijkt te overheersen in de manier waarop mannen en vrouwen omgaan met zwangerschapsverlies. Mannen hebben het gevoel dat zij hun vrouw moeten ondersteunen in hun verdriet. Ook relativeren zij hun eigen verdriet, in vergelijking met het verdriet van de vrouw, omdat zij het kind niet zelf hebben gedragen.

*Dan sta je als man echt helemaal machteloos. Je ziet je vrouw pijn lijden, je kunt alleen maar de hand geven waarin ze kan knijpen.* [respondent H, miskraam na 16 weken]

De meeste respondenten zetten hun eigen verdriet na zwangerschapsverlies opzij, gaan kort na het verlies weer aan het werk of verwerken de gebeurtenis op momenten dat zij alleen zijn. Volgens een maatschappelijk werkster van FIOM is de Nederlandse samenleving gericht op het verdriet van de vrouw na zwangerschapsverlies en staat de omgeving weinig stil bij het verdriet van de man. De respondenten in dit onderzoek lijken op deze maatschappelijke aanname te anticiperen.

*De omgeving verwacht ook dat de man er is voor de vrouw. De maatschappij is gericht op de vrouw. Zij is zwanger en zij maakt de bevalling mee, dus zij heeft het verdriet, meer dan de man. Dat is een aanname van de maatschappij, dat de man de vrouw steunt. Mannen hebben ook niet te maken met lichamelijke veranderingen, waar ze van moeten herstellen.* [respondent O, maatschappelijk medewerker van FIOM]

Mannen ondersteunen hun partner vooral door er voor hen te zijn, door ze te troosten, door samen te praten over wat er is gebeurd en door praktische dingen te doen om op die manier de vrouw te ontlasten. Het blijkt dat veel mannen zich na een dergelijke gebeurtenis machteloos voelen. Zij hebben het gevoel dat zij een steentje kunnen bijdragen door praktische zaken te regelen. Tevens hebben ze het gevoel dat het praktisch bezig zijn hen helpt in de verwerking.

*Mijn man werd in eerste instantie meer een praatpaal voor mij, zeg maar. Hij had het gevoel dat hij er voor mij moest zijn, terwijl ook hij zijn kindje had verloren.* [forumbericht op [www.miskramen.nl](http://www.miskramen.nl)]

*Ook al was er niks: ik zocht wel iets. Boodschappen doen, koken... zodat mijn vrouw zo min mogelijk hoefde te doen.* [respondent I, twee miskramen: na 9 en 11 weken]

Het 'doen' blijkt vooral uit het regelen van praktische zaken rondom de begrafenis of crematie na het verlies, zoals het uitzoeken van een geschikt mandje, het regelen van een begraafplaats, het uitzoeken van geschikte liederen. Uiteraard wordt dit vaak ook samen met de partner gedaan. De man heeft daar echter vaak meer tijd en werk in gestoken. De vrouw moet in deze omstandigheid vaak nog bijkomen van de heftige bevalling.

*We hebben haar toen gecremeerd. Ze is niet meer thuis geweest. Dinsdag, op dezelfde dag, kwam de begrafenisondernemer langs. Ik heb toch het meeste zelf geregeld. Dat vond ik erg prettig. De vrouw maakt het helemaal door, je hebt dan het idee dat je als man dan iets kan doen. We hebben toen ook een kaartje naar iedereen gestuurd. Dat was voor mij ook fijn om mee bezig te zijn, om in ieder geval iets te kunnen doen. [respondent E, doodgeboorte na 22 weken]*

Enkele mannen hebben echter het gevoel dat ze tekort geschoten zijn in de ondersteuning van het verdriet van hun partner. Blijkbaar vinden deze mannen dat hun eigen verdriet niet op de eerste plaats hoort te staan, maar dat de aandacht behoort uit te gaan naar de partner. Dit tekortschieten zien zij achteraf dan ook vaak als falen. Hieruit blijkt dat deze respondenten zich gedragen volgens het culturele patroon van normatieve verwachtingen van mannen en vrouwen (Willemsen 1992).

*Het bezwaard voelen, dat kan leiden tot zorgzaamheid naar je vrouw, maar dat leidde het hier niet toe. Het werd meer naar mezelf toegekeerd. Mijn eigen verdriet kwam eigenlijk nog eerder, dan dat ik daarmee mijn vrouw kon ondersteunen. ... Eigenlijk wel egoïstisch van mij. [respondent C, vijf miskramen]*

Andere respondenten zagen het tekortschieten in de ondersteuning van hun partner echter niet als falen. Volgens hen bemoeilijkte het verschil in beleving van het verlies tussen de partners de emotionele ondersteuning.

*Ik was het zat. Steeds maar dat geprobeer om zwanger te raken. Een vrouw beleeft dat toch anders en die heeft haar hormonen. En vanwege die hormonen ook gewoon last. En dat is allemaal niet zo te grijpen. Maar mijn grenzen van het opvangen daarin waren ook gewoon op, denk ik. ... Ik merkte dat ik tegen mijn eigen grenzen aanliep wat betreft het blijven volgen van mijn vrouw in haar verdriet en haar daarin te ondersteunen. [repondent G, vijf miskramen]*

*Er was teveel gebeurd. Dan ga je een beetje op de automatische piloot. Het is ook niet zo'n leuke tijd geweest in die zin dat ik er niet altijd voor K. (vrouw van de respondent) kon zijn. Daar hebben we het regelmatig over. Het had bijna niet anders gekund.. dat is dan het enige excuus wat je kan bedenken, maar ik vond het een loodzware tijd gewoon. Ik vond het jammer dat het zo moest lopen. Maar schuldig.. ik had het op mijn manier gewoon heel zwaar. Daar heb ik soms niet altijd wat van laten zien, maar ik heb mijn best gedaan. [respondent F, doodgeboorte na 22 weken]*

Uit het huidige onderzoek wordt duidelijk dat mannen zich vooral opstellen als 'emotionele supporters' voor hun partners, zoals Jansen et al. (1996) dat ook stellen. Dit heeft echter als gevolg dat mannen hun eigen verdriet vaak weinig ruimte geven. De vrouw is degene die zwanger is geweest, het kind heeft gedragen en de bevalling heeft doorstaan. De man heeft daardoor vaak het gevoel dat hij een 'buitenstaander' is, wanneer

het gaat om zwangerschapsverlies. Daarnaast zorgt deze opvatting ervoor dat mannen hun eigen verdriet sneller bestempelen als minder groot en minder belangrijk.

*Ja, het is ook wel dubbel... in de zin van: daar ga ik nou een paar dagen voor vrij nemen ofzo. Bij wijze van spreken zit je de volgende dag zo weer in de auto naar je werk. Ik denk ook dat ik in die periode nog niet zover was, dat ik dacht van: daar gun ik mezelf een paar dagen vrij voor. En nou ja, ik denk dat dan automatisch de aandacht gericht is op de vrouw, die weer moet ontzwangeren. Dat is ook een hele lastige fase. Die belasting heb je als man ook niet. [respondent L, zes miskramen]*

*Ik was natuurlijk ook wel bezorgd, maar dat moet je natuurlijk niet laten merken aan je vrouw. Anders gaat het natuurlijk helemaal niet goed met haar. Je kijkt er als man natuurlijk heel anders tegen aan. Je weet gewoon wat je vrouw heeft mee gemaakt. Als man ben je natuurlijk een beetje een buitenstaander in dit verhaal. Die maakt het allemaal niet zo mee, lichamelijk dan. Alleen fysiek zeg maar. En op een gegeven moment is je vrouw dan weer zwanger, dan hoop je alleen maar dat het goed gaat, zonder dat er problemen zijn. [respondent H, miskraam na 16 weken zwangerschap]*

## **Gender en emoties**

Het sterk moeten zijn voor de vrouw heeft eveneens effect op het tonen van emoties. De rol van ‘sterke man’ blijkt in veel gevallen moeilijk samen te gaan met het tonen van emoties. Vrouwen ervaren het vaak als prettig, wanneer de man sterk blijft en de man hen steunt in hun verdriet. Dit blijkt ook uit het volgende citaten.

