



**Bachelorproef  
Professionele Opleidingen  
Studiegebied Sociaal-Agogisch Werk**

**Academiejaar 2018 - 2019**

## **Wolk in mijn hoofd**

### **Gezinsondersteunend werken bij postpartum depressies**

Bachelorproef aangeboden door  
**Friedl Teirlinck**  
tot het behalen van de graad van  
**Bachelor in Gezinswetenschappen**

**Bachelorproefbegeleider: [Adelheid Rigo](#)**





**Bachelorproef**  
**Professionele Opleidingen**  
**Studiegebied Sociaal-Agogisch Werk**

**Academiejaar 2018 - 2019**

## **Wolk in mijn hoofd**

**Gezinsondersteunend werken bij postpartum depressies**

Bachelorproef aangeboden door

**Friedl Teirlinck**

tot het behalen van de graad van

**Bachelor in Gezinswetenschappen**

**Bachelorproefbegeleider: Adelheid Rigo**



## ABSTRACT BACHELORPROEF 2018 - 2019

|  |  |             |
|--|--|-------------|
| Opleiding:                             | <b>Gezinswetenschappen</b>   |             |
|  | <b>Voornaam</b>  | <b>Naam</b> |
| Student:                               | Friedl   | Teirlinck   |
| Bachelorproefbegeleider                | Adelheid   | Rigo        |
| <b>Titel bachelorproef</b>             | Wolk in mijn hoofd.<br>Gezinsondersteunend werken bij postpartum depressies. |             |
| <b>Abstract publiceren</b>             |  |             |
| <input checked="" type="checkbox"/> Ja |  |             |
| <input type="checkbox"/> Neen          |  |             |

### Kern- / trefwoorden bachelorproef:

Postpartum depressie; sensibilisering; stigma; sociale steun; partnergevolgen

### Korte samenvatting bachelorproef:

Een kind krijgen is een ingrijpende gebeurtenis. Voor een aantal van de kersverse moeders en hun partners wordt de periode na de bevalling overschaduwd door de postpartum depressie. Deze stoornis komt voor bij ongeveer 10 à 20% van de moeders (Saeys, Godderis-T'Jonck, Schryvers, Persyn, Jans, & Croo, 2015).

In het theoretische luik ben ik op zoek gegaan naar de antwoorden op drie vragen waar ook steeds een veranderingsdoel aan gekoppeld is.

1. De partners van mama's met psychische problemen rond de geboorte geven aan zich zeer machteloos te voelen. Hoe kunnen zij (beter) geïnformeerd, betrokken en ondersteund worden? Welke ondersteuning heeft de vader nodig wanneer zijn partner lijdt aan een postpartum depressie?
2. Op welke manier kan de Moeder Baby eenheid waar moeders met een postpartum depressie worden opgenomen de vaders en de naaste omgeving meer betrekken?
3. Hoe kan er voor gezorgd worden dat het taboe rond dit thema wordt doorbroken zodat moeders met een hulpvraag (sneller) de weg vinden naar de juiste hulpverlening?

Als een vrouw een postpartum depressie krijgt, heeft dit een grote impact op het leven van de partner en op hun relatie. De partner is vaak bereid om zich als verzorger op te stellen maar overbelasting en eenzaamheid dreigen de overhand te nemen. In de hulpverlening is het belangrijk om oog te hebben voor de partner, hem de juiste ondersteuning en (h)erkenning te bieden. De hulpverlener moet zich in het perspectief van de partner kunnen verplaatsen en weten wat de impact van de psychische aandoening is op zijn leven. Theoretische kennis kan de hulpverlener daarbij helpen.



Gezien de vermaatschappelijking van de zorg, de bezuinigingen in de geestelijke gezondheidssector en de verdere ambulantisering hebben patiënten, hun omgeving en hulpverleners elkaar steeds meer nodig. Deze drie partijen kunnen samen een triade vormen en samen werken. Er zijn een aantal belangrijke redenen waarom het werken met de familie op termijn zeer vaak zorgt voor meer kwaliteit en een grotere efficiëntie. Het betrekken van de familie maakt de opnameduur korter, het aantal heropnames daalt waardoor de prognose gunstiger is en de behandeling goedkoper is (Baars & van Meekeren, 2013). Daarnaast kunnen de naasten informatie bezorgen die van belang kan zijn bij het stellen van de diagnose. Investeren en samenwerken met de partner, is ook investeren in de toekomst van de relatie van de psychisch kwetsbare en haar partner. Je kan niet verwachten dat de partner bij een opname aan de zijlijn staat toe te kijken om daarna weer volop aan de slag te gaan als de partner terug thuis komt. Tot slot kan de hulpverlener tijdens het samenwerken met de partner waken over diens draagkracht en ondersteuning bieden zodat de partner blijft volhouden.

Patiënten in de geestelijke gezondheidszorg lijden aan angst voor het psychiatrische stigma. Het gaat hierbij om de 'schade' die psychische problemen kunnen veroorzaken aan de identiteit (Baars & van Meekeren, 2013). De schadelijke gevolgen van stigmatisering voor de psychisch kwetsbare mensen zijn een vermindering van het gevoel van eigenwaarde, een verminderde levenskwaliteit, angst en depressie en een lagere therapietrouw (Catthoor, Hert & Peuskens, 2003 geciteerd door Magiels, 2016). Het stigma rond de geestelijke gezondheid kan op verschillende niveaus worden aangepakt. Allereerst kan er algemeen gewerkt worden aan het verbeteren van de bewustwording in de maatschappij en het sensibiliseren. Daarnaast kunnen ervaringsdeskundigen worden ingezet om patiënten te overtuigen tot meer openheid. Een derde manier om het stigma aan te pakken situeert zich op het individuele niveau waarbij een hulpverlener samen met de patiënt een antistigma plan opstelt.

