



Post-partum-depressie

Het krijgen van een kind wordt gezien als een blijde levensgebeurtenis. Zo'n 10% van de vrouwen ondervindt echter een depressie post partum.¹ Hoewel het klinische beeld van post-partumdepressie weinig verschilt van dat van een depressie in andere situaties, zijn er specifieke factoren die van invloed zijn op diagnostiek, behandeling en beloop van deze aandoening voor zowel de moeder als het kind.²

BIANCA VAN RIJ, verpleegkundige in opleiding tot specialist GGZ, Erasmus MC Rotterdam

MIRJAM TIMMERMANS, verpleegkundig specialist GGZ, Erasmus MC Rotterdam

MIJKE LAMBREGTSE-VAN DEN BERG, psychiater/kinder- en jeugdpsychiater, Erasmus MC Rotterdam

LEERDOELEN

Na het lezen van dit artikel:

- weet u wat de kenmerken zijn van een post-partumdepressie;
- weet u dat een post-partumdepressie relatief vaak voorkomt;
- kent u de risicofactoren voor het ontwikkelen van een post-partumdepressie;
- kent u de belangrijkste aandachtspunten bij de bejegening van en zorgverlening aan vrouwen met een post-partumdepressie;
- kunt u als verpleegkundig specialist regie voeren over screening, diagnostiek en behandeling van post-partumdepressie;
- kunt u als verpleegkundig specialist de kennis en betrokkenheid van uw directe collega's vergroten om adequate zorg te verlenen aan vrouwen met een post-partumdepressie.

TREFWOORDEN

post-partumdepressie, Edinburgh Depression Scale, moeder-kindinteractie, ouder-kindrelatie

1 STUDIEPUNT

Zwangerschap en bevalling bieden geen bescherming tegen het ontstaan van psychiatrische klachten. Vrouwen zijn na de bevalling kwetsbaarder voor het ontwikkelen van psychiatrische stoornissen en lopen een verhoogd risico op verergering of terugkeer van reeds bestaande stoornissen. Sterker nog, na de bevalling is er een verhoogd risico op ernstige psychiatrische ontregelingen, vooral in de eerste maand post partum.³ Dit kan leiden tot psychiatrische opnames, die vaker voorkomen dan op elk ander moment in het leven van een vrouw.⁴ Hoewel de pathofysiologie van de post-partumdepressie complex is en nog niet volledig vastgesteld, spelen in deze

periode grote veranderingen op zowel biologisch, psychologisch als sociaal gebied hierin een rol.⁵

BEGRIPSAFBAKENING

Een depressie na de bevalling wordt in de volksmond ook een postnatale depressie genoemd. Letterlijk betekent deze term 'na de geboorte' en verwijst dus naar de neonaat. Meer passend en gebruikt in de klinische setting is de term post-partumdepressie, wat 'na de bevalling' betekent.

In de DSM-5 staan criteria beschreven voor depressie. Er is een toevoeging 'met begin peri partum mogelijk' als de klachten tijdens de zwangerschap of in de eerste vier weken na de bevalling optreden.⁶

Dit artikel richt zich op depressie in de post-partumperiode, die zowel tijdens als na de zwangerschap kan ontstaan.

EPIDEMIOLOGIE

De prevalentiecijfers van post-partumdepressie variëren wereldwijd van 6,9% tot 12,1%, afhankelijk van onderzoeksomstandigheden en definitie.⁵ Helaas zijn er geen exacte prevalentiecijfers beschikbaar voor Nederland.⁷ Uit een prospectief longitudinaal onderzoek onder 4941 vrouwen in Nederland bleek dat 8% van hen twee maanden na de bevalling met een depressie kampte.⁸ Opvallend is dat vrouwen met een voorgeschiedenis van depressie een twintig keer hoger risico lopen op het ontwikkelen van een post-partumdepressie in vergelijking met vrouwen zonder een dergelijke voorgeschiedenis.⁹

KLINISCH BEELD

Het klinisch beeld van een post-partumdepressie komt wat betreft de symptomen overeen met dat van een depressie buiten de post-partumperiode (zie kader).

