
De eenzame moeder, de mythe van de roze wolk bij een post partum depressie



Sylvia van Gelder- Schot
SPV bij Dimence

Lizanne van der Burg- Schouwink
SPV bij GGZ Drenthe

*Ik hoor haar huilen. Ik voel de gejaagdheid in mijn lichaam. Zodra het huilen harder wordt, voel ik de gevoelens van paniek toenemen.
De gedachte "ik kan dit niet" en "Ik wil dit niet" worden steeds luider in mijn hoofd.
Ik pak mijn pasgeboren dochter uit de wieg en zet haar in de auto,
ze moet naar mijn ouders toe.
"ze moet weg, ze moet weg!"*

Op social media worden vaak de mooiste verhalen en foto's gedeeld van zwangere vrouwen en pas bevallen vrouwen. Het lijkt alsof het de normaalste zaak van de wereld is dat je op een roze wolk komt na de bevalling maar de werkelijkheid is vaak echt anders.

Slapeloosheid, melkvoeding die niet op gang komt of enorme stuwings, het hebben van hechtingen en de kraamtranen. Er zijn vrouwen die na de bevalling in een depressie terechtkomen. De roze wolk is voor hen niet herkenbaar. Zij worden niet overspoeld door geluk na de bevalling.

In dit artikel wordt stilgestaan bij wat een post partum depressie inhoudt en wat de mogelijke gevolgen kunnen zijn voor de vrouwen die het overkomt. Voor dit artikel is niet alleen gebruik gemaakt van (wetenschappelijk) literatuur maar is er ook gesproken met Arlette Kloppers die twee jaar geleden een postpartum depressie heeft meegemaakt.

Daarnaast wordt in het artikel stil gestaan bij de rol van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige gericht op preventie, behandeling en samenwerking met ketenpartners ten behoeve van vrouwen met een post partum depressie (PPD).

Historie van postpartum depressie

Er zijn verschillende opvattingen geweest en beschreven over postpartum depressie. Te zien is dat er vóór de DSM-4 typering, na de DSM4 (1994) en na de DSM 5 (2013) verschillend naar de diagnose werd gekeken.

Voor de DSM-4 die in 1994 is gepubliceerd, ontstond er veel discussie om de stoornis al dan niet als onafhankelijke diagnose te omschrijven. 'Contra-argumentatie voor een onafhankelijke stoornis betreft enerzijds het feit dat de etiologie van een PPD en een klassieke depressie gelijkaardig is en anderzijds dat een PPD vaak een mild en kortdurend karakter vertoont.

Hierdoor beschreven tegenstanders het eerder als een aanpassingsstoornis' (Whiffen, 1992). In 1994 is er door onderzoek van Klompenhouwer en van Hulst een verband gevonden tussen bevallen en het ontstaan van stemmingsstoornissen waarna de postpartum depressie voor het eerst werd beschreven in de DSM-4 als: 'met postpartum onset'. Hier stond in beschreven dat klachten binnen 4 weken na bevalling moesten manifesteren. Nieuw onderzoek (O'Hara & McCabe, 2013) heeft uitgewezen dat klachten tijdens zwangerschap (peripartum) en zelfs een jaar na bevalling kunnen ontstaan of aanwezig kunnen zijn, dit is verwerkt in de DSM-5 in 2013.

Wat is een post partum depressie volgens de DSM-5

Depressie wordt in de DSM-5 omschreven als een stemmingsstoornis (American Psychiatric Association Publishing, 2016). In de DSM-5 wordt er een onderscheid gemaakt in de aanvang van de depressie episode; tijdens de zwangerschap (peri partum) en in de eerste weken of maanden na de bevalling (post partum). De postpartum depressie komt bij ongeveer 10% van de vrouwen voor (Woody, Ferrari, Siskind, Whiteford, & Harris, 2017) en vormt daarmee een veel voorkomende complicatie na de bevalling.

De symptomen van een depressieve episode volgens de DSM-5 kunnen o.a. zijn

- Depressieve stemming gedurende het grootste deel van de dag
- Vermindering van interesse of plezier in (bijna) alle activiteiten
- Moeheid of verlies van energie
- Verminderde concentratie of besluiteloosheid
- Gevoelens van waardeloosheid of onterecht schuldgevoelens
- Slapeloosheid
- Gejaagdheid of remming
- Gewichtsverandering
- Af of toegenomen eetlust
- Suïcidale gedachten

Naast de depressieve symptomen beschreven in de DSM-5, worden er ook andere klachten omschreven. Vanuit een studie onder 200 pas bevallen vrouwen geeft 63% aan zich eenzaam te voelen, 82% dacht niet te voldoen aan de eisen die zij zelf aan het moederschap stelt en 76% piekerde veel (Engels & Haspels, 2003).

'Ik had geen idee dat ik een postpartum depressie had. Ik begreep niet wat er met mij aan de hand was, ik voelde mij niet gelukkig na de geboorte van mijn dochter. Ik ervaarde een enorme gejaagdheid in mij die ik nog nooit eerder had ervaren.

'Ik smeekte mij partner dat ik bij mijn ouders wilde slapen, ik moest weg, weg uit het huis. Het was ook oké als bezoek mijn dochter mee zouden nemen na de kraamvisite.

Zodra mijn partner na 5 weken weer naar zijn werk moest en ik er alleen voor kwam te staan nam de paniek nog meer toe. In paniek reed ik dan naar mijn vader met de mededeling: help me, neem haar over'.

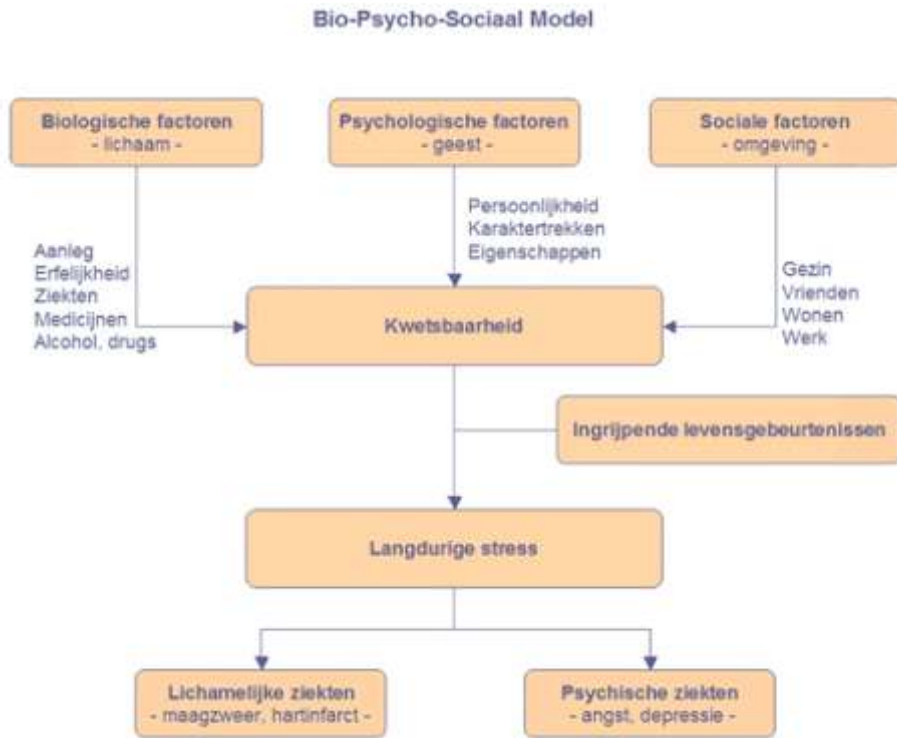
Dit was het moment dat mensen rondom haar heen zich zorgen begonnen te maken en Arlette naar de huisarts is gegaan.

Arlette Kloppers

Bio-psycho-sociaal model

De risicofactoren op het krijgen van een PPD hebben een ingewikkeld samenspel op factoren van lichamelijk, psychisch en sociaal gebied, wat ook wel het

bio-psycho-sociale model wordt genoemd. De factoren die hierbij een rol spelen zijn uitgewerkt in figuur 1 (Mindblue, 2022). Het figuur geeft weer dat een PPD kan ontstaan door een combinatie van kwetsbaarheid en belasting. Het moederschap wordt volgens Howerd (Howerd, et al., 2014) als ingrijpende levensgebeurtenis beschouwd, een ingrijpende levensgebeurtenis is een emotionele gebeurtenis die zowel een positieve of negatieve invloed kan hebben. Het vraagt om aanpassingen en kan stress met zich meebrengen.



Figuur 1; bio-psycho-sociale model

Zoals eerder omschreven, vanuit de studie van Engels en Haspels (2003) ervaren 63% van de moeders met PPD gevoelens van eenzaamheid. Eenzaamheid is je niet verbonden voelen met het gemis van een hechte emotionele band met de ander. Het gaat gepaard met gevoelens van leegte, verdriet, angst en zinloosheid en kan lichamelijke en psychische klachten geven. In 2015 is er onderzoek gedaan naar het verband tussen eenzaamheid bij moeders en depressie (Juntilla, et al., 2015). Men stelde vast dat moeders die gevoelens van eenzaamheid ervoeren aanzienlijk hoger op depressieve kenmerken scoorden. Andersom blijkt het hebben van depressieve gevoelens ook eenzaamheid tot gevolg te hebben (Luoma, Korhonen, Salmelin, & Tamminen, 2015).

'Ik heb mij eenzaam gevoeld tijdens mij ziekzijn. Ik begreep niets van mijzelf. Vooral de nachten waren het zwaarst en voelde ik mij enorm eenzaam. Iedereen sliep en ik lag wakker, alleen met mijn eigen gedachten. Ik begon op te zien tegen de nachten van slapeloosheid'.

Arlette Kloppers

Oorzaken van eenzaamheid bij moeders met PPD

Moeders hebben vaak een hoge verwachting van zichzelf en hoe zij de moederrol moeten vormgeven. Dit beeld wordt mede vorm gegeven door:

- De media, denk hierbij social media waar vaak alleen het perfecte plaatje wordt afgebeeld.
- De houding van de samenleving, denk hierbij aan normen die gesteld worden bij het consultatie bureau en borstvoeding is de norm, je hoort gelukkig te zijn, het zijn maar kraamtranen e.d.
- De invloeden van de mening van ouders. Denk hierbij aan goed bedoelde adviezen en opmerking als: 'maar als je nou.....'.
- De ervaringen die zijn opgedaan in eigen jeugd. De opvoeding die is doorgemaakt heeft invloed op hoe men zich ontwikkelt en hoe men functioneert. (Aiken & Brockington, 2000)

'In gesprek met de huisarts kreeg ik te horen de gevoelens die ik ervaarde passen waren na een bevalling. Dat het kraamtranen waren in combinatie met de gevolgen van de Covid-maatregelen en lockdown die net van kracht ging in Nederland. Ik ben naar huis gegaan met het idee dat de professional gelijk had en dat dit het voor nu is en erbij hoorde'

Arlette Kloppers

Daarnaast kan het moeder worden ook gezien worden als een verlieservaring. Met de geboorte van de baby verlies je de vrijheid om alleen nog voor jezelf te kiezen/te zorgen. Je verliest een bepaalde mate van onbezorgdheid, je bent ineens niet meer verantwoordelijk voor alleen jezelf maar ook voor je kind. Je kunt niet meer gaan en staan waar je wilt. Bij verschillende life events staan we stil bij de verlieservaring. Echter is dit bij de geboorte van een kind niet het geval. De mythe van de roze wolk zorgt ervoor dat veel vrouwen met toren hoge verwachtingen moeder worden en weinig tijd en ruimte nemen bij wat ze verliezen. Immers je hoort blij te zijn, je hoort dankbaar te zijn en je hoort bovenal een goede moeder te zijn (Meulink, 2015).