Vanuit de veranderingsdoelen en literatuurstudie heb ik een sensibiliseringscampagne uitgewerkt die gefinancierd werd door het UZ Gent en eind augustus 2019 wordt gelanceerd. De campagne bestaat uit een filmpje van 3 minuten waarin twee ervaringsdeskundigen getuigen. Daaraan gekoppeld werd een website gemaakt: [www.wolkinmijnhoofd.be](http://www.wolkinmijnhoofd.be) Met deze campagne hebben we drie doelen voor ogen: informeren, ondersteunen en doorverwijzen. De werkgroep achter deze campagne zal een VZW oprichten met als doel het vergaren van fondsen om andere veranderingsstrategieën die in deze bachelorproef zijn opgenomen te financieren. Daarnaast staat er een team van ervaringsdeskundigen klaar dat bereid is om haar steentje bij te dragen zodat zowel de mama als haar omgeving in de meest ideale omstandigheden ondersteund worden om te herstellen en bekomen van de mentale problemen in de perinatale periode.



**Referentielijst:**

Baars, J., & van Meekeren, E. (Reds.). (2013). *Een psychische stoornis heb je niet alleen. Praten met families & naastbetrokkenen*. Amsterdam: Boom.

Magiels, G. (2016). *Al te gek. Psychose tussen brein en samenleving*. Lannoo: Tielt.

Meulink, A.M. (2015). *Postpartum depressie. Depressief na een bevalling: oorzaken, gevolgen en adequate ondersteuning*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.

Van de Bovenkamp, H., & Trappenburg, M., 2008. Niet alleen de patiënt centraal: Over familieleden in de geestelijke gezondheidszorg. Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg. Erasmus MC Universitair Medisch Centrum Rotterdam.

Schoen, I., & van Pagée, M. (2017). *Samen leven met psychische klachten. Een handreiking*. Amsterdam: Boom.

**E-mailadres:**

[Friedl.teirlinck@outlook.com](mailto:Friedl.teirlinck@outlook.com) of [info@wolkinmijnhoofd.be](mailto:info@wolkinmijnhoofd.be)





## Voorwoord

dinsdag 19/06/2012

Ik ben exact 2,5 weken geleden mama geworden en stap samen met mijn man en kersverse zoon de Moeder en Baby afdeling binnen van het psychiatrisch ziekenhuis Karus in Gent. Mijn nieuwe rol als moeder ligt mij niet. Sterker nog: ik kan het niet aan. Ik word overspoeld door schuld en schaamte, maar weet dat ik hulp nodig heb. Dit is sterker dan mezelf. De diagnose komt keihard aan: postpartum depressie. Een opname is aangewezen om tot rust te kunnen komen, ondersteund en begeleid te worden, mijn zelfvertrouwen te herwinnen, te werken aan de band met mijn zoon,... De combinatie van de therapieën, de medicatie, het stoppen met het geven van borstvoeding, de gesprekken met de andere mama's en de ondersteuning van mijn man, vriendinnen en het verplegend personeel, zorgen ervoor dat Victor en ik een maand later de afdeling mogen en kunnen verlaten. Als een andere mama. Een andere vrouw. Nog steeds zéér broos maar niet meer weerloos, kwetsbaar maar tegelijk ook veerkrachtiger, gewoon anders....rijker.

woensdag 19/06/2019

Als ervaringsdeskundige probeer ik mama's (en hun omgeving) bij te staan door mijn verhaal te vertellen op de Moeder en Baby afdeling. Ik werk na 18 jaar nog steeds in hetzelfde bedrijf maar de voorbije 3 jaar volgde ik de bacheloropleiding Gezinswetenschappen. Ik wou een opleiding die me theoretische en praktische ondersteuning gaf bij het vrijwilligerswerk dat ik nu doe. De ervaring van 7 jaar geleden is de motivatie geweest om Gezinswetenschappen te studeren en deze bachelorproef te schrijven.

De veranderingsdoelen en -strategieën die ik in deze bachelorproef beschrijf, groeiden in mijn hoofd tijdens de stage die ik als gezinswetenschapper in opleiding op de Moeder en Baby afdeling heb gelopen. Het effectief uitwerken van die plannen kreeg vorm tijdens de voorbije maanden waardoor het schrijven aan deze bachelorproef wat op de achtergrond geraakte. Het laatste jaar was zeer druk en stressvol. Ik ben blij dat ik aan de eindmeet gekomen ben.

Ik wil van de gelegenheid gebruik maken om een aantal mensen te bedanken. Allereerst mijn bachelorproefbegeleidster Adelheid Rigo voor het geduld dat ze uitgeoefend heeft en de vrijheid die ze me gegeven heeft en de tijd die ze genomen heeft om me tijdens dit proces te begeleiden. Daarnaast bedank ik graag alle docenten van het Hoger Instituut voor Gezinswetