

Dr. Babette Bais  
& Dr. Nina Molenaar

# WAAR IS MIJN ROZE WOLK?

Alles over psychiatrie en zwangerschap



Uitgeverij Lucht BV, Hilversum

# Inhoud

|                                                                         |     |
|-------------------------------------------------------------------------|-----|
| Introductie                                                             | 7   |
| Depressie – meer dan een dip                                            | 11  |
| Angst – als zorgen te groot worden                                      | 55  |
| Posttraumatische stressstoornis (PTSS) – herinneringen<br>die pijn doen | 87  |
| Bipolaire stoornis – een emotionele achtbaan                            | 111 |
| Postpartum psychose – als de werkelijkheid kantelt                      | 131 |
| Medicatie – vriend én vraagstuk                                         | 161 |
| Nawoord                                                                 | 213 |
| Dankwoord                                                               | 217 |
| Bijlage 1. Voor wie meer wil kijken, luisteren en lezen                 | 221 |
| Bijlage 2. Screenen op depressieve symptomen                            | 223 |
| Bijlage 3. Screenen op angst                                            | 227 |
| Bijlage 4. Screenen op stress na een traumatische<br>gebeurtenis        | 229 |
| Bijlage 5. Tips voor het opstellen van een bevalplan                    | 231 |
| Bronvermelding                                                          | 233 |

# Introductie

Dit boek is er voor de zwangere vrouw die zich somber voelt, ook al was de zwangerschap gewenst. Voor de vrouw die zó bang is, dat ze de deur niet meer uit durft met haar baby. Voor de vrouw die in huilen uitbarst als ze aan haar bevalling terugdenkt. Voor de vrouw die antidepressiva slikt en niet weet of ze daarmee wel veilig zwanger kan worden. Voor de vrouw die soms gedachten heeft over haar kind op een willekeurige plek achter te laten. Voor de vrouw die na haar bevalling de weg kwijtraakte en opgenomen moest worden op de psychiatrische afdeling.

Ben jij een van die vrouwen?\* Weet dan: je bent niet alleen.

Psychische klachten en zwangerschap, het is een ondergeschoven kindje. En dat terwijl psychische klachten tijdens én na de zwangerschap ontzettend vaak voorkomen: maar liefst één op de vijf vrouwen krijgt hiermee te maken. Bijna iedereen heeft weleens gehoord van postpartum (of postnatale) depressie, een depressie die je krijgt in de eerste maanden na de bevalling. Maar dat je nog met allerlei andere psychische klachten te maken kunt krijgen rondom de zwangerschap weet men vaak niet. Denk bijvoor-

---

\* Tijdens het schrijven van dit boek hebben wij nagedacht over de term 'vrouwen'. Wij willen dit boek graag zo inclusief mogelijk maken en niemand buitensluiten. Wij zijn ons er namelijk van bewust dat niet alleen vrouwen zwanger kunnen worden, maar ook transmannen en non-binaire personen. De beste term was wellicht 'mensen met een baarmoeder' geweest. Voor de leesbaarheid hebben we toch gekozen voor het woord 'vrouwen'.

beeld aan depressie tijdens de zwangerschap, extreme angst over het welzijn van je kind, of stressklachten na een heftige bevalling. Helaas gaat die onwetendheid vaak hand in hand met stigmatisering. Simpel gezegd: onbekend maakt onbemind. Zo krijgen vrouwen met een depressie tijdens de zwangerschap soms te horen dat ze maar dankbaar moeten zijn dat ze zwanger zijn, of wordt stress na een traumatische bevalervaring afgedaan als aanstellerij.

Om die onwetendheid te verkleinen hebben wij *Waar is mijn roze wolk?* geschreven, waarin we je alles vertellen over psychische klachten en zwangerschap. Je leest over de symptomen die bij de verschillende stoornissen horen, de risico's die ermee gepaard gaan en de behandelingen die beschikbaar zijn. Ook geven we je allerlei praktische tips en handvatten om klachten bij jezelf te herkennen, ermee aan de slag te gaan en de weg naar passende hulp te vinden. Daarnaast laten we vrouwen (en mannen!) aan het woord die te maken hebben gehad met psychische klachten rondom de zwangerschap. We hebben het onder andere over depressie, over angst en over medicatie. En dat alles wetenschappelijk onderbouwd. Met als doel om jou meer kennis te geven over de klachten die je hebt en wat je eraan kunt doen. Wij zijn ervan overtuigd dat er minder taboes zullen zijn als er meer over deze klachten bekend is. Zo wordt het makkelijker bespreekbaar met mensen in je omgeving – je partner, je familie en vrienden – én met hulpverleners. Want hulp zoeken is juist zo hard nodig. Voor zowel de (aanstaande) ouders als het (ongeboren) kind. Je hoeft het echt niet allemaal alleen te doen.