Allereerst is een classificatie iets anders dan een diagnose. Bij een *classificatie*, zoals volgens de DSM-5, gaat het vooral over

- welke symptomen aanwezig dienen te zijn in combinatie met een:
 - tijdsduur; en
 - ernstcriterium.

Voor het stellen van een *diagnose* is het belangrijk stil te staan bij

- de onderliggende factoren en mechanismen die een rol hebben gespeeld bij:
 - het ontstaan; en
 - voortbestaan van de aandoening.

Dit onderscheid is belangrijk, omdat een classificatie vooral bedoeld is om na te gaan of er voldaan wordt aan de criteria van een depressie en een diagnose vooral aanknopingspunten geeft voor de behandeling.

Bij een post-partumdepressie dient met een aantal specifieke factoren rekening te worden gehouden.

- Vrouwen zoeken minder (snel) hulp, vaak als gevolg van sociale druk en schaamte, aangezien van hen wordt verwacht dat ze genieten van deze periode. Bovendien kunnen vrouwen ten onrechte denken dat wat ze voelen gewoon bij het moederschap hoort, wat leidt tot het onderschatten van symptomen en onderdiagnostiek.²
- Angst voor stigmatisering speelt ook een rol, aangezien vrouwen vrezen dat het uiten van hun gevoelens en gedachten kan leiden tot negatieve oordelen en aannames over hun geschiktheid als moeder, waaronder bijvoorbeeld geen goede moeder te zijn, je kind schade toe te brengen, niet van je kind te houden. Deze angsten kunnen zelfs tot zorgen leiden dat hun baby wordt afgenomen.²
- Daarnaast aarzelen zorgverleners in de geboortezorg vaak om psychische klachten te bespreken, soms door een gebrek aan kennis en onzekerheid over hoe ze moeten handelen. Klachten worden soms zelfs toegeschreven aan fysiologische veranderingen tijdens de post-partumperiode, wat verdere vertraging in diagnose en behandeling kan veroorzaken.²
- Bij verdenking van post-partumdepressieve klachten is aanvullend onderzoek nodig om somatische aandoeningen, zoals schildklierafwijkingen, anemie en infecties, uit te sluiten. Niet altijd wordt een evidence-based behandeling ingezet, bijvoorbeeld vanwege terughoudendheid bij het voorschrijven van medicatie in combinatie met borstvoeding.²

DSM-CRITERIA DEPRESSIE⁶

Vijf of meer symptomen, waarvan ten minste nummer 1 of 2, gedurende minstens twee weken (bijna) elke dag, (bijna) de hele dag, met significante lijdensdruk of beperkingen in het functioneren:

1. verlaagde stemming, gedurende het grootste deel van de dag en bijna elke dag;
2. verminderde interesse of plezier in (bijna) alle activiteiten, gedurende het grootste deel van de dag en bijna elke dag;
3. significant gewichtsverlies zonder dat een dieet wordt gehouden, of een gewichtstoename (bijv. > 5% van het lichaamsgewicht binnen één maand), of bijna elke dag een afgenomen of toegenomen eetlust;
4. insomnia of hypersomnia, bijna elke dag;
5. psychomotorische agitatie of vertraging, bijna elke dag;
6. vermoeidheid of verlies van energie, bijna elke dag;
7. gevoelens van waardeloosheid of excessieve of onterechte schuldgevoelens, bijna elke dag;
8. verminderd vermogen tot nadenken of concentreren, of besluiteloosheid, bijna elke dag;
9. recidiverende gedachten aan de dood, recidiverende suïcidegedachten zonder een specifiek plan, of een suïcidepoging, of een specifiek plan om suïcide te plegen.

De episode kan niet worden toegeschreven aan de fysiologische effecten van een middel of aan een somatische aandoening. Minstens één depressieve episode kan niet verklaard worden door een schizoaffectieve stoornis en is niet gesuperponeerd op (komt niet bovenop) een psychotische stoornis. Tot slot heeft er zich nooit een (hypo)manische episode voorgedaan.