*Ik dacht: als ik elke dag op de bank zit te janken... dan maak ik het voor mijn vrouw alleen maar erger. Dus ik kon me eigen aardig beheersen daarin. En ik zat de hele dag alleen in die auto, he? Dan kon ik zo hard schreeuwen, als ik zelf wou. Zo, ik heb best wat lopen schreien hoor. [respondent A]*

Op de vraag hoe de vrouw van respondent A dit had ervaren, antwoordde zij:

*Dat vond ik wel fijn... ja. Gewoon een schouder om op te leunen, zeg maar. Zo heb ik dat ervaren. [vrouw respondent A]*

*‘Huil maar, het komt wel goed’ raakt bij hem gewoon niet over z'n lippen. Ik weet waarom, ik begrijp hem, maar soms mis ik een sterke schouder naast me...*

[citaat van een vrouw, forum [www.miskramen.nl](http://www.miskramen.nl)]

Typerend is echter dat vrouwen aan de andere kant ook verwachten dat mannen hun emoties tonen of over hun verdriet communiceren. Het uiten van emoties geeft namelijk blijk van verdriet. Vrouwen hebben vaak het gevoel dat mannen geen tot weinig verdriet hebben, wanneer zij dit niet communiceren of uiten. Respondent O, maatschappelijk werkster bij FIOM, vertelt in het volgende citaat over een praktijksituatie



waarbij de vrouw van de man verlangde dat hij zijn gevoelens uitte en communiceerde over zijn beleving van het verlies.

*Ik steek vaak heel erg in op de man, omdat vrouwen vaak erg geneigd zijn om te praten. En dan blijft de man iets op de achtergrond, terwijl de vrouw toch verlangt of eist naar iets van gevoel of communicatie vanuit de man. De vrouw wil graag horen hoe de man het beleeft en daar kunnen ze vaak heel weinig mee, omdat ze het vaak anders doen. Zo was er een stel en die had een kindje verloren (doodgeboorte). De foto van het overleden kindje stond in de kamer. De vrouw verweet de man dat hij nooit naar die foto keek en er telkens maar langs heen liep. Dat gaf haar het gevoel dat het hem helemaal niks deed. Die man zei: 'Boven heb ik de computer en daar staan ook foto's op van ons overleden kindje. Wanneer ik daar behoefte aan heb, kijk ik naar die foto's.' Dat wist zijn vrouw dus niet. Mannen zijn vaak niet open over de manier hoe ze het wel doen of verwerken en dat maakt het vaak moeilijk, waardoor vrouwen verkeerde gedachtegangen hebben. In die zin is het dan heel mooi wat er dan gebeurt; dat het hier wel bespreekbaar wordt.*

[respondent O, maatschappelijk werkster FIOM]

Uit het onderzoek blijkt dat er in Nederland twee maatschappelijke opvattingen te heersen over mannelijkheid en het uiten van gevoelens. Zo bestaat er aan één kant de 'traditionele norm', dat de man sterk moet zijn voor zijn partner. En aan de andere kant de 'moderne norm', dat de man zijn emoties mag uiten. Deze laatste opvatting wordt tegenwoordig ook gestimuleerd vanuit de hulpverlening (dit wordt duidelijk uit de gevoerde gesprekken met maatschappelijk werkers van FIOM). In dit onderzoek waren er slechts enkele respondenten die zich volgens de 'moderne norm' gedroegen. Zij hadden niet het gevoel dat zij sterk moesten zijn voor hun partner, na het zwangerschapsverlies. Zij vinden uiting van hun eigen verdriet niet meer dan gepast en logisch, omdat het gaat om het verlies van je eigen kind. Het uiten van emoties is voor hen een manier van verwerken. Deze respondenten bestempelen de traditionele rol van 'sterke man' als ouderwets.

*Ik heb zoiets van: als je kind overlijdt, waarom zou je dan sterk moeten zijn? Ik ben al een emotioneel type, altijd al geweest. Tegenwoordig ben ik door deze gebeurtenis 10 x emotioneler. Ik heb zoiets van: waarom zou je als man nu sterk moeten zijn? Dat vind ik cliché-achtig. Misschien in andere dingen, maar bij het verlies van een kind... het is je vlees en bloed wat je kwijt raakt! Voor mij is huilen een uitlaatklep. Ik kan nog steeds op de stomste momenten vol schieten. [respondent D, doodgeboorte na 36 weken]*

Uit de bevindingen blijkt dat de traditionele gedachte van de sterke man toch blijft overheersen, ook in de beleving van zwangerschapsverlies. Dit betekent dat de traditionele mannelijke rol op deze manier in stand wordt gehouden zoals Jacobs (1998) beweert. Het één is moeilijk verenigbaar met de ander, waardoor het voor de man niet duidelijk is welke rol hij moet aan nemen.

## Aantasting van mannelijkheid

De rol van gender-identiteit komt ook duidelijk naar voren in het bestaan van vruchtbaarheidsproblemen bij de man. Wanneer blijkt uit medisch onderzoek, dat gedaan is naar aanleiding van het zwangerschapsverlies of wanneer de vrouw met moeite zwanger kan raken, dat de man verminderd vruchtbaar is of dat er iets mis is in het lichaam van de man, hebben mannen vaak het gevoel dat zij hun vrouw tekort schieten. Zij voelen zich aangetast in hun mannelijkheid en hebben het gevoel dat zij door deze situatie 'minder man' zijn. Het besef van de man dat hij zijn vrouw niet of met moeite een gezond kind kan geven, zorgt voor gevoelens van machteloosheid en frustratie. Uit de interviews blijkt dat de man vaak de enige is, die met dit onderwerp worstelt. De vrouw ziet het als een gezamenlijk probleem en wil de man er graag bij helpen. De man ziet het echter als een persoonlijk probleem, waar hij zelf uit moet komen. Bovendien wil de man vaak niet dat de vrouw er met anderen over praat. Het blijkt een gevoelig onderwerp te zijn voor mannen. Hierin wordt duidelijk dat de man zich in deze situatie pas echt mannelijk voelt wanneer hij potentieel zaad heeft en op die manier een levend kind kan 'geven' aan zijn vrouw, net als andere mannen in zijn omgeving .

*Ja, ik voelde me absoluut aangetast in mijn mannelijkheid. Het is denk ik een heel moeilijk punt. Je hoort wel vaker dat de mannen tegenwoordig minder vruchtbaar zijn, dat daardoor de vrouw niet zwanger kan worden. Dat ligt heel gevoelig voor een man. Dat ligt heel gevoelig, denk ik. Het is toch een beetje ja stoere kerel he, ze praten altijd over sex, drugs, rock en roll. Maar dan komt het echt dichtbij en dan zie je dat als een stukje onvolkomenheid aan jezelf. Iets wat je niet kan bieden als man, wat je natuurlijk je vrouw wel graag wil geven. Die wil je dienen en je wilt sterk zijn voor je vrouw he.*  
[respondent C, vijf miskramen]

*Ja, er is onderzoek naar gedaan. Ze konden nog geen uitgebreid onderzoek doen, omdat het nog maar 9 weken oud was, maar het zaad was te zwak ... Het spookt dan wel door je hoofd. Als het bij jou dan misgaat en bij familie en vrienden om je heen worden er allemaal kinderen worden geboren. Dan denk je wel: Is de volgende keer mijn zaad wel sterk genoeg? Dus je bent er wel mee bezig hoor.*  
[respondent J, miskraam na 9 weken zwangerschap]

*Nee, dat had ik niet zozeer. Ik voelde me niet tekort geschoten. Dat had ik waarschijnlijk wel gehad als uit onderzoek bleek dat mijn zaad niet goed was ofzo. Dan was het natuurlijk een heel ander verhaal geweest. Dan had ik het echt heel vervelend gevonden. Maar dat was niet aan de orde.*  
[respondent G, vijf miskramen]

De bovenstaande bevindingen hebben inzicht gegeven in de bestaande gender-opvattingen die een rol spelen in de verwerking van zwangerschapsverlies. De traditionele rol van de man die sterk is voor zijn vrouw, weinig emoties toont en potentieel zaad bezit om een levend kind te kunnen 'geven' aan zijn partner, blijft overheersen in de Nederlandse samenleving. Deze normatieve sekserol zorgt ervoor dat mannen hun eigen verdriet na zwangerschapsverlies relativeren en zichzelf weinig ruimte geven voor de verwerking van dit verdriet, ondanks veranderende maatschappelijke normen.

## 6. Conclusie en discussie

Zwangerschapsverlies komt veel voor in Nederland. Zo eindigen ongeveer één van de tien zwangerschappen in een miskraam. De kans op een doodgeboorte is een stuk kleiner: 4,3 per 1000 levenden en doodgeborenen. Zwangerschapsverlies valt tussen leven en dood in en is daardoor meestal niet met sociale rituelen verbonden. Dit heeft als gevolg dat zwangerschapsverlies vaak door de omgeving wordt onderschat. In zowel onderzoek als in de praktijk wordt de nadruk bij miskraam en doodgeboorte gelegd op de beleving van de vrouw. De impact die deze gebeurtenis heeft op de man wordt nauwelijks behandeld in de wetenschappelijke literatuur. Verder zijn de meeste uitgevoerde onderzoeken vooral psychologische en kwantitatief van aard. Uit deze onderzoeken blijkt dat de man tijdens de zwangerschap wel een emotionele band opbouwt met het ongeboren kind (*paternal attachment*). Verder vertonen mannen na zwangerschapsverlies dezelfde soort emoties als de vrouw na zwangerschapsverlies, zoals rouw, verwarring en angst. Mannen blijken op een culturele, traditionele en mannelijke manier te rouwen. Zo stellen zij zich op als emotionele supporters voor hun vrouw na de miskraam of doodgeboorte en vertonen zij daardoor verlate en onverwerkte emoties. Ook blijkt dat maatschappelijke erkenning en legalisering van de rechten en emoties van de mannen na zwangerschapsverlies missen. Daardoor voelen mannen zich op het vlak van zwangerschapsverlies gemarginaliseerd. Met het huidige onderzoek heb ik meer inzicht willen verkrijgen in de sociale constructie en beleving van zwangerschapsverlies vanuit vaders in spe, in de context van de huidige Nederlandse samenleving. Hiervoor heb ik drie maanden veldonderzoek gedaan in Nederland en heb ik interviews afgenomen met mannen die een miskraam, herhaaldelijke miskraam of doodgeboorte hebben meegemaakt. Eveneens heb ik vrouwelijke partners van de respondenten geïnterviewd en maatschappelijk medewerkers van de organisatie FIOM. In dit laatste hoofdstuk geef ik een overzicht van mijn belangrijkste bevindingen. Vervolgens geef ik aanbevelingen voor verder onderzoek.

### Belangrijkste bevindingen

Bij de opzet van deze studie ben ik er vanuit gegaan dat zwangerschapsverlies sociaal geconstrueerd is en dat visualisering, door middel van medische technologie, gender en vaderschapsopvattingen in de context van de Nederlandse samenleving daarin een belangrijke rol spelen. Dit onderzoek bevestigt de voorafgaande aanname. Hieronder geef ik weer op welke manier visualisering, medische technologie, gender en vaderschapsopvattingen de werkelijkheid van vaders in spe kleuren.

Visualisering van de foetus, tijdens de zwangerschap en na zwangerschapsverlies, speelt een belangrijke rol in de sociale constructie van de beleving en betekenis van zwangerschapsverlies voor vaders in spe. Visualisering tijdens de zwangerschap, door middel van echoscopie, zorgt voor een verhoogd gevoel van betrokkenheid van de man bij de zwangerschap. Hierdoor voelen mannen zich minder achtergesteld in de zwangerschap, doordat zij via de echo evenveel kennis over de situatie van het ongeboren kind verkrijgen als de vrouw. Deze bevinding sluit aan bij de uitkomst van het onderzoek van Puddifoot & Johnson (1997). Het zien van de foetus op de echo brengt ambivalente gevoelens voort, zoals blijdschap, enthousiasme, zekerheid en vertrouwen, maar ook boosheid, angst en ongeloof als de uitslag niet gunstig blijkt te zijn. Hier

wordt duidelijk dat deze vorm van medische technologie niet alleen een medische boodschap, maar ook een emotionele boodschap brengt. Echoscopie geeft in de meeste gevallen een bevestiging van de situatie. Visualisering biedt dan zekerheid. Hier gaat dan ook op dat 'zien' ook 'geloven' is. Mannen krijgen, bij het zien van een eerste positieve echo, zekerheid over het bestaan van de zwangerschap. Bij een positieve uitslag van de echo worden er gevoelens van vertrouwen, rust, verwondering, blijdschap, enthousiasme en zekerheid opgeroepen. Wanneer uit de echo echter blijkt dat er iets fout is met de foetus, leidt dit bij vaders in spe vaak tot gevoelens van verdriet en boosheid. Sommige respondenten gaven tevens aan dat er gevoelens van zekerheid en opluchting werden opgeroepen, bij het zien van een 'negatieve' echo. Echoscopie maakte voor hen een einde aan de onzekere periode en gaf duidelijkheid over de situatie van de foetus. De opvatting van van Dijck (2001: 110), dat een positieve echo positieve gevoelens bevestigt en dat een negatieve scan juist een negatief effect heeft, blijkt hier niet op te gaan. Uit dit onderzoek blijkt dat echoscopie, ondanks een negatieve uitkomst van de scan, ook een positieve uitwerking kan hebben.

Visualisering van de foetus na de miskraam of doodgeboorte blijkt net als visualisering van de foetus tijdens de zwangerschap van groot belang te zijn voor het besef en bewustwording van het verlies. Dit komt echter weinig naar voren in de bestaande literatuur. Alleen uit onderzoek van maatschappelijk werker Geerinck-Vercammen (1998) blijkt het zien van de foetus na zwangerschapsverlies belangrijk te zijn, omdat het anders blijft doorwerken in de fantasie van mensen. Vroeger werd het zien van de foetus niet gestimuleerd door medici. Tegenwoordig wordt het zien van de foetus na zwangerschapsverlies echter wel aangemoedigd, omdat dit volgens medici beter is voor de rouwverwerking.

Bij een miskraam is het vaak onmogelijk om de vrucht te zien, omdat de vrucht dan nog erg klein is en deze bij de 'bevalling' dikwijls ongemerkt tijdens de bloedingen mee het toilet in gaat. Het gevolg is dat een miskraam met name door mannen daardoor dikwijls wordt ervaren als een ongrijpbare situatie. Mannen vinden het in dit geval moeilijk om hun verdriet en het verlies een plaats te geven. Mannen die een late miskraam of doodgeboorte hebben mee gemaakt, hebben vaak wel de mogelijkheid gehad om de overleden foetus na de bevalling te zien. Bij de bevalling is er dan vaak al sprake van een 'mini-mensje', zoals veel respondenten het noemen. Mannen ervaren na een doodgeboorte vaak grote bewustwording van het verlies en omschrijven het verlies als het verlies van een persoon: het verlies van 'hun kind'. De respondenten geven aan dat zij het verlies beter een plek kunnen geven, wanneer zij de overleden vrucht/foetus hebben gezien. Visualisering zorgt voor een grotere mate van tastbaarheid. Mannen hebben daar vaak grote behoefte aan.

In het huidige onderzoek spreekt de grote meerderheid van de mannen over het bestaan van een emotionele band met het kind tijdens de zwangerschap (*paternal attachment*). Mannen ervaren pas verbondenheid met het ongeboren kind bij het horen of zien kloppen van het hartje. Vaak vindt dit moment plaats tijdens een eerste afspraak met de verloskundige of gynaecoloog, tussen de tiende en twaalfde week van de zwangerschap. Een kloppend hartje zien de meeste respondenten als het eerste werkelijke teken van leven. Een leven, waarmee een emotionele band kan worden opgebouwd. De meeste mannen geven aan dat visualisering van de foetus, door het zien van echo's, zorgt voor het ontstaan van een werkelijke band met het ongeboren kind. Visualisering lijkt dus positief samen te hangen met emotionele binding. Het ongeboren kind krijgt door visualisering steeds meer een eigen persoonlijkheid en wordt daardoor gezien als een levend

kind. Deze persoonlijkheid krijgt steeds meer vorm, naarmate de foetus groeit. Hier is sprake van 'verpersoonlijking van de foetus' door echoscopie, wat eveneens naar voren komt in de besproken literatuur (Sanger 2008, Layne 2003). Andere momenten in de zwangerschap, die bijdragen aan de emotionele band tussen vaders in spe en het ongeboren kind, zijn het zien groeien van de buik, het voelen schoppen van het kind in de buik en het praten tegen het ongeboren kind. Deze manieren van emotionele binding worden echter nauwelijks besproken in de bestaande literatuur. Wanneer een zwangerschap langer heeft geduurd, hebben vaders in spe meer kans gehad om zich emotioneel te binden aan het kind. De respondenten in dit onderzoek suggereren dat het rouwproces, oftewel het proces van onthechting, zwaarder is en dieper gaat bij mannen die hun kindje na een langdurende zwangerschap hebben verloren dan bij mannen die hun kindje hebben verloren na een kortdurende zwangerschap.

Ook vaderschapsopvattingen zijn van invloed op de beleving en betekenis van zwangerschapsverlies. In Nederland vindt er een overgang plaats van 'traditionele vader' naar 'moderne vader', waarbij de moderne vader duidelijk meer betrokken is bij de zorg van het kind (Jacobs 1998). Uit het huidige onderzoek blijkt dat alle mannen, reeds vader of niet, zich tijdens de zwangerschap al voorstellingen hadden gemaakt van het vaderschap. Het gevoel van vaderschap was meer aanwezig naarmate de zwangerschap langer had geduurd. Mannen blijken tijd nodig te hebben, tijdens de zwangerschap, om het gevoel van vaderschap te creëren. Bij de meeste respondenten was het vaderschapsgevoel niet gelijk aanwezig bij aanvang van de zwangerschap, maar groeide dit gevoel naarmate de tijd vorderde en de buik van hun partner groeide. Echomomenten versterkten onder andere het vaderschapsgevoel. Bij de meeste respondenten, die nog geen vader waren, was het vaderschapsgevoel al sterk aanwezig aan het begin van de zwangerschap. Opvattingen over vaderschap omvatten in deze fase vaak fantasieën en dromen die mannen hebben over het kind dat op komst is. Respondenten die reeds vader waren, hadden naast deze gedachten over nieuw vaderschap over het volgende kind, ook sterk aanwezige dromen en fantasieën tijdens de zwangerschap over het 'grotere gezin' en 'een nieuw broertje of zusje voor het andere kind of andere kinderen'. Het aanwezige vaderschapsgevoel lijkt positief samen te hangen met de bestaande kinderwens. De man denkt vaker na over zijn rol als vader, wanneer hij al geruime tijd verlangt naar een kind. Het gevoel van vaderschap krijgt dan meer vorm vanaf het moment dat er werkelijk sprake is van een zwangerschap. Bovendien hangt het samen met de mate van betrokkenheid van de man in de zwangerschap. Alle respondenten tonen grote betrokkenheid in de zwangerschap. Dit is volgens de verwachting van Jacobs (1998), die stelt dat de betrokkenheid van de man in de zwangerschap zal toenemen, omdat vaders tegenwoordig steeds meer betrokken zijn bij de zorg voor het kind, volgens het model van de 'moderne vader'. De mannen in dit onderzoek gingen mee naar afspraken met de verloskundige of gynaecoloog, wanneer zij tijd hadden. Verder lasen sommigen van hen tijdens de zwangerschap boeken en tijdschriften over zwangerschap en vaderschap. Ook maakten veel mannen contact met de baby door hun hand op de buik van de vrouw te leggen of tegen de baby te praten. De beleving van vaderschap in de zwangerschap uit zich ook in de betrokkenheid van de respondenten bij het vraagstuk van zorg en werk. De respondenten lieten zien betrokken te zijn in de zwangerschap door vroegtijdig praktische zaken te regelen rondom zorg en werk. Doordat er tegenwoordig lange wachtlijsten bestaan in Nederland, voor onder andere kinderopvang en

kraamzorg, kunnen zij dit ook moeilijk uitstellen. Op deze manier lijkt de Nederlandse samenleving een vroege bewustwording van de zwangerschap en daarmee het gevoel van vaderschap te stimuleren.

De meeste respondenten voelden zich na de miskraam of doodgeboorte in hun hart werkelijk vader van het vroegtijdig overleden kindje. Toch is het voor veel mannen lastig dat zij het vaderschap in dit geval nooit in werkelijkheid hebben kunnen uitoefenen. De meeste respondenten zien vaderschap als het zorgdragen voor een kind. Dit vindt pas plaats vanaf het moment dat een kind levend geboren wordt. Wanneer er sprake is van doodgeboorte spreken respondenten vaak over het bestaan van een vader-identiteit. Zij voelen en identificeren zichzelf als vader van het overleden kind. Na een miskraam is het voor veel mannen echter moeilijk om zichzelf de status van vader toe te kennen. De ongrijpbaarheid van de situatie en de korte duur waarin het vaderschapsgevoel zich heeft kunnen ontwikkelen bemoeilijken de vader-identiteit. Verder is het lastig voor mannen om zich in deze fase de foetus voor te stellen als een kind met een eigen identiteit, omdat het in zo'n vroeg stadium is overleden. Dat het gevoel van vaderschap sterker is bij een doodgeboorte dan bij een miskraam heeft volgens de meeste mannen in dit onderzoek in eerste instantie te maken met de langere periode van zwangerschap, waarbij de vaders in spe konden toeleven naar het werkelijke vaderschap. Tevens is een doodgeboorte tastbaarder voor mannen en heeft de foetus al meer een eigen identiteit, wat het gevoel van een vader-identiteit vergroot.

Ondanks de veranderende vaderschapsrol in Nederland, waarbij vaders meer betrokken zijn bij de zorg van het kind en ook meer betrokkenheid toont in de zwangerschap, blijkt er weinig maatschappelijke erkenning te bestaan voor het vaderschap na zwangerschapsverlies. Vooral wanneer er sprake is van een miskraam is er weinig sprake van erkenning vanuit de omgeving. Een miskraam is voor de omgeving vaak nog niet zo concreet. De status van vaderschap is hier ambigue te noemen. Uit de bevindingen blijkt dat vaders in spe zich vaak wel met de vader-identiteit identificeren, maar dat er weinig erkenning bestaat vanuit de omgeving voor het vaderschap van het overleden kind. Dit komt overeen met bevindingen uit bestaande literatuur (O'Neill 1995, McCreight 2004). Maatschappelijke erkenning voor vaderschap na zwangerschapsverlies blijkt groter te zijn na een doodgeboorte dan na een miskraam. Het ritueel van begraven (of cremen), wat in Nederland verplicht wordt gesteld na 24 weken zwangerschap (doodgeboorte), vormt daarin een belangrijk onderdeel. Dan wordt het verlies namelijk gezien als *social event*, verbonden aan rituelen. Wanneer er sprake is van een miskraam vindt er vaak geen begrafenis plaats. Er is weinig maatschappelijke erkenning en ook weinig ruimte voor symboliek. Dit vinden veel respondenten, die een miskraam hebben ervaren, een moeilijkheid in hun rouwproces. Zij hebben grote behoefte aan symboliek om de gebeurtenis beter een plek te kunnen geven.