Wij hebben dit boek geschreven voor de vrouwen die een kindwens hebben en niet weten of ze moeten stoppen met hun medicatie, of juist niet. Voor de vrouwen die zwanger zijn en zich ab-

soluut niet op een roze wolk bevinden. Voor de vrouwen die beter geïnformeerd willen zijn over mogelijke psychische klachten rondom de zwangerschap. Maar ook voor de partners die zich zorgen maken om hun vrouw die net bevallen is en zichzelf niet is. En voor iedereen die meer wil weten rondom zwangerschap en psychische klachten. Wij vinden dat eigenlijk iedereen dit boek zou moeten lezen. Psychische klachten rondom de zwangerschap zijn namelijk niet zeldzaam.

Wie zijn 'wij' trouwens? Wij zijn Babette en Nina. Babette is biomedisch wetenschapper, Nina is arts. Daarnaast zijn wij allebei klinisch epidemioloog en zijn wij gepromoveerd op het gebied van peripartum psychiatrie: het veld van psychiatrie rondom de *partus*, oftewel de bevalling. Babette heeft veel onderzoek gedaan naar depressie tijdens de zwangerschap, Nina naar psychiatrische medicatie tijdens de zwangerschap. We zijn allebei nog steeds op verschillende manieren werkzaam in de wetenschap, Babette als wetenschappelijk adviseur en Nina als richtlijnontwikkelaar en senior onderzoeker.

Dit boek is er om je nieuwe inzichten te geven. We hopen dat het bijdraagt aan meer herkenning en erkenning van psychische klachten rondom de zwangerschap. En als je zelf met deze klachten te maken hebt (gehad), hopen we vooral dat je je gesteund en gezien voelt.

#### *Praktische toelichting*

Het boek is ingedeeld naar psychiatrische stoornis. We beginnen met depressie, gaan over op angststoornissen, gevolgd door posttraumatische stressstoornis, bipolaire stoornis en postpartum psychose. Ook is er een apart hoofdstuk over psychiatrische medicatie. In elk hoofdstuk kun je lezen welke klachten bij de betref-

fende stoornis horen. Mocht je klachten hebben, maar nog niet precies weten om welke stoornis het misschien kan gaan, dan raden we je aan de symptomen aan het begin van elk hoofdstuk te bekijken. Overlap tussen de stoornissen komt regelmatig voor en daarnaast is het soms niet gelijk duidelijk wat er precies speelt als je bepaalde klachten hebt.

Elk hoofdstuk bevat naast praktische tips en ervaringsverhalen een hoop achtergrondinformatie over de stoornis. Subkopjes navigeren je door het hoofdstuk heen. Diepgaande informatie, ‘wetenschappelijke intermezzo’s’ genaamd, hebben we in kaders geplaatst. Dus mocht je nog dieper op de zaken in willen gaan, dan raden we je aan om deze kaders te lezen.

## Depressie – meer dan een dip

*‘Eindelijk weet ik wat er met me aan de hand is,’ verzucht Sanne. Ik – Babette – heb haar aan de lijn nadat ze eerder een onderzoeksbrochure van me heeft ontvangen. Ik bel haar nu om haar meer uitleg te geven over deelname aan een van onze studies, zodat ze goed geïnformeerd is voordat ze besluit eraan mee te doen. Maar het telefoontje krijgt een andere draai: ze begint te huilen. Ze herkent zó ontzettend veel in de beschrijving van het onderzoek, dat ze nu pas beseft dat ze een depressie heeft. Ze is ondertussen zestien weken zwanger en voelt zich al wekenlang somber, lusteloos en doodmoe. Dit zag ze niet aankomen. ‘Je kunt toch niet depressief worden als je zwanger bent?’*

Helaas, zwanger zijn beschermt je niet tegen een depressie. Of tegen andere psychiatrische stoornissen. Was het maar zo. Er wordt nog weleens gedacht dat een depressie tijdens de zwangerschap simpelweg niet mogelijk is, onder het mom van ‘evolutie-nair beschermt je lichaam je daartegen’. Het is daarbij een fabel-tje dat alle zwangerschapshormonen alleen maar positieve effecten hebben, waardoor je gelukkiger en vrolijker bent dan ooit, de zogeheten roze wolk. Deze hormonen zijn juist de grote boosdoeners van onder andere (ochtend)misselijkheid, een opgeblazen gevoel en pijnlijke borsten. Zwangerschap beschermt je tegen geen van de psychiatrische stoornissen. Je kunt tijdens de zwangerschap te maken krijgen met alle psychiatrische stoornissen die je buiten de zwangerschap om ook kunt hebben. Depressie is daarbij waarschijnlijk de meest bekende psychiatrische stoornis. Niet gek, want het is ook een van de meest voorkomen-

de psychiatrische stoornissen. Veel mensen denken dan ook wel te weten wat het inhoudt. Je bent dan vooral heel somber, toch? Het is echter een stuk genuanceerder dan dat.