Stigma rondom moederschap

Zoals hierboven omschreven hangen er veel aannames en vooroordelen rondom het moederschap wat tot stigma kan leiden.

Stigma wordt volgens van Dale gezien als: 'iets dat afbreuk doet aan iemands reputatie' (Van Dale, 2022)

Het is een sterk negatief label wat 'opgeplakt' wordt en het beïnvloed de manier waarop we naar elkaar en onszelf kijken en naar elkaar gedragen.

Publiekelijk stigma door bijvoorbeeld de aannames dat er een roze wolk moet zijn. Dat iedereen overspoeld wordt door geluk en liefde na het krijgen van een baby. Door het delen van mooiste verhalen en foto's in contact met anderen en door gebruik van social media. De minder mooie kanten worden weinig tot niet belicht. Onder publiekelijk stigma valt ook de opvattingen over goed moederschap en hoe dit uitgedragen wordt, zo wordt binnen social media gesproken over de moedermaffia waarin een groep moeders zich vol overgave storten op opvattingen die bij goed moederschap zouden horen en hierover hun mening uitten. Bijvoorbeeld over het geven van borstvoeding en werken in combinatie met het moederschap.

Zelfstigma kan ontstaan door de aannames vanuit de maatschappij en vanuit zichzelf, door de hoge eisen die er worden gesteld aan het moederschap, of door het krijgen van een diagnose.

Structureel stigma in bijvoorbeeld wet en regelgeving. Voorbeelden hiervan zijn het verlof na een bevalling bij een moeder en een vader, en het verschil hierin. Het spreken over een 'papadag' en niet over een 'mamadag', het parttime werken wat meer onder de vrouwen gebeurt dan onder de mannen of de kinderopvangregeling. (samen sterk zonder stigma, 2022)

Staatssecretaris Paul Blokhuis (juni 2018) zegt: 'het is zeker zo belangrijk dat net bevallen moeder over hun depressie praten. Want je bent geen slechte moeder als je niet op een roze wolk zit'. (van der Aa, 2018)

De sociale context waarbinnen ouders een kind krijgen bepaalt de betekenis die zij aan het moederschap toekennen. De betekenisverlening van wat een goede moeder is, is afhankelijk van de sociale context. De sociale context is een van de pijlers binnen het bio-psychosociale model. Bevorderlijke sociale omstandigheden kunnen vrouwen beschermen tegen een PPD, niet bevorderlijke sociale omstandigheden maken vrouwen kwetsbaarder voor een PPD (Meulink, 2015). De sociale context heeft ook invloed op het al dan niet bespreekbaar maken van gevoelens door de moeder en het gevoel begrepen en serieus genomen te worden. Als haar gevoelens als negatief bestempeld worden of worden gebagatelliseerd als bijvoorbeeld: 'het zijn kraamtranen', dan wordt het gedrag en de gevoelens van de moeder weggezet als afwijkend. Dit in combinatie met het stigma wat rondom moederschap hangt kan ervoor zorgen dat het een moeder weerhoudt om openlijk over gevoelens te praten met het gevolg dat zij in stilte en in eenzaamheid lijdt.

'Na contact met de crisisdienst werd uiteindelijk de diagnose post partum depressie gesteld. Dit gaf mij en mijn partner antwoorden, we hebben samen zitten huilen na het krijgen van de diagnose. We wisten nu wat er aan de hand was en konden gericht hulp krijgen vanuit de GGZ en hulp vragen aan naasten.

'Het was voor mij een vreemde gewaarwording om hulp te krijgen uit de GGZ. Vanuit mijn werk als doktersassistente verwees ik mensen naar de GGZ. Nu was ik diegene die de hulp nodig had van de crisisdienst. Tegelijkertijd kon het mij ook niets meer schelen, door de PPD kon de hele wereld mij niets meer schelen'.

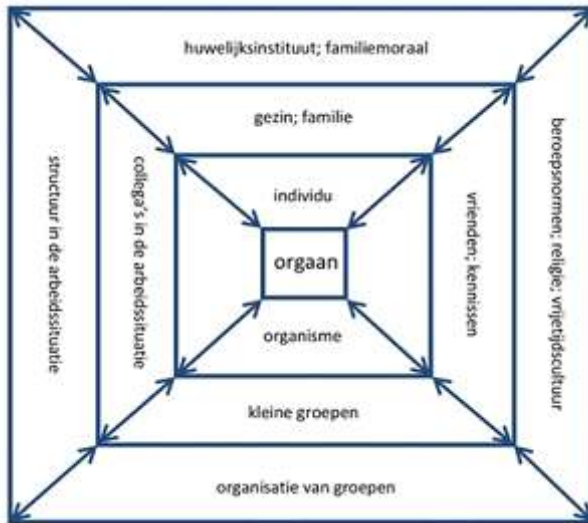
Arlette Kloppers

Zoals hierboven omschreven is de samenloop van verschillende omstandigheden de oorzaak dat de balans tussen positieve en negatieve factoren verstoord raakt. Indien men herstel van de balans wil bewerkstelligen dan zal men zich moeten richten op zowel de biologische, psychologische en sociale omstandigheden van de moeder.

Competenties van SPV

Mensen met geestelijke gezondheidsproblemen presenteren hun klachten vaak op één niveau, terwijl de mogelijkheden voor het inzetten van een interventie juist op een ander niveau zou kunnen of moeten liggen. Kenmerkend voor de sociaal psychiatrische verpleegkunde is het consequent hanteren van de systemische analyse op vier niveaus, het onderkennen van de onderlinge beïnvloeding en het duidelijke onderscheid dat aanwezig is (van der Padt, Derks, & Boon, 2014)

Figuur 2: Schema de vier niveaus van functioneren
Romme (1981)



Dit betekend dat de SPV in behandeling met een moeder met PPD zich moet richten op het bio psycho sociale model en met de moeder moet gaan onderzoeken welke factoren op elkaar inspelen.

Interventies volgens het bio psycho sociaal model. Deze interventies kunnen zowel in de eerste- als de tweedelijnszorg worden ingezet. Te denken aan een SPV werkzaam in de eerstelijnszorg op de huisartsenpraktijk (POH-GGZ).

Interventies

Biologisch

- Gebruik maken van meetinstrumenten zoals de zelfscoringslijst van Edinbrugh, hierin wordt met 10 vragen de zwaarte van de post natale klachten gescoord (Cox, Holden, & Sagovsky, 1987).
- Extra alert zijn bij vrouwen met een psychiatrische voorgeschiedenis, dit is namelijk een risico factor voor het krijgen van een PPD. Deze vrouwen dienen extra gemonitord te worden en bij voorkeur verwezen naar een POP poli. De POP poli biedt extra aandacht voor zwangere vrouwen met psychische problemen. Zij ondersteunen tijdens de zwangerschap en na de bevalling (tot zes weken).
- Somatische screening. Denk hierbij aan hormoon spiegel bepaling. Vrouwen kunnen reageren met stemmingsproblemen wanneer ze hormonaal uit balans zijn. Gedacht kan worden aan schildklierproblematiek waardoor er stemmingsproblemen kunnen ontstaan.
- Aandacht voor dag en nachtritme, psycho-educatie over slaaphygiëne. Kijken naar de mogelijkheden in de nacht bij voedingsmomenten van de baby.
- Instellen psychofarmaca
gebruik van antidepressiva voor stemmingsproblematiek
inzet slaap en kalmeringsmiddelen i.v.m. de slapeloosheid die veel vrouwen met een PPD ervaren
Er dient extra aandacht te zijn voor vrouwen die borstvoeding geven i.v.m. medicatie overdracht op baby middels de borstvoeding.