Gender-opvattingen maken tevens deel uit van de sociale constructie van zwangerschapsverlies. Uit het huidige onderzoek wordt duidelijk dat mannen zich vooral opstellen als 'emotionele supporters' voor hun partners, zoals Jansen et al. (1996) dat ook stellen. Dit heeft echter als gevolg dat mannen hun eigen verdriet vaak weinig ruimte geven. De vrouw is degene die zwanger is geweest, het kind heeft gedragen en de bevalling heeft doorstaan. De man heeft daardoor vaak het gevoel dat hij een 'buitenstaander' is, wanneer het gaat om zwangerschapsverlies. Mannen bestempelen hun eigen verdriet sneller als minder groot en minder belangrijk. De rol van gender-identiteit komt ook duidelijk naar voren als er sprake is van

vruchtbaarheidsproblemen bij de man. Wanneer blijkt uit medisch onderzoek, welke is gedaan naar aanleiding van het zwangerschapsverlies of wanneer de vrouw met moeite zwanger kan raken, dat de man verminderd vruchtbaar is of dat er iets mis is in het lichaam van de man, hebben mannen vaak het gevoel dat zij hun vrouw tekort schieten. Zij voelen zich aangetast in hun mannelijkheid en hebben het gevoel dat zij door deze situatie 'minder man' zijn. Deze bevinding komt in geen van de bestudeerde literatuur naar voren. Het sterk moeten zijn voor de vrouw heeft eveneens effect op het tonen van emoties. De rol van 'sterke man' blijkt in veel gevallen moeilijk samen te gaan met het tonen van emoties. Vrouwen ervaren het vaak als prettig, wanneer de man sterk blijft en de man hen steunt in hun verdriet. Uit deze bevindingen wordt duidelijk dat de traditionele norm, dat de man sterk moet zijn voor zijn vrouw, blijkt te overheersen in de manier waarop mannen omgaan met zwangerschapsverlies. Mannen rouwen dus op een cultureel verantwoorde, mannelijke wijze, zoals ook McCreight (2004) dit beweert in haar onderzoek.

### **Aanbevelingen voor verder onderzoek**

Dit onderzoek heeft een explorerend karakter en is uitgevoerd in drie maanden. Het geeft slechts beperkt inzicht in de sociale constructie van miskraam en doodgeboorte voor vaders in spe in de huidige Nederlandse samenleving, gezien de korte duur van studie en de kleine onderzochte groep mannen. Het zou interessant zijn om verder verkennend kwalitatief onderzoek te verrichten naar de verschillen in beleving en betekenisgeving van zwangerschap tussen vroeger en nu. Uit het huidige onderzoek is gebleken dat de context van de Nederlandse samenleving vroeger (zeg vijftig jaar geleden), qua regelgeving, normen en waarden rondom zwangerschapsverlies, gender en vaderschap, niet te vergelijken is met de context van de huidige Nederlandse samenleving. Ook was de technologie van echoscopie vóór 1985 niet beschikbaar en niet gewoon in de Nederlandse zwangerschapscultuur. Verdiepend onderzoek hiernaar zou beter inzicht geven in de rol van visualisering in zwangerschapsverlies en in andere factoren die belangrijk blijken te zijn in de sociale constructie van het verlies.

Eveneens is het interessant om in vervolgend onderzoek in te gaan op de rol van de medische wereld en de maatschappelijke hulpverlening in de sociale constructie van zwangerschapsverlies. In de interviews met de mannen (en hun partners) kwam namelijk meerdere malen naar voren dat medici (zoals huisartsen, verloskundigen, gynaecologen en verpleegsters in het ziekenhuis) in veel gevallen alleen de medische noden zien bij zwangerschapsverlies en voorbijgaan aan de emotionele noden van zowel de man als de vrouw. In dit onderzoek heb ik hier niet uitgebreid op in kunnen gaan, waardoor ik geen goede, gegronde conclusies kan trekken op dit vlak. Eveneens is de manier waarop hulpverlening na zwangerschapsverlies wordt aangeboden aan mannen en vrouwen van groot belang in de constructie van het verlies. Verdiepend onderzoek hiernaar zou kunnen helpen om de hulpverlening na zwangerschapsverlies beter te laten verlopen en kan tevens bewustwording van het verdriet na zwangerschapsverlies bij medische en maatschappelijk werkers bevorderen. Zij zijn immers de personen die vaak het eerst aanwezig zijn bij de gebeurtenis en hierin een belangrijke rol vervullen.



## Referenties

Aries, P.

1987 *De ontdekking van het kind*. Amsterdam: Bert Bakker.

Aquilino, W.

1993 Effect of spouse presence during the interview on survey responses concerning marriage. *Public Opinions Quarterly* 57: 358-376.

Baarda, D.B., Goede, M.P.M. de & A.G.E. van der Meer-Middelburg

1996 *Basisboek Open interviewen*. Groningen: Stenfert Kroese.

Bekker, M.

1993 Vrouwelijkheid in het bijzonder: van sekse naar een meer gedifferentieerde opvatting van gender-identiteit. *Tijdschrift voor Vrouwenstudies* 14: 311-322.

Black, R.B.

1990 Prenatal diagnosis and fetal loss: Psychosocial consequences and professional responsibilities. *American Journal of Medical Genetics* 35: 586-587.

Boeije, H.

2005 *Analyseren in kwalitatief onderzoek: denken en doen*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.

Boulter, A.

1999 *Opening pandora's box. The foetal image as cultural commodity*. Unpublished paper. Winchester: King Alfred's College.

Bowlby, J.

1969 *Attachment, separation and loss*. New York: Basic Books.

Brier, N.

2008 Grief following miscarriage: A comprehensive review of the literature. *Journal of Women's Health* 17: 451-464.

Butler, J.

1990 *Gender Trouble. Feminism and the Subversion of Identity*. New York/Londen: Routledge.

Casper, M.J.

1998 *The Making of the Unborn Patient: a Social Anatomy of Fetal Surgery*. New Brunswick: Rutgers University Press.

Cecil, R.

1996 *The Anthropology of Pregnancy Loss: Comparative Studies in Miscarriage, Stillbirth, and Neonatal Death*. Washington, D.C.: Berg Publishers.

Clement, S., Wilson, J. & J. Sikorski

1998 Women's experience of antenatal ultrasound scans. In Clement, S. (ed.) *Psychological Perspectives on Pregnancy and Childbirth*. Edinburgh: Churchill Livingstone.

College voor zorgverzekeraars

2003 *Verloskundig Vademecum. Eindrapport van de Commissie Verloskunde van het College voor zorgverzekeringen*. Apeldoorn: VDA-groep.

Conway, K.

1995 Miscarriage experience and the role of support systems: a pilot study. *British Journal of Medical Psychology* 68: 259-267.

Cook, J.A.

1988 Dads' trouble binds: rethinking fathers' bereavement from a men's studies perspective. *Journal of Contemporary Ethnography* 17: 285-308.

Cuisinier, M. & C. Hoogduin

1994 *De psychosociale zorg rond miskraam en perinatale sterfte*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Cuisinier, M., Kuijpers, J., Hoogduin, C., Graauw, C. de & H. Janssen

1993 Miscarriage and stillbirth: Time since the loss, grief intensity and satisfaction with care. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* 52: 163-168.

Dijck, J. van

2001 *Het transparante lichaam: Medische Visualisering in Media en Cultuur*. Amsterdam: Amsterdam University Press.

Dongen, M.C.P. van

1995 Men's aspirations concerning child care: The extent to which they are realised. In M.C.P. van Dongen, G.A.B. Frinking & M.J.G. Jacobs (eds.). *Changing fatherhood: A multidisciplinary perspective.*, Pp: 91-105. Amsterdam: Thesis Publishers.

Dongen, M.C.P. van, Frinking, G.A.B. & M.J.G. Jacobs

1995 *Changing fatherhood: A multidisciplinary perspective.* Amsterdam: Thesis Publishers.

Draak, M. den

2005 Met een keizersnee in het ziekenhuis. Wereldwijde medicalisering van zwangerschap en bevalling. *Demos* 21 (7). 's Gravenhage: NIDI/DEMOS.

Erfocentrum

2009 Basisbrochure Informatie over de Screening op Downsyndroom.

<http://www.prenatalescreening.nl/archief/Basisbrochure%20screening%20op%20Downsyndroom.pdf>

Foucault, M.

1973 *The birth of the clinic: an archeology of medical perception.* London: Tavistock.

Franklin, S.

1997 Fetal Fascinations: New Dimensions to the Medical-Scientific Construction of Fetal Personhood. In: S. Kamp and J. Squires (eds.). *Feminism.* Oxford: University Press.

Garssen, J. & A. van der Meulen

2004 Ontwikkelingen rond de perinatale sterfte in Nederland'. *CBS bevolkingtrends* 3e kwartaal: 15-31

Geerinck-Vercammen, C.

1998 *Met een goed gevoel: Over het rouwproces bij doodgeboorte, reductie in meerlingzwangerschap, en zwangerschapsafbreking na prenatale diagnostiek in relatie tot de rol van de professionele begeleiders in het bijzonder de maatschappelijk werker.* Ongepubliceerd proefschrift. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden.

Geest, S. van der, ten Have, P., Nijhof, G. & P. Verbeek-Heida

1994 *De macht der dingen.* Amsterdam: Het Spinhuis.

Gerrits, G. J.E.

2008 *Clinical Encounters. Dynamics of patient-centred practices in a Dutch fertility clinic.* Ongepubliceerd proefschrift. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.

Green, J. & N. Thorogood

2004 *Qualitative Methods for Health Research*. London: Sage Publications.

't Hart, H., van Dijk, J., de Goede, M., Jansen, W. & J. Teunissen

1998 *Onderzoeksmethoden*. Amsterdam: Boom.

Heidrich, S.M. & M.S. Cranley

1989 Effects of fetal movement, ultrasound scans and amniocentesis on maternal-fetal attachment. *Nursing Research* 38: 81-84.

Herz, E.

1984 Psychological repercussions of pregnancy loss. *Psychiatric Annals* 14: 454-457.

Hofhuis, H.

1995 *Invloed van derde aanwezigen bij interviews*. Ph. D. diss., Utrecht: Utrecht University.

Holleboom, C.A.G.

1998 *Vroegtijdige weeën en dreigende vroeggeboorte*. Utrecht: NVOG.

Jabri, V.

1996 *Discourses on violence: conflict analysis reconsidered*. Manchester: Manchester University Press.

Jacobs, M.

1998 *Vaders in spe. Over de kinderwens van mannen en hun voorstelling van het vaderschap*. Lisse: Swets & Zeitlinger Publishers.

Janssen, H.J.E.M., Cuisinier, M.C.J. & K.A.L. Hoogduin

1996 A critical review of the concept of pathological grief following pregnancy loss. *Omega Journal of Death and Dying* 33: 21-42.

Jenks, C.

1995 *Visual culture*. London: Routledge.

Johnson, M.P. & J.E. Puddifoot

1998 Miscarriage: is vividness of visual imagery a factor in the grief reaction of the partner? *British Journal of Health Psychology* 3: 137-146.

Jong, G. de & J. Kregting

2008 *Ode aan de doden. Opinieonderzoek over dood en uitvaart*. Rapport 582. Nijmegen: Onderzoeksbureau Kaski.

Katz, V.L. & J.A. Kuller

1994 Recurrent miscarriage. *Am J Perinatol* 11: 386-397.

Kleiverda, G.

2001 *Echoscopie tijdens de zwangerschap*. Utrecht: NVOG.

Knijn, T.

1994 Heeft het vaderschap nog toekomst? Een theoretische verkenning van veranderingen in het vaderschap. *Familia. Tijdschrift voor gezinsonderzoek en gezinsbeleid*. Pp: 7-24.

Kolker, A. & B.M. Burke

1993 Grieving the wanted child: Ramifications of abortion after prenatal diagnosis of abnormality. *Health Care for Women International* 14: 513-526.

Lamb, M.E.

1986 *The father's role: Applied perspectives*. New York: John Wiley & Sons.

Layne, L.

2003 *Motherhood Lost: The cultural construction of miscarriage and stillbirth in America*. New York: Routledge.

Leppert, P.C. & B.S. Pahlka

1984 Grieving characteristics after spontaneous abortion: a management approach. *Obstetrics and Gynaecology* 64. Pp: 199-222.

McCreight, S.B.

2004 A grief ignored: narratives of pregnancy loss from a male perspective. *Sociology of Health and Illness* 26: 326-350.

McGreal, D., Evans, B.J. & G.D. Burrows

1997 Gender differences in coping following loss of a child through miscarriage or stillbirth: a pilot study. *Stress Medicine* 13. Pp: 159-165.

Menke, J. & R. McClead

1990 Perinatal grief and mourning. *Advances in Pediatrics*. 37: 261-283.

Moore, H.

2004 Global anxieties. Concept-metaphors and pre-theoretical commitments in anthropology. *Anthropological Theory* 4: 71-88.

Murphy, F.A.

1998 The experience of early miscarriage from a male perspective. *Journal of Clinical Nursing*. 7: 325-332.

Nationaal Kompas Volksgezondheid

2008 *Sterfte rond de geboorte. Omvang van het probleem*. Versie 3.16. Bilthoven: RIVM.

Neugebauer, R., Kline, J., O'Connor, P., Shrout, P., Johnson, J., Skodol, A., Wicks, J. & M. Susser

1992 Determinants of depressive symptoms in the early weeks after miscarriage. *American Journal of Public Health*. 82: 1332-1339.

Niekamp, A.M.

2008 *A window to the womb. The use of Obstetric Ultrasound in the Netherlands: A Women-Centred Analysis*. Ongepubliceerde doctoraal scriptie. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.

NVOG

2005 *Bloedverlies in de eerste helft van de zwangerschap*. Versie 1.0. Utrecht: NVOG.

NVOG

2007 *Prenatale diagnostiek*. Versie 1.5. Utrecht: NVOG.

NVOG, KNOV, NHG, LHV, VVAH, Erfocentrum en RIVM

2008 *Zwanger! Algemene informatie. Informatie van verloskundigen, huisartsen en gynaecologen*. Den Haag: RIVM.

O'Neill, J.

1995 Foucault's optics: the (in)vision of mortality and modernity. In Jenks, C. (ed.) *Visual Culture*. London: Routledge.

Peppers, L. & R. Knapp

1980 *Motherhood and mourning: a perinatal death*. New York: Praeger Publisher.

Petchesky, R.P.

1987 Foetal images: the power of visual culture in the politics of reproduction. In: M. Stanworth (ed.). *Reproductive technologies: gender, motherhood and medicine*. Cambridge: Policy Press. Pp: 55-80.

Puddifoot, J.E. & M.P. Johnson

1997 The legitimacy of grieving: the partner's experience at miscarriage'. *Social Science and Medicine* 45: 837-845.

Rapp, R.

2000 *Testing women, testing the fetus. The social impact of amniocentesis in America*. New York: Routledge.

RIVM

2008 *Informatie over de Screening op Downsyndroom*. Den Haag: RIVM.

Robinson, M., Baker, L. & L. Nackerud

1999 The relationship of attachment theory and perinatal loss. *Death studies* 23: 257-270.

Rothman, B.K.

1994 *The tentative pregnancy: Amniocentesis and the Sexual Politics of Motherhood*. London: Pandora.

Rubin, R.

1975 Maternal tasks in pregnancy. *Maternal Child Nursing* 4: 143-153.

Russel, G. & N. Radin

1983 Increased paternal participation: The father's perspective. In M.E. Lamb & A. Sagi (eds.). *Fatherhood and family policy*. Pp: 139-165. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.

Saetnan, A.R.

2000 Women's involvement with reproductive medicine: Introducing shared concepts. In: A.R. Saetnan, N. Oudshoorn & M. Kirejczyk (eds.). *Bodies of technology: Women's involvement with reproductive medicine*. Columbus: Ohio State University Press.

Sandelowski, M.

1994 Separate, but less unequal: fetal ultrasonography and the transformation of expectant mother/fatherhood. *Gender and Society* 8 (2): 230-245.

Sandelowski, M. & P.B. Black

1994 The epistemology of expectant parenthood. *Western Journal of Nursing Research* 16 (6): 601-622.

Sanger, C.

2008 Seeing and believing: mandatory ultrasound and the path to a protected choice. *UCLA Law Review* 56.  
Pp: 351-408.

Serraris, W.

2005 Gender en emotie. Over stereotypen en feiten. *Antenne*: 30-33.

Shilling, C.

1993 *The body and social theory*. London: Sage Publications.

Shorter, E.

1979 *De wording van het moderne gezin*. Baar: Ambo.

Skolnick, A.

1987 *The intimate environment*. Boston: Little Brown.

Smeenk, A.D.J. & H.A.M.J. ten Have

2003 Medicalization and obstetric care: An analysis of developments in Dutch midwifery.  
*Medicine, Health Care and Philosophy* 6: 153-165.

Spitz, B., Keirse M. & A. Vandermeulen

2004 *Omgaan met een miskraam*. Tiel: Uitgeverij Lannoo.

Statham, H., Solomon, W. & J. Green

1998 *Detection of Fetal Abnormality at Different Gestations: Impact on Parents and Service Implications*.  
Presentation at annual conference of the Society for Infant and Reproductive Psychology. Edinburgh.

Steggerda, M.

1990 Een vergelijking van twee manieren om verschillen tussen vrouwen en mannen te meten wat betreft  
opvattingen over werken, gezin en rolverdeling. *Gezin* 2: 128-143.

Strauss, A.L. & J. Corbin

1990 *Basics of Qualitative Research*. New Bury Park, California: Sage.



Theut, S.K., Zaslow, M.J., Rabinovich, B.A., Bartko, J.J. & J.M. Morihisa

1990 Resolution of parental bereavement after a perinatal loss. *Journal of the American academy of child & adolescent psychiatry* 29: 521-525.

Tijmstra, T.

1987 Het imperatieve karakter van de medische technologie en de betekenis van geanticipeerde beslissingsspijt. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 131 (26): 1128-1131.

Vught, J.M.G. van, Stoutenbeek, E.M.H & J.W. Wladimiroff

2003 *Echoscopie in de verloskunde en gynaecologie*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.

Willemsen, T.

1992 Sekse als cognitieve categorie: een sociaal-psychologische benadering van sekse. In T. Top & J. Heesink (red.). *Psychologie en sekse*. Pp: 60-79. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Wojnar, D.

2007 Miscarriage experiences of lesbian couples. *Journal of midwifery & women's health* 52: 479-485.

Zelizer, V.A.

1985 *Pricing the priceless child: the changing social value of children*. New York: Basic Books.

### **Bezochte internetsites**

[www.fiom.nl](http://www.fiom.nl)

[www.gezondheid.be](http://www.gezondheid.be)

[www.wetten.overheid.nl](http://www.wetten.overheid.nl)

[www.freya.nl](http://www.freya.nl)

[www.lieve-engeltjes.nl](http://www.lieve-engeltjes.nl)

[www.gezondheidsplein.nl](http://www.gezondheidsplein.nl)

[www.babypret.net](http://www.babypret.net)

[www.nvog.nl](http://www.nvog.nl)

[www.wikipedia.org](http://www.wikipedia.org)

[www.atlasti.com](http://www.atlasti.com)

### **Geraadpleegde internetfora**

[www.miskramen.nl](http://www.miskramen.nl)

[www.babyinfo.nl](http://www.babyinfo.nl)

[www.zwangerworden.nu](http://www.zwangerworden.nu)

[www.ouders.nl](http://www.ouders.nl)

[www.tipswerkendeouders.nl](http://www.tipswerkendeouders.nl)

## Bijlagen

### Bijlage 1: E-mail aan de respondent

Beste ...,

Voor mijn studie Medische Antropologie en Sociologie aan de UvA ben ik bezig met een wetenschappelijk onderzoek naar de ervaringen die mannen hebben met een miskraam. Nu weet ik dat u en uw vrouw een miskraam/meerdere miskramen/doodgeboorte te verduren hebben gehad. Erg ingrijpend. Ik kan me voorstellen dat dit van grote impact was/is op jullie leven. In het kader van mijn onderzoek, ben ik geïnteresseerd in het feit hoe u dat als man hebt ervaren en hoe u bent om gegaan met het verlies. Er is namelijk nog maar weinig onderzoek gedaan naar dit onderwerp (gericht op de man) en het doel van mijn onderzoek is inzicht krijgen in de beleving en betekenisgeving van zwangerschapsverlies voor mannen en daardoor hopelijk meer erkenning, wat uiteindelijk kan bijdragen aan een goede, gezonde verwerking. In het onderzoek richt ik me vooral op het gevoel van vaderschap tijdens de zwangerschap, de invloed van echoscopie en de verwerking van het verlies.

Zou ik u ook op korte termijn mogen interviewen over deze onderwerpen? Het interview zal ongeveer een uur van uw tijd kosten. Als u het prettig vindt dat uw vrouw hier bij aanwezig is, vind ik dat prima. Uw verhaal zal ik uiteindelijk anoniem opnemen in mijn scriptie (die ik u uiteraard laat lezen, zodra deze klaar is).

Ik zou zeggen... denk er maar even goed over na en overleg het eventueel samen met uw partner. Als u vragen hebt, kunt u me altijd bereiken via e-mail of telefoon. Dan hoor ik het wel. In ieder geval bedankt voor uw aandacht.

Groeten,

Stèphanie Bergman-Agteres, BSc

T 06 19675218

E [S.N.Agteres@student.uva.nl](mailto:S.N.Agteres@student.uva.nl)

## **Bijlage 2: Oproep internet<sup>27</sup>**

Beste mensen,

Mijn naam is Stèphanie Bergman. Ik ben een studente van de UvA en doe op dit moment onderzoek naar de ervaring van mannen met een miskraam of doodgeboorte. Het blijkt dat het verdriet van mannen vaak erg wordt onderschat (door omgeving en medici) en wetenschappelijk onderzoek op dit gebied is nog maar weinig gedaan. Het doel van mijn onderzoek is om inzicht te krijgen in de beleving en betekenis van zwangerschapsverlies van mannen, zodat er meer erkenning komt voor het verdriet van mannen een miskraam of doodgeboorte.

Voor mijn onderzoek zoek ik mannen die hun kindje tussen 9 weken zwangerschap en de geboorte hebben verloren en die hun persoonlijke verhaal over deze ervaring aan mij zouden willen vertellen, in de vorm van een interview. Dit persoonlijke verhaal zal uiteindelijk anoniem in mijn scriptie verwerkt worden.