Indien de symptomen van depressie ontstaan tijdens de zwangerschap of binnen vier weken na de bevalling, kan de specificatie 'met begin peri partum' worden toegepast.

DE EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE (EPDS)

De Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) is een zelfinvulvragenlijst, die angst en depressieve klachten over de afgelopen zeven dagen meet en voor afname tijdens de zwangerschap en na de bevalling in het Nederlands gevalideerd is. De EPDS bestaat uit 10 items met scores in een oplopende ernst van 0 tot en met 3 en een totale maximumscore van 30.

- Score lager dan 10:
 - dit is binnen het normale gebied van psychisch functioneren.
- Score 10, 11 of 12:
 - dit betekent dat er mogelijk sprake is van klinisch relevante angst- en/of depressieve klachten.
- Score hoger dan 12:
 - dit betekent dat er waarschijnlijk sprake is van klinisch relevante angst- en/of depressieve klachten.

- Een onbehandelde post-partumdepressie kan negatieve gevolgen hebben voor zowel moeder als kind, zoals verminderde borstvoeding en een verstoorde moeder-kindinteractie. Dit kan impact hebben op de cognitieve, emotionele, sociale en gedragsmatige ontwikkeling van het kind.¹⁰
- Gezien de potentieel negatieve impact van post-partumdepressie op moeder en kind, zijn screening en preventie van groot belang. De Edinburgh (Post-natal) Depression Scale (E(P)DS) is een betrouwbare zelfinvulvragenlijst, die depressieve symptomen screent tijdens zowel de zwangerschap als de post-partumperiode.¹¹⁻¹³ In ernstige gevallen, wanneer een psychiatrische opname noodzakelijk is, wordt opname op een psychiatrische moeder-baby-unit (MBU) overwogen.

Casus Ervaringsverhaal

'Ik raakte gewenst zwanger en mijn man en ik bereidden ons voor op de komst van ons kindje. Ik zorgde ervoor dat ik lichamelijk zo fit mogelijk bleef, ging naar zwangerschapsyoga en bleef zwemmen. Thuis moest alles perfect in orde zijn, huis schoon, kleertjes en kamertje op orde. Vanuit mijn werk als obstetrie verpleegkundige weet ik, dat een bevalling niet altijd loopt zoals gepland, maar ik hoopte op een badbevalling bij ons thuis. Helaas braken mijn vliezen met 34 weken en kwam ik in het ziekenhuis terecht, waar ik bij 35 weken beviel van onze zoon. Hij moest nog drie weken opgenomen blijven, voordat hij mee naar huis kon. Ik voelde mij onzeker en als ik met hem zat, voelde dat wat onwerkelijk. Hiervoor schaamde ik mij, vooral omdat ik niet overliep van gevoelens van liefde voor hem. Ik startte met kolven, totdat ik borstvoeding kon geven. Het aanleggen lukte niet goed en de melkproductie kwam moeilijk op gang. Dat voelde voor mij als falen. Eerst kon ik mijn kind niet in mijn buik houden en nu ging de borstvoeding ook al niet goed.

Eenmaal thuis begon ik mij somber te voelen. Het lukte niet om te rusten, slapen lukte nauwelijks. Ondanks dat mijn zoontje wel sliep, kon ik niet in slaap komen. Ik lag maar te piekeren. Ik was druk met de zorg voor hem en het huis moest ook op orde blijven. Iedere dag wassen, flessen uitkoken, stofzuigen en stoffen. Ik genoot nergens meer van en voelde me vreselijk schuldig naar mijn man en mijn zoontje. Ik probeerde blij te doen, maar reageerde prikkelbaar naar mijn man en zoontje, kwam niet meer buiten en ik verzorgde mijzelf niet meer. Ik voelde me zo eenzaam en beroerd. De zorg voor mijn zoontje deed ik op de automatische piloot. Op aandringen van mijn man ben ik naar de huisarts gegaan, die mij verwees naar de GGZ. Gespannen ging ik daarheen, bang voor het oordeel een waardeloze moeder te zijn, bang dat ik gek geworden was. De uitleg die ik kreeg over depressie, de steun en het plan

voor behandeling gaven mij weer wat hoop. Ik was niet de enige en ik was niet gek. Samen met de verpleegkundig specialist maakte ik een plan dat bestond uit gesprekken, individuele cognitieve gedragstherapie, kijken hoe ik thuis wat tot rust kon komen door zelf hulp te vragen en moeder-kindinterventie. Mijn partner was aanwezig bij de psycho-educatie en terugkoppeling van het behandelplan.

In kleine stapjes merkte ik vooruitgang. Hulp accepteren, niet te streng voor mezelf zijn en niet te snel willen/moeten opknappen van mezelf waren lastig.

Langzaamaan kon ik weer wat ontspannen en genieten met mijn zoontje. Inmiddels ben ik weer de "oude" en heb ik vertrouwen opgebouwd een "goed genoeg" moeder te zijn. Ik deel dit verhaal om andere moeders met somberheidsklachten te laten weten: je bent niet alleen, je hoeft niet perfect te zijn, vraag hulp, je depressie kan worden behandeld!

ETIOLOGIE

Meetbare factoren die het ontstaan van een post-partumdepressie mogelijk verklaren, komen in grote lijnen overeen met de risicofactoren die worden beschreven bij het ontstaan van een depressie buiten de post-partumperiode:^{5,10}

- een depressie of angststoornis in de voorgeschiedenis;
- een positieve familieanamnese voor (post-partum) depressie;
- alcohol- of drugsverslaving;
- een lage sociaaleconomische status;
- huiselijk geweld;
- het meemaken van ingrijpende levensgebeurtenissen, zoals mishandeling, verwaarlozing in de jeugd, seksueel misbruik, relatieproblemen en het ontbreken van steun. De zwangerschap, bevalling en het nieuwe moederschap kunnen ook als ingrijpende levensgebeurtenissen worden beschouwd, evenals een onbedoelde of ongewenste zwangerschap en het optreden van obstetrische complicaties;
- het ligt voor de hand om ook de sterke veranderingen in de hormonen tijdens en na de zwangerschap te relateren aan een post-partumdepressie. Hoewel dit bij sommige vrouwen een rol kan spelen, is het tot nu toe in wetenschappelijk onderzoek niet goed gelukt deze groep vrouwen te identificeren op basis van het bepalen van hormoonspiegels. Wel is bekend dat vrouwen die rondom de menstruatie stemmingsklachten hebben een grotere kans hebben op het krijgen van een post-partumdepressie.¹⁴
- Tot slot is het aannemelijk dat er ook een erfelijke component is in het vatbaar zijn voor een post-partumdepressie, maar ook hiervoor geldt dat er nog geen objectieve manieren zijn om dit verhoogde risico op te sporen.

BELOOP

Meestal raakt de post-partumdepressie in remissie na een paar maanden behandeling, maar 24% van de vrouwen is een jaar na de bevalling nog steeds depressief en 13% na twee jaar. Ongeveer 40% van de vrouwen met post-partumdepressie maakt tijdens hun leven opnieuw een depressie mee, al dan niet tijdens of na een volgende zwangerschap.⁵ Er is echter een gebrek aan studies die de vooruitzichten (herstelkans en lange termijn) van een post-partumdepressie hebben onderzocht.¹⁰

BEGELEIDING/BEHANDELING

Voor de behandeling van een post-partumdepressie kunnen de geldende richtlijnen voor depressie gevolgd worden zoals beschreven in de richtlijn *Depressie*.¹⁵

In principe vormen psycho-educatie, leefstijladviezen en zo nodig psychotherapie de eerstekeusbehandeling. Afhankelijk van de ernst van de depressieve klachten en de voorkeur van de patiënte kan er (daarnaast) gestart worden met antidepressieve medicatie. Bij de behandeling van een post-partumdepressie is er een aantal aandachtspunten:

- Indien psychotherapie geadviseerd is, dient de haalbaarheid wat betreft logistiek voor de patiënte goed in kaart gebracht te zijn. Is patiënte in staat naar de therapeut te gaan (bijv. met betrekking tot oppas voor de baby) en is er voldoende hulp en steun beschikbaar, zodat zij ook thuis met haar therapie aan de slag kan gaan?
- Bij medicamenteuze behandeling moet rekening gehouden worden met borstvoeding, indien dit van toepassing is. Bij het voorschrijven van antidepressiva aan vrouwen die borstvoeding geven, wordt over het algemeen gezocht naar middelen die zo min mogelijk in de moedermelk terechtkomen en dus een zo laag mogelijk risico voor de baby hebben.
- Bij paroxetine en sertraline worden de laagste plasmaconcentraties gevonden bij borstgevoede kinderen.¹⁶ Tevens dient in deze levensfase bij

vrouwen rekening gehouden te worden met een eventueel volgende zwangerschap. Sertraline heeft daarbij in principe de voorkeur.

- Houd oog voor de ouder-kindrelatie en zet tijdig in op ouder-kindinterventies, mochten er subjectieve of objectieve zorgen zijn over de ouder-kindrelatie. Bij een veilige ouder-kindrelatie is sprake van gedeeld plezier, accepteert het kind troost van en kalmeert het bij moeder, is moeder in staat de emoties van het kind te benoemen en te reguleren, reageert moeder sensitief op het kind, is het kind ontspannen in contact met moeder.
- De eerste 1000 dagen (van conceptie tot 2 jaar) zijn voor een gezonde ontwikkeling van het kind cruciaal. Daarom maken goede informatie en begeleiding van ouders over de omgang met het kind juist in die periode het verschil.¹⁷

Moeder-kindinteractie

Depressieve symptomen kunnen effect hebben op de moeder, de moeder-kindinteractie, de partner en het kind zelf. Depressie kan leiden tot een verminderde emotionele band tussen de moeder en de baby, versterkt door schuldgevoelens en gevoelens van waardeloosheid als moeder. Het overdragen van de zorg aan anderen kan deze gevoelens verder vergroten. Moeders met een depressie kunnen minder responsief reageren op de behoeften van hun baby vanwege psychomotorische onrust of remming, vermoeidheid en negatieve gedachten. De ontwikkeling van baby's kan daardoor bedreigd worden, vooral bij ernstige en langdurige depressies, waarbij moeder en kind gedurende langere periode niet op elkaar zijn afgestemd in hun interactie.

Focus op de moeder-kindinteractie is essentieel in elke fase van de behandeling van moeder. Indien er zorgen bestaan over de moeder-kindinteractie wordt ouder-kindinterventie aangeraden. Dit is een vorm van begeleiding die erop gericht is de interactie tussen ouders



ROL VERPLEEGKUNDIG SPECIALIST

Verpleegkundig specialisten spelen een cruciale rol in het herkennen, diagnosticeren en behandelen van een post-partumdepressie. Ze moeten zich bewust zijn van de specifieke uitdagingen in de post-partumperiode. De verpleegkundig specialist kan onder andere:

- screenen op depressieve klachten en risicofactoren;
- psycho-educatie en leefstijladvies bieden;
- psychotherapie en medicamenteuze behandeling toepassen;
- partners betrekken bij de zorg;
- samenwerken met andere zorgverleners voor een holistische aanpak.

en hun kind te verbeteren.¹⁸ Een voorbeeld hiervan is video-interactiebegeleiding.

Aandacht voor partner

Een cruciaal aspect van de behandeling is het betrekken van de partner.

Dit omvat:

- psycho-educatie voor de partner;
- aandacht voor de onderlinge ondersteuning in de partnerrelatie;
- versterking van de ouder-kindrelatie;
- het monitoren van het mentaal welzijn van de partners.

In veel gevallen beseffen partners aanvankelijk niet volledig wat er gaande is en richten ze pas later hun aandacht op hun eigen ervaringen, wanneer de toestand van de moeder verbetert. Vroegtijdige betrokkenheid kan partners in staat stellen om elkaar te begrijpen en ondersteunen.

Bovendien heeft de partner een significante invloed op de ouder-kindrelatie. Deze rol wordt nog belangrijker wanneer de interactie tussen moeder en kind minder soepel verloopt. De partner kan op een adequate en responsieve manier met de baby omgaan, wat de ontwikkeling van de baby ten goede komt.

Bij mannen bestaat net als bij vrouwen tijdens de post-partumperiode een verhoogd risico op een depressie. Van hen krijgt ongeveer 10% te maken met depressie na de geboorte van een kind ten opzichte van de prevalentie van depressie onder mannen in de algehele bevolking (4,8%).¹⁹ ■

LITERATUUR

1. Doesum T van. Zwangerschap en depressie. Geraadpleegd via <https://www.trimbos.nl/kennis/mentale-gezondheid-preventie/expertisecentrum-mentale-gezondheid/mentale-gezondheid-en-zwangerschap/zwangerschap-en-depressie/> op 12 juli 2023.
2. Pop V. Depressie. In: Lambregtste-van den Berg M, Kamp I van, Wennink H (red). Handboek psychiatrie en zwangerschap. Utrecht: De Tijdstroom; 2015. p. 38-45.
3. Munk-Olsen T, Munk Laursen T, Mendelson T, et al. Risks and predictors of readmission for a mental disorder during the postpartum period. Arch Gen Psychiatry 2009 Feb;189-95.
4. Meltzer-Brody S, Howard LM, Bergink V, et al. Postpartum psychiatric disorders. Nat Rev Dis Primers 2018 Apr 26;4:18022.
5. Stewart DE, Vigod SN. Postpartum Depression: Pathophysiology, Treatment, and Emerging Therapeutics. Annu Rev Med. 2019 Jan 27;70:183-96.

Overige literatuur vindt u op www.nurseacademyggz.nl.

DO'S EN DONT'S

DO'S

- Geef patiënte de tijd en ruimte om gevoelens te verwoorden, ook doodsgedachten.
- Patiënte heeft behoefte aan erkenning: luister, gedachten niet tegenspreken, ondersteun.
- Patiënte positief bekrachtigen in de dingen die zij goed doet als ouder. Dit kan de relatie tussen ouder en kind versterken en patiënte aanmoedigen het positieve gedrag vast te houden.
- Geef patiënte waar mogelijk regie en controle, sta naast haar.
- Screen alle patiënten tijdens de zwangerschap en in het eerste jaar na de bevalling op psychische klachten.
- Neem klachten serieus en stel een verwijzing voor naar een professional die bekend is met de aandoening zoals een POP-poli (samenwerking tussen psychiatrie, obstetrie en pediatrie).
- Wijs patiënte op verlengde kraamzorg en gespecialiseerde thuiszorg.
- Reflecteer op uw eigen emoties en gedrag als verpleegkundige, herken uw eigen emoties, erken wanneer u geraakt bent en draag zorg voor professionele afstand/nabijheid.
- Werk samen met de patiënte, haar partner en andere zorgprofessionals, zoals de huisarts en het Centrum voor Jeugd en Gezin.

DONT'S

- Goedbedoelde adviezen, oordelen of kritiek geven. De schuldgevoelens en gevoelens van waardeloosheid die gepaard gaan met depressie, kunnen zich vooral richten op het moederschap. Adviezen en kritiek, zoals hoe ze met hun baby moeten omgaan, kunnen die gevoelens versterken en extra pijnlijk zijn.
- Gedachten van de patiënte tegenspreken of proberen ze te veranderen (bijv. schuldgevoelens).
- Veronderstellen, stellig zijn over gevoelens en gedachten van de patiënte, of voor haar invullen.
- Bagatelliseren of negeren van haar klachten.
- Patiënte aansporen om flink te zijn.
- Haar proberen op te vrolijken.
- Vermijden om moeilijke gedachten en gevoelens bespreekbaar te maken, of deze te licht opvatten.