### *Depressie, wat is het?*

Depressie valt onder de stemmingsstoornissen, een verzamelnaam voor aandoeningen waarbij de stemming ernstig verstoord is. Naast depressie heb je in deze groep stoornissen ook dysthymie en bipolaire stoornissen. Dysthymie is een soort mildere, langdurige depressie en bipolaire stoornissen krijgen in dit boek hun eigen hoofdstuk. Depressie heeft de hoogste ziektelast wereldwijd, volgens de World Health Organization (WHO). Er wordt geschat dat wereldwijd gemiddeld 332 miljoen mensen lijden aan een depressie, wat neerkomt op ongeveer 4,4 procent van de bevolking. Vrouwen hebben er bovendien vaker last van dan mannen. Uiteindelijk krijgt gemiddeld één op de vijf Nederlanders ooit te maken met een depressie.

Om iemand te diagnosticeren met een psychiatrische stoornis maken we gebruik van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), letterlijk vertaald: het diagnostisch en statistisch handboek voor psychische stoornissen. Dit boek, dat is opgesteld door een internationale groep van meer dan honderd zestig experts, bevat de criteria waaraan je moet voldoen om een bepaalde diagnose te krijgen. Het wordt wereldwijd gebruikt door zorgverleners bij de beoordeling van psychische klachten. De eerste editie werd in 1952 gepubliceerd en momenteel zijn we bij de vijfde editie (gepubliceerd in 2013) aanbeland. Voor de diagnose depressie zijn er negen criteria. Let wel: deze worden uitgevraagd en geïnterpreteerd door een getraind zorgverlener, die naar frequentie, duur, ernst én de context van de klachten kijkt. Deze criteria kun je daarom niet gebruiken voor zelfdiagnostiek.

Allereerst zijn er twee kerncriteria, waarbij je ten minste aan één van de criteria moet voldoen voor de diagnose depressie:

1. een depressieve stemming
2. een afname in interesse en/of plezier

Nu hebben we dat waarschijnlijk allemaal weleens, dus het is belangrijk om erachter te komen hoe vaak en hoelang je hier last van hebt. Om de diagnose te kunnen stellen, moet er sprake zijn van een depressieve stemming en/of van duidelijk minder interesse of plezier gedurende in elk geval twee weken. Ook is het belangrijk dat deze gevoelens het grootste deel van de dag en (bijna) elke dag aanwezig zijn. Het gaat dus verder dan je even wat neerslachtiger voelen en wat minder zin hebben in dingen.

Vervolgens zijn er nog een aantal andere criteria, waarbij weer geldt dat je hier (bijna) elke dag last van moet hebben:

3. een duidelijke gewichtsafname (zonder dat er natuurlijk een dieet met dit als doel wordt gevolgd) of gewichtstoename, of een afgenomen of toegenomen eetlust
4. insomnia of hypersomnia, oftewel: te weinig of te veel slapen
5. psychomotorische agitatie of remming, wat inhoudt dat je ofwel zo gejaagd en rusteloos bent dat je niet stil kunt zitten of juist dat je trager praat en beweegt dan normaal
6. moeheid of verlies aan energie
7. gevoelens van waardeloos zijn of enorme (vaak onterechte) schuldgevoelens hebben
8. moeite met nadenken, concentreren of besluiten nemen
9. regelmatig gedachten hebben aan de dood, zelfmoordgedachten hebben of zelfs al specifieke plannen voor zelfdoding hebben

Voor de diagnose depressie moet je aan minstens vijf van de negen criteria voldoen. Natuurlijk is het niet een kwestie van simpelweg afvinken. Stel dat je voldoet aan vier kenmerken, maar

ontzettend lijdt door de klachten, dan kan de diagnose alsnog worden gesteld. Kortom, het is maatwerk.