Als u hierin geïnteresseerd bent, vragen heeft of meer informatie wilt hebben, graag een reactie geven op dit bericht of een e-mail sturen naar: [S.N.Agteres@student.uva.nl](mailto:S.N.Agteres@student.uva.nl)

Bij deze alvast enorm bedankt voor uw hulp.

Hartelijke groet,

Stèphanie Bergman-Agteres

Masterstudent Medische Antropologie en Sociologie, UvA

---

<sup>27</sup> Geplaatst op de site van Freya.nl en lieve-engeltjes.nl (op het forum aangaande dit onderwerp en bij 'oproepen').

### Bijlage 3: Achtergrondgegevens respondenten

#### Geïnterviewde mannen

Respondent	Leeftijd	Miskraam/ Doodgeboorte	Eerste zwangerschap?	Kinderen	Beroep (algemeen)	Religie	Aanwezigheid vrouw bij interview
A	39	Doodgeboorte na 25 weken zwangerschap (2002)	Nee	1	Bouwvakker	Christelijk	Ja
B	39	Twee miskramen, beiden rond 10 weken zwangerschap (eerste miskraam in 1995)	Ja	2	Acquisitie medewerker	Christelijk	Nee
C	39	Vijf miskramen (eerste miskraam in 1996)	Ja	2	Service coördinator	Christelijk	Ja
D	44	Doodgeboorte na 36 weken zwangerschap (deel van een tweeling) in 2006	Ja	1	Gastheer en assistent manager	Katholiek (maar doet er weinig meer mee)	Nee
E	36	Miskraam na 6 weken (2006) en doodgeboorte na 25 weken zwangerschap (2007)	Ja	Geen	Copywriter	Niet-religieus	Nee
F	41	Doodgeboorte na 22 weken zwangerschap (2006)	Ja	1	Webmaster	Niet-religieus	Ja
G	40	Vijf miskramen, na 6 – 11 weken zwangerschap (eerste miskraam in 1997)	Ja	2 - 1 daarvan geadopteerd	Interim manager	Christelijk	Nee
H	34	Miskraam na 16 weken zwangerschap (2006)	Nee	4	Zelfstandig ondernemer	Niet-religieus	Nee
I	46	Twee miskramen, na 11 weken (1989) en na 9 weken (2002) zwangerschap	Nee	6	Verkoper / handelaar	Christelijk	Ja
J	37	Miskraam na 9 weken zwangerschap (1997)	Ja	4	Accountmanager	Christelijk	Nee
K	31	Doodgeboorte (overleden tijdens geboorte)	Ja	1	Consultant	Christelijk	Ja
L	47	Zes miskramen, na 6-11 weken zwangerschap	Nee	2	Directeur	Christelijk	Ja
M	31	Doodgeboorte na 36 weken zwangerschap (2004)	Ja	2	Boekhouder	Christelijk	Ja
N	36	Miskraam na 13 weken zwangerschap (2008)	Ja	Geen	Accountmanager	Christelijk	Ja

**(Vervolg bijlage 3)**

*Geïnterviewde experts*

<b>Respondent</b>	<b>Functie</b>	<b>In dienst sinds</b>
O	Maatschappelijk werker en expert op het gebied van Verlieskunde	1998 (bij FIOM Leeuwarden)
P	Maatschappelijk werker	2007 (bij FIOM Alkmaar)
Q	Maatschappelijk werker	2009 (bij FIOM Alkmaar), daarvoor bij het LUMC

## **Bijlage 4: Topic lijst respondenten**

### *Persoonlijke gegevens*

- Geboortedatum
- Werk
- Nationaliteit
- Leefsituatie (partner/kinderen) op het moment van de miskraam/doodgeboorte
- Religie

### *Algemeen*

- Wanneer vond de miskraam/doodgeboorte plaats?
- Hoelang was uw vrouw toen zwanger?
- Kunt u mij wat vertellen over jullie kinderwens, voorafgaand aan de gebeurtenis?  
(*Verlangden jullie toen al lang of sterk naar een kindje?*)
- Wat gebeurde er precies, toen het mis ging? Wat heeft u toen gedaan?

### *Betrokkenheid zwangerschap*

- Hoe ervoer u als man de zwangerschap?
- Op welke wijze voelde u zich betrokken bij de zwangerschap?
- Wat waren voor u belangrijke momenten in de zwangerschap?
- Bent u wel eens mee geweest naar de gynaecoloog? Zo ja: wanneer (*met hoeveel weken*)?  
En hoe vond u dat?
- Is er ook een echo gemaakt? Zo ja, hoe vond u dat? En wat zag u op de echo?
- Wat deed die echo met u?
- In de literatuur staat dat echoscopie een man de mogelijkheid biedt zich emotioneel te binden aan het kind. Hoe ziet u dat, vanuit uw ervaring met echoscopie?
- Denkt u dat het uitmaakt, als u geen visueel beeld van de foetus had gezien?

### *Opvattingen over vaderschap / identiteit*

- Dacht u al veel na over uw rol als vader, tijdens de zwangerschap?
- Hoe voelde dat tijdens de zwangerschap? (*Voelde u zich toen ook al echt vader?*)
- En daarna? (*Beschouwt u zichzelf nu ook als vader van het overleden 'kind'?*)
- Hoe zouden jullie het ouderschap in gaan vullen, na de komst van de baby?  
(*m.b.t. werk en zorg; bijv. oppas of minder gaan werken*)
- Welke onderwerpen (omtrent de komst van de baby) hadden jullie verder al besproken, voordat de miskraam plaats vond? (*bijv. naam, kinderkamer, jongen/meisje*)
- Hebben jullie het kind/de foetus ook een naam gegeven?

### *Omgaan met het verlies*

- Hoe voelde u zich, na de gebeurtenis?  
*Bij meerdere miskramen/doodgeboortes: Welke gebeurtenis was voor u het meest heftig? Waarom?*
- Hoe ging u om met uw verdriet? / Hoe uitte u uw gevoelens?
- Heeft u ook hulp van buitenaf gezocht om het te verwerken? (Zo ja: op welke manier heeft het u geholpen?)
- Hoe voelde uw vrouw zich na het verlies?
- Hoe ging zij volgens u om met haar verdriet?
- Op welke manier kon u haar ondersteunen?
- Heeft uw partner externe hulp gezocht? (Zo ja: op welke manier heeft het haar geholpen?)
- Wat was de reactie en de betrokkenheid van de omgeving? Hoe heeft u dat ervaren?
- Had u vragen rondom de gebeurtenis(sen)? Zo ja: welke?
- Is er ook onderzoek verricht naar de oorzaken?
- Welke oorzaak kent u toe aan de miskramen?



## **Bijlage 5: Topic lijst medewerkers FIOM**

### Persoonlijke gegevens

- Hoe lang werkt u al bij FIOM?
- Wat houdt het werk bij FIOM in?
- Melden zich ook vaak mannen aan bij FIOM?
- Komen er vaak stellen bij FIOM?
- Welke hulpvragen hebben de mannen?
- Welke verschillen bemerkt u in de beleving/verwerking van mannen en vrouwen?
- Merkt u dat relaties verslechteren door een miskraam/doodgeboorte?
- Merkt u dat er veel begrip is vanuit omgeving?
- Hoe springen medici om met deze zaken, volgens uw ervaring?
- Is er veel hulp vanuit het ziekenhuis?
- Is er veel verschil in de beleving van een miskraam of een doodgeboorte?
- Is er veel verschil met vroeger?
- Waarom komen er weinig mensen naar groepsbijeenkomsten zwangerschapsverlies?
- Hebben mensen vaak last van schuldgevoelens?
- Bemerkt u verschil in de beleving, als er kinderen in het spel zijn?
- Kunnen en durven mannen, volgens de praktijk, hun gevoelens goed te uiten?
- Hoe typeert u de verbondenheid van mannen met het overleden ongeboren kindje?