Interventies

Psychologisch	• Psycho educatie; gericht op wat is een PPD. • Psychotherapie, meest voorkomende behandelingen zijn; - Interpersoonlijke therapie (IPT) Veel aandacht voor de veranderende rol van de vrouw als zij moeder wordt en wat betekend deze rol in sociale relaties - Cognitieve gedachten therapie (CGT) is gericht op het doorbreken van het negatieve gedachten patroon. • Aandacht voor betekenisverlening bij gevoel van verlies, falen en eenzaamheid die een vrouw kan ervaren. • Oefeningen gericht op hechting moeder-kind. Aansluiten bij wat haalbaar en passend is. Te denken aan praten tegen de baby, zingen, knuffelmomenten bijvoorbeeld rond voedingsmomenten, babymassage. • Aandacht voor ontspanning en uitzoeken waar ontspanning uit gehaald kan worden en hoe dit in te zetten. • Mindfulness, gericht op het hier en nu. • Lotgenoten contacten; veel vrouwen vinden het prettig om contact te hebben met lotgenoten zodat zij hun verhaal kunnen delen. Het biedt steun en herkenning.
---------------	--

Interventies

Sociaal	• Psycho educatie geven aan naasten; gericht op wat is een PPD. • Systeemgerichte benadering. • Oog voor sociale context, draagkracht en draaglast. • Samen maken van een signaleringsplan. • Kindcheck. • Samen maken van een dagstuctuur.
---------	--

Samenwerken met het systeem

Voor de meeste vrouwen is de partner de grootste bron van steun. Als na de bevalling de moeder niet gelukkig blijkt te zijn maar juist somber en angstig heeft dit ook effect op de partner. Hij had net als zijn vrouw andere verwachtingen van het ouderschap. Door de kenmerken van PPD, die de vrouw in beslag nemen, kan de vrouw voor partner onherkenbaar worden in gedrag en gevoel.

Dit kan als grote schok ervaren worden met als mogelijk gevolg dat zij elkaar onvoldoende tot steun kunnen zijn. (Meulink, 2015)

Kenmerkend voor de rol van de SPV is de systeem gerichte benadering. De SPV zal aandacht moeten hebben voor cliënt en diens systeem tijdens de behandeling van vrouwen met PPD. Dit omdat de moeder en partner hun rol en positie binnen het gezin dreigen te verliezen door de PPD. Bijvoorbeeld omdat de partner de rol van hulpverlener toebedeeld krijgt in plaats van de rol van partner. Het is aan de SPV om hier oog voor te hebben en te onderzoeken wat er nodig is om de context weer te kunnen kantelen naar de oorspronkelijke context, namelijk die van partners van elkaar en ouders van hun pasgeboren kindje.

Daarnaast is het geven van psycho educatie van groot belang. Zodat men begrijpt wat er gaande is. Psycho educatie kan inzicht geven maar ook hoop. Hoop op een goede afloop en vertrouwen hierin durven uit te spreken zonder daarbij het leed dat de PPD veroorzaakt te ontkennen en/of gevoelens te bagatelliseren.

Inzetten en samenwerken met ketenpartners

Herstellen van een PPD is een persoonlijk proces. De steun van anderen is echter onmisbaar. Vanuit deze gedachte zal de SPV oog moeten hebben voor de moeder en diens sociale context.

De draagkracht en draaglast van zowel moeder en diens systeem zal in kaart gebracht moeten worden. Naast de professionele hulp vanuit de eerste- of tweedelijnszorg en het betrekken van het steunsysteem, kan er gebruik gemaakt worden van de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO). De SPV kan een spoedaanvraag doen voor ondersteunende hulp voor moeder/systeem en kind. In de noordelijke provincies kan bijvoorbeeld gebruik gemaakt worden van de organisatie; 'babythuiszorg'. Zij bieden gezinsondersteuning in het eerste jaar van het kind (babythuiszorg, 2022)

Door op de hoogte te zijn van de sociale kaart in het betreffende werkgebied van een SPV, kan er snel en gerichte ondersteuning aangevraagd en ingezet worden. Ook naar samenwerking met andere teams, zoals de POP-poli of het infantteam, kan actief gezocht worden.