Aangezien je niet aan alle symptomen hoeft te voldoen voor een diagnose, betekent dit dat een depressie er voor verschillende mensen heel anders uit kan zien. Zo kan de een ontzettend somber zijn, geen eetlust hebben en last hebben van slapeloosheid, waar de ander juist last heeft van te veel slaap en een ontzettend toegenomen eetlust. Iemand kan lijden door onterechte schuldgevoelens, terwijl een ander concentratieproblemen heeft. Ook heeft niet iedereen in dezelfde mate last van de klachten. Misschien denk je dat je niks meer kunt en je enkel nog in je bed wilt liggen met de dekens over je heen als je depressief bent. Natuurlijk zijn er mensen die dit zo ervaren, maar er zijn ook genoeg mensen die met een depressie naar hun werk gaan, een opleiding volgen of een rijk sociaal leven hebben. Sommigen zijn expert geworden in het verbergen van hun symptomen.

*‘Ik had al mijn moed verzameld en mijn omgeving verteld over mijn depressieve klachten. Mensen namen me echter niet serieus, omdat ik volgens hen gewoon nog kon lachen. Dat was echt ontzettend moeilijk. Ik had er namelijk onwijs veel last van, maar ik hield continu een masker voor. Voor de buitenwereld leek ik misschien een vrolijke meid, maar dat was ik absoluut niet vanbinnen.’ Aldus Gaia, een deelneemster uit een van onze onderzoeken. Zulke (vaak goedbedoelde) opmerkingen uit de omgeving kunnen ervoor zorgen dat mensen zich niet gezien of gehoord voelen en geen hulp zoeken voor hun klachten. Neem dus nooit aan dat iemand niet depressief is, wanneer diegene niet zo ‘oogt’. En als je zelf met dit onbegrip te maken hebt gehad, weet dan dat jouw buitenkant niks zegt over hoe jij je vanbinnen voelt.*

Hedwig was ook zo iemand die ‘functioneerde’ tijdens haar depressie. Ze ging gewoon naar haar werk en zorgde voor haar twee zoontjes. Daardoor beseft ze niet dat ze te maken had met een depressie tijdens haar zwangerschappen. Ook haar man Aart had het niet door. Pas bij haar derde zwangerschap, en dus haar derde depressie, viel het kwartje. Toen besloot ze hulp te zoeken voor haar klachten.

### **Hedwig en Aart: ‘Eindelijk konden we het benoemen.’**

Aart: ‘Van een postpartum depressie hadden we wel gehoord. Maar tijdens de zwangerschap? Nee, dat kenden we niet.’

Hedwig: ‘In mijn twee eerdere zwangerschappen heb ik veel last gehad van sombere gevoelens, alleen herkende ik deze toen niet als zodanig. Destijds voelde ik me niet helemaal lekker, ik was ook behoorlijk misselijk, dus gooide ik het daar maar op. Toen ik voor de derde keer zwanger was, kwam er opnieuw zo’n zware deken over me heen te liggen en dacht ik: shit, dit was het gevoel inderdaad. Ik heb direct bij de verloskundige aangegeven dat ik dit keer echt meer van mijn zwangerschap wilde genieten, want dit zou mijn laatste worden. Heel veel aandacht werd er niet aan besteed, ik moest maar online wat gaan zoeken en dan zou ik vanzelf wel wat tegenkomen. Toevallig stuurde een vriend van ons een krantenartikel door, een interview met Babette over depressie tijdens de zwangerschap. Ik las dat en voelde gelijk zo’n opluchting. Dit was het, dit was exact wat ik voelde. Ik herkende zoveel, dit artikel ging gewoon over mij. Op het moment dat ik er die woorden aan gaf, dat ik het kon benoemen, dat luchtte zó op. Het was niet ineens allemaal opgelost op dat moment, natuurlijk niet, maar het gaf me wel heel veel ruimte. Ook in mijn eerste gesprek met Babette, waarin ze aangaf dat er veel meer vrouwen zijn die dit hebben, gaf het mij de ruimte dat het okay is om dit te voelen. Daar-

voor voelde ik me heel erg raar, alsof ik niet klopte. Dat artikel en gesprek hebben me echt ontzettend veel geholpen.'

Aart: 'Op zich spraken we er wel over met elkaar, maar ik denk dat het wel beter had gekund. Voor mijzelf heb ik het niet als heel zwaar ervaren. Ik pakte meer taken op dan voorheen, om het makkelijker te maken voor Hedwig, en dat was niet erg. Dat deed ik graag voor haar. Ik wist dat het allemaal tijdelijk zou zijn. Na de bevalling zouden zagezegd "de gordijntjes weer opengaan", dat was tenminste ook zo bij de vorige twee zwangerschappen. Ook kon ik er gelukkig wel met mensen over praten.'

Hedwig: 'Mensen bedoelen het goed hoor, maar door bepaalde opmerkingen voel je dat er niet veel ruimte is om eerlijk te zijn. Dan zeggen mensen zoiets als: "Nou, je zit zeker lekker op die roze wolk, hè." Dan durf je niet makkelijk te zeggen dat het eigenlijk niet zo goed gaat met je. Iedereen denkt dat het allemaal heerlijk is. Ik probeerde dan weleens uit te leggen dat het fijn was dat ik nog een kindje kreeg, maar dat ik de zwangerschap verschrikkelijk vond. Dat zijn twee verschillende dingen en die mogen gewoon naast elkaar bestaan.'

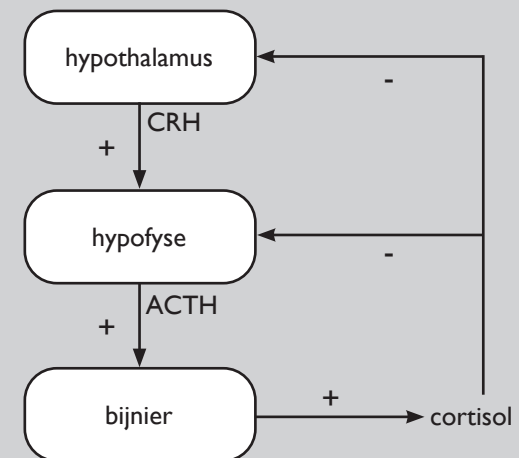
#### *Waarom word je depressief?*

Een vraag die veel mensen aan ons stellen is: 'Hoe ontstaat een depressie eigenlijk?' Een begrijpelijke vraag, maar er is helaas niet een simpel antwoord op te geven. Bepaalde stressvolle gebeurtenissen kunnen van invloed zijn, zoals het overlijden van iemand die dicht bij je stond. Er zijn bepaalde ziekten die depressieve klachten kunnen veroorzaken, zoals de ziekte van Parkinson of hypothyreoïdie (een aandoening aan de schildklier). Ook zijn er bepaalde geneesmiddelen die depressieve klachten kunnen veroorzaken, bijvoorbeeld corticosteroiden. En mogelijk spelen ge-

netische factoren daarnaast een rol, omdat we zien dat depressie vaak binnen families kan voorkomen.

#### **Wetenschappelijk intermezzo: depressie en de hersenen**

Wat gebeurt er precies in de hersenen bij een depressie? Het lijkt erop dat de hypothalamus-hypofyse-bijnier-as (HHB-as) betrokken is bij depressie, omdat overactiviteit van deze as vaak wordt gezien in mensen met een depressie. We weten echter (nog) niet of deze overactiviteit de oorzaak is van een depressie, of juist het gevolg. Normaal gesproken reguleert de HHB-as de productie en afgifte van cortisol (figuur 1). Dit gebeurt als reactie op stress.



**Figuur 1** Schematisch overzicht van de HHB-as. CRH = corticotropin-releasing hormoon, ACTH = adrenocorticotroop-hormoon.

Daarom wordt cortisol ook wel het 'stresshormoon' genoemd. In een gezonde situatie produceert de hypothalamus het corticotropin-releasing hormoon (CRH) en geeft dat ver-

volgens af. CRH stimuleert op zijn beurt de productie en afgifte van het adrenocorticotroop-hormoon (ACTH) uit de hypofyse. Zowel de hypothalamus als de hypofyse bevinden zich in je hersenen. ACTH stimuleert vervolgens de productie en afgifte van cortisol uit de bijnierschors, de buitenste laag van je bijnieren. Om ervoor te zorgen dat er niet oneindig veel cortisol wordt afgegeven, is er een zogenaamde negatieve feedbackloop ingebouwd. Dat betekent dat cortisol de activiteit van de hypothalamus en hypofyse weer remt. Het remt dus de productie en afgifte van CRH en ACTH. Wanneer het cortisol weer laag is, en dus het remmende effect wegvalt, zullen de hypothalamus en hypofyse weer meer gaan produceren. Zo zorgt het systeem ervoor dat alles in balans blijft.

Wat simpeler uitgelegd: zie de HHB-as als een soort verwarming. Je komt je huiskamer binnen en het is ijskoud. Als reactie hierop zet je lekker de thermostaat (de hypothalamus) aan. Deze stuurt met een signaal (CRH) de ketel (de hypofyse) aan. De ketel zorgt er op zijn beurt met een signaal (ACTH) voor dat de kachel (de bijnier) ook aangaat. Het wordt dus lekker behaaglijk in je kamer, want de temperatuur (cortisol) stijgt. Het is echter niet de bedoeling dat de temperatuur alleen maar stijgt. We willen immers niet dat de temperatuur in de huiskamer de 40 graden bereikt. Wanneer de temperatuur (cortisol) te hoog wordt, wordt er een seintje gegeven aan je thermostaat (hypothalamus) en je ketel (hypofyse), zodat die minder hard gaan werken. Je kachel (bijnier) gaat als gevolg hiervan ook minder aan het werk, waardoor de temperatuur zal dalen. Wanneer de temperatuur te laag is, gaat het hele systeem weer aan. Bij mensen met een depressie is deze zogeheten negatieve feedbackloop verstoord, waardoor de cortisolspiegels te hoog zijn. Het sys-

teem koppelt dus niet terug dat de verwarming weer uit mag. Je hebt dus continu te veel stresshormonen.

Een kleine kanttekening hierbij: de HHB-as is sowieso onderhevig aan grote veranderingen tijdens de zwangerschap. Cortisolwaarden van de moeder kunnen wel zestig tot zevenhonderd keer (!) zo hoog zijn, ten opzichte van voorafgaand aan de zwangerschap. Dit is dus een normale situatie. Maar waarom heeft dan niet iedere zwangere vrouw te maken met depressie met die hoge cortisolwaarden? Er wordt gedacht dat vrouwen met een normaal functionerende HHB-as tijdens de zwangerschap minder gevoelig worden voor stress doordat de hypothalamus minder gevoelig wordt hiervoor. Teruggrijpend op onze metafoor: de thermostaat wordt wat minder gevoelig voor de temperatuur in huis. Het hele verwarmingssysteem fluctueert dus niet zozeer. Mogelijk werkt dit minder goed bij vrouwen met een niet goed functionerende HHB-as, wat dus kan leiden tot depressieve symptomen.

### *Help, heb ik een depressie?*

Ben je zwanger of al bevallen en twijfel je na bovenstaande of je een depressie hebt? Alhoewel de uiteindelijke diagnose alleen door een arts of een psycholoog kan worden gesteld, kun je zelf al wel een 'screener' doen. Speciaal voor zwangere en onlangs bevallen vrouwen is er een vragenlijst opgesteld: de Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). De titel is misschien wat misleidend, want ondanks dat er 'postnataal' in staat, is deze vragenlijst ook geschikt voor vrouwen die nog zwanger zijn. Ook is hij maanden na de bevalling nog te gebruiken. Deze vragenlijst wordt wereldwijd gebruikt voor het screenen op depressie, ook

door bijvoorbeeld verloskundigen en gynaecologen. Hij bestaat uit tien vragen met vier antwoordopties per vraag. Je vindt hem in de bijlage. Je vindt er ook een uitleg over hoe je na het invullen je score kunt berekenen. Een verhoogde score betekent dat je mogelijk een depressie hebt. Maar dat hoeft niet, soms is je score tijdelijk verhoogd zonder dat er echt sprake is van een depressie. Bij een verhoogde score is het verstandig contact op te nemen met je huisarts, je verloskundige of je gynaecoloog voor verder onderzoek.

### **Maatschappelijk intermezzo: obstetrische zorg in Nederland**

De zorg rondom de zwangerschap in Nederland is vrij uniek vergeleken met andere landen. In het buitenland is het gebruikelijk dat alle zwangeren worden behandeld door een gynaecoloog, wij hebben echter de zogenaamde eerstelijns- en tweedelijnszorg. Zorg die je ontvangt van een huisarts of een verloskundige is eerstelijnszorg. Ben je onder controle van een gynaecoloog, dan valt dit onder tweedelijnszorg. De meerderheid van de zwangeren in Nederland ontvangt zorg van een verloskundige. Dit kan gedurende je gehele zwangerschap zo zijn, waarbij ook je bevalling door de verloskundige kan worden begeleid. In Nederland is het daarnaast nog redelijk gebruikelijk om onder begeleiding van een verloskundige thuis te bevallen. Het is zelfs zó Nederlands dat de cultuur van thuis bevallen recent is toegevoegd aan de lijst van Nederlands immaterieel erfgoed. De filosofie achter deze eerstelijnszorg is dat een bevalling een natuurlijk proces is. Zolang er geen risicofactoren aanwezig zijn, is het goed mogelijk te bevallen zonder medisch ingrijpen. Dit zien we ook duidelijk terug in internationale vergelijkingen. Als we bijvoorbeeld

kijken naar het aantal keizersneden, dan ligt dat in Nederland een stuk lager dan in een land als Amerika. Natuurlijk is er in sommige gevallen wél medisch ingrijpen nodig. Verloskundigen kijken bij elke controle naar mogelijke risicofactoren en zij verwijzen je door indien er sprake is van een 'hoog-risico-zwangerschap'. Hier kun je denken aan afwijkingen die te zien zijn op de echo of een hoge bloeddruk. Uiteindelijk sturen verloskundigen zo'n 30 procent van de zwangeren door naar de tweede lijn. Soms wordt de zorg dan geheel overgenomen door de gynaecoloog. In andere gevallen wordt er samengewerkt tussen de verloskundige en gynaecoloog. Er zijn ook vrouwen die hun zwangerschapsbegeleiding gelijk in de tweedelijnszorg beginnen, bijvoorbeeld als iemand een chronische ziekte heeft of bij een vorige zwangerschap veel complicaties heeft gehad. Dan is ze vanaf het begin af aan 'hoog-risico', of zoals het dan ook weleens wordt genoemd: 'medisch'.

### ***Een stukje geschiedenis***

Het huidige verloskundige zorgstelsel zoals we dat nu kennen, is niet altijd zo geweest. Al zolang men weet staan vrouwen elkaar bij tijdens hun bevallingen, waarbij een vrouw met veel ervaring, de vroedvrouw, natuurlijk onmisbaar was. De verloskunde was dan ook eerst een typisch vrouwenberoep. Bevallingen vonden thuis plaats, zonder enige medische hulpmiddelen. Ging er iets mis, dan stond de vroedvrouw machteloos. Vandaar ook dat er vroeger veel meer vrouwen en kinderen tijdens de baring overleden. Op tuberculose na was kinderen krijgen zelfs de grootste doodsoorzaak onder vrouwen. Destijds waren de medici, toen nog allemaal mannen, niet zo geïnteresseerd in voortplanting. Het betrof immers geen ziekte, dus het was duidelijk een taak voor vrouwen. Pas

wanneer er sprake was van een kind dat in de baarmoeder stierf, kwam de geneesheer, een chirurgijn, erbij.

In de zestiende eeuw kwam hier langzaam verandering in. De geneeskunde begon zich te ontwikkelen, de periode die bekendstaat als de wetenschappelijke revolutie, en de geneesheren ontwikkelden een interesse in de verloskunde. Een Nederlandse arts, Hendrik van Deventer, speelde hierbij een belangrijke rol. Hij schreef een aantal boeken die worden beschouwd als het eerste wetenschappelijke verloskundige werk. In die tijd werden instrumenten ontwikkeld ter bevordering van de baring, zoals een verlostang. Deze 'revolutie' was overigens niet per se positief voor de vroedvrouwen. Zij werden vaak weggezet als incompetent, geldzuchtig en in sommige Europese landen werden ze zelfs beschuldigd van hekserij. Hun werkzaamheden werden steeds verder ingeperkt. Het werd hun verboden om medicijnen voor te schrijven en ze mochten geen instrumenten gebruiken bij de bevalling. Daardoor moesten steeds meer bevallingen worden doorverwezen naar de vroedmeester (een mannelijke vroedvrouw met meer autonomie) of geneesheer. Het kwam erop neer dat vroedvrouwen veelal de goedkopere zorg voor het sociaal lagere deel van de bevolking uitvoerden en de ongecompliceerde bevallingen op zich namen.

In de negentiende eeuw werd de gezondheidszorg steeds verder gecentraliseerd. Bevoegdheden werden vastgelegd in de wet en er kwamen gespecialiseerde opleidingen voor vroedvrouwen. In veel Europese landen verloren vroedvrouwen hun zelfstandigheid en werden ze onderdeel van verloskundige teams in grote klinieken. Ze kregen een positie als assistente van de verantwoordelijke geneesheren. Maar in

Nederland verliep dat iets anders, hier behielden veel verloskundigen hun onafhankelijkheid. Mogelijke verklaringen hiervoor zijn dat de universiteitsklinieken in Nederland relatief klein bleven ten opzichte van die in het buitenland en dat men het er in Nederland over eens was dat een geboorte een natuurlijke en fysiologische gebeurtenis is. Zwangere vrouwen bleven daarnaast liever weg uit het ziekenhuis. Doordat men niet zoveel verstand had van het voorkomen van infecties waren er destijds veel gevallen van kraamvrouwenkoorts. Artsen voerden tijdens een werkdag het ene moment onderzoek uit op een lijk met hun blote handen en assisteerden vervolgens – zonder hun handen te wassen – bij een bevalling. Om daarna weer een operatie te doen bij iemand en vervolgens weer een andere vrouw te helpen bij haar bevalling.

Alhoewel verloskundigen nog steeds een poortwachtersfunctie hebben in Nederland, is er in de laatste eeuw wel enige 'medicalisering' opgetreden. Dit is trouwens niet per se slecht, de moedersterfte is in de afgelopen eeuw immers aanzienlijk afgenomen. Aan het begin van de twintigste eeuw vond slechts 1,8 procent van de bevallingen in het ziekenhuis plaats, ondertussen is dat ruim 72 procent. Overigens worden veel van de bevallingen in het ziekenhuis door een verloskundige begeleid.

*Wat je moet weten over een depressie tijdens de zwangerschap*  
Misschien lijkt het alsof je de enige bent die zich depressief voelt tijdens de zwangerschap, maar het tegendeel is waar. Om goed inzicht te krijgen in hoeveel vrouwen hiermee te maken krijgen zijn er veel wetenschappelijke onderzoeken gedaan naar het voor-

komen van depressie tijdens de zwangerschap. In de uitkomsten van deze onderzoeken vind je soms behoorlijke verschillen, afhankelijk van waar ze zijn uitgevoerd en op welke manier. In 2017 is daarom een zogenaamde meta-analyse gepubliceerd om hier meer uitsluitsel over te geven. In een meta-analyse worden de resultaten van verschillende onderzoeken over hetzelfde onderwerp samengevat. Het voordeel van het samenvoegen van de resultaten is dat het leidt tot meer precisie en betrouwbaarheid, omdat je op deze wijze een grotere groep mensen onderzoekt. De deelnemers van de verschillende onderzoeken worden namelijk als het ware bij elkaar opgeteld. De onderzoekers vonden maar liefst 96 onderzoeken waarin depressie rondom de zwangerschap werd gemeten. Al deze onderzoeken bevatten bij elkaar gegevens over duizenden vrouwen. Hieruit kwam naar voren dat 12 procent van de vrouwen te maken krijgt met een depressie tijdens of na de zwangerschap. Als je dat in je achterhoofd houdt, is het eigenlijk onvoorstelbaar dat zo weinig mensen hiervan afweten. Denk je maar eens in: één op de acht vrouwen krijgt te maken met borstkanker in haar leven en iedereen weet wat het is. Bijna iedereen kent wel iemand met borstkanker. Waarom is dat dan zo anders met depressie tijdens de zwangerschap?

Net zoals met een 'gewone' depressie, is het niet goed bekend wat nu precies de oorzaak is van een depressie tijdens je zwangerschap. Wel zijn er een aantal risicofactoren geïdentificeerd, waaronder eerdere psychiatrische episoden, het niet ervaren van voldoende steun (van partner, familie of vrienden), een ongewenste zwangerschap of bijvoorbeeld huiselijk geweld. Let wel, dit zijn risicofactoren en geen oorzaken. Niet alleen vrouwen die ongewenst zwanger zijn en niet gesteund worden door hun partner worden getroffen door een depressie tijdens de zwangerschap. De groep vrouwen die meedeelde aan onze onderzoeken naar de-

pressie tijdens de zwangerschap was enorm gevarieerd: witte vrouwen, vrouwen van kleur, vrouwen die zwanger waren van hun eerste kindje en vrouwen die al een groot gezin hadden, vrouwen zonder partners en vrouwen met partners, vrouwen die al eerder een depressie hadden gehad, maar ook vrouwen die nog nooit eerder psychische klachten hadden, vrouwen die in de stad wonen, maar ook vrouwen op het platteland. Het kan iedereen overkomen. Jou dus ook.

*'Ik leg mijn onderzoek uit aan de verloskundigen die aanwezig zijn. Ik hoop dat ze mee willen werken aan het onderzoek, zodat zij zwangeren naar mij door kunnen verwijzen. 'We willen best meedoen hoor, maar ik denk dat we je niet veel kunnen helpen. We zitten hier namelijk in een hele goede buurt, daar komt depressie echt niet vaak voor.' Ik leg uit dat het niet zo werkt, dat die 12 procent óók voor hun gebied geldt. Verbaasde blikken kijken me aan van de andere kant van de tafel.'* – Babette

Een depressie hebben is natuurlijk op zich al heel onaangenaam. Maar als je depressief bent tijdens de zwangerschap komen daar de zorgen voor je ongeboren kind nog bovenop. Kan een depressie tijdens je zwangerschap kwaad? Het korte antwoord hierop is: ja. Maar we lichten dat graag toe. Een depressie tijdens je zwangerschap geeft allereerst een matig verhoogde kans op pre-eclampsie, een ernstige aandoening die ook wel bekendstaat als zwangerschapsvergiftiging. Het ontstaat meestal tijdens de zwangerschap en kenmerkt zich door een te hoge bloeddruk en eiwitverlies via de urine. Als je hier niet voor wordt behandeld, lopen zowel jij als je kind het risico om te komen overlijden.

Daarnaast geeft een depressie tijdens je zwangerschap een verhoogd risico op een bevalling via een keizersnede. Het is niet be-