Mocht de ambulante hulp onvoldoende toereikend blijken dient een opname zorgvuldig afgewogen te worden. Opname binnen de reguliere GGZ instellingen is vaak alleen voor de moeder. In Nederland zijn een aantal ziekenhuizen/GGZ instellingen die speciale 'moeder-baby units' (MBU) hebben.

'Ik heb gesmeekt om opname. Ik wilde niets liever dan weg, weg uit de situatie. Echter bleef men inzetten op het thuisblijven met heel veel ondersteuning van mijn sociale netwerk.

Ik was niet meer alleen met de kinderen, er was continue een familielid en/of vrienden aanwezig in mijn huis. Vanwege suïcidale gedachten mocht ik niet meer alleen wandelen, er ging altijd iemand met mij mee. Ondanks dat er altijd wel iemand bij mij was heb ik mij enorm eenzaam gevoeld tijdens de PPD en behandeling hiervan'.

'Toen begreep ik niet waarom men bleef inzetten op verblijf in de thuissituatie. Nu ben ik enorm dankbaar voor het feit dat ik niet opgenomen ben gedurende deze periode. Ondanks dat ik mijn kind niet wilde aanraken ben ik altijd bij haar in de buurt geweest. Als ik uit de situatie was gehaald dan had ik zoveel meer gemist van haar. Het gezin draait namelijk door zonder jou bij opname. Die tijd krijg je nooit meer terug. Ik heb nu al het gevoel zoveel gemist te hebben van het eerste jaar van mijn dochter. Ik heb echt gevoelens van rouw om wat ik gemist heb door de PPD. Een opname zou dit gevoel alleen maar hebben versterkt'

Arlette Kloppers

Tot slot

De sociaal psychiatrisch verpleegkundige is niet alleen gericht op de klachten maar ook op sociale en maatschappelijke situatie waarin geestelijke gezondheidsproblemen- al dan niet in combinatie met lichamelijke klachten- kunnen ontstaan. De SPV werkt vanuit de context en heeft een systemische benadering.

Het bio-psycho-sociaal model kan inzicht geven welke factoren op elkaar inspelen bij het ontstaan van een PPD en vanuit dit model kunnen interventies worden ingezet.

Samen met het systeem zal de SPV onderzoeken welke interventies passend zijn gericht op herstel.

Kenmerkend voor de rol van de SPV is de systeemgerichte benadering. De SPV zal aandacht moeten hebben voor cliënt en diens systeem tijdens de behandeling bij vrouwen met PPD. Dit omdat de moeder en partner hun rol en positie binnen het gezin dreigen te verliezen door de PPD, bijvoorbeeld omdat de partner de rol van hulpverlener toebedeelt krijgt i.p.v. de rol van partner. Het is aan de SPV om hier oog voor te hebben en aandacht voor betekenisverlening bij gevoel van verlies, falen en eenzaamheid die men kan ervaren. De moeder heeft de SPV nodig om te voorkomen dat ze onjuiste conclusies trekt vanuit haar PPD.

'Na het bezoek aan de crisisdienst kreeg ik een diagnose en kon er gerichte behandeling gestart worden. Mijn behandeling bestond uit het geven en herhalen van uitleg over PPD, ook voor mijn partner. Het actief inzetten van mijn familie en vrienden door mijn partner. Elke avond ging ik met iemand wandelen, hiervoor was een rouleringssysteem. Ik koos zelf de personen met wie ik het beste kon wandelen (rustige mensen, waar ik mijn ei kwijt kon zonder oordeel of adviezen te krijgen). Er werd een plek gecreëerd in huis waar ik mij terug kon trekken.

Naast de steun van familie en vrienden is ook babythuiszorg ingezet om ons te kunnen ondersteunen.

Tijdens mijn behandeling was er aandacht voor mijn partner. Toen het beter met mij ging, stortte hij in elkaar. De therapeuten hielden hier oog voor en bleven hem betrekken bij mijn behandeling. Op deze wijze konden wij samen herstellen van de PPD'.

'Gezien ik zelf veel behoefte had aan lotgenoten contact en deze niet kon vinden binnen de GGZ instelling heb ik, nu het weer beter met mij gaat, zelf een lotgenoten contact opgezet' (Kloppers, 2022).

Arlette Kloppers

Literatuur / bronnen

- Aiken, C., & Brockington, I. F. (2000). The myth of perfect mothering. In C. Aiken, & I. F. Brockington, *Surviving post-natal depression: At home no one hears you scream* (pp. 150-161). London: *Jessica Kingsley Publishers*.
- American Psychiatric Association Publishing. (2016). *DSM-5*. Amsterdam: Boom uitgevers.
- Babythuiszorg. (2022, 12 28). *over ons*. Opgehaald van www.babythuiszorg.nl/
- Cox, J., Holden, J., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression, development of the 10-item edinburgh postnatal depression scale. *The British journal of psychiatry*, 782-786.
- Engels, E., & Haspels, A. (2003). Een behandeling van postpartumdepressie (PPD). *Huisartsgeneeskunde*, jaargang 20, nr 9.
- Epifanio, M., Genna, V., De luca, C., Roccella, M., & La Grutta, S. (2015). Paternal and maternal transition to parenthood: the risk off postpartum depression and parenting stress. *Pediatric Reports*, 72.

- Howerd, L., Mollyneaux, E., Dennis, C., Roshat, T., Stein, A., & Milgrom, J. (2014). Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *The Lancet*, 1775-1788.
- Juntilla, N., Ahlqvist-Björkroth, S., Aromaa, M., Rautava, P., Piha, J., & Räihä, H. (2015). Intercorrelations and development pathways of mothers'and fathers' loneliness during pregnancy, infancy and toddlerhood . *Scandinavian Journal of Psychology*, 56.
- Kloppers, A. (2022, 11 11). Doula, *massage & postpartum zorg*. Opgehaald van www.embracethemotherhood.nl: <https://embracethemotherhood.nl/>
- Luoma, I., Korhonen, M., Salmelin, R., & Tamminen, T. (2015). Mothers' Feelings of Loneliness: Prevalence, Risk Factors and Longitudinal Associations with Depressive Symptoms and Child Adjustment. *European Psychiatry*, 30.
- Meulink, A. (2015). *Post-partum depressie*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Mindblue. (2022, 12 12). *Bio-psycho-sociale model*. Opgehaald van www.mindblue.nl: <https://mindblue.nl/depressie-1/depressie/oorzaken/bio-psycho-sociale-model>
- O'Hara, M., & McCabe, J. (2013). Postpartum depression: Current status and future directions . *Annual review of clinical psychology*, 379-407.
- Samen sterk zonder stigma. (2022, 12 17). *wat is stigma*. Opgehaald van www.samensterkzonderstigma.nl: <https://samensterkzonderstigma.nl/wat-is-een-stigma/>
- Van Dale. (2022). Van Dale Groot woordenboek van de Nederlandse taal. Utrecht: Van Dale.
- Van der Aa, E. (2018, 06 14). *Postnatale depressie nog steeds in taboesfeer*. De Gelderlander.
- Van der Padt, I., Derks, J., & Boon, J. (2014). *Expertisegebied sociaal psychiatrisch verpleegkundige*. V&VN-SPV.
- Whiffen. (1992). Is postpartum depression a distinct diagnosis. *The clinical psychology review*, 485-508.
- Woody, C., Ferrari, A., Siskind, D., Whiteford, H., & Harris, M. (2017). A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *journal of affective disorders*, 86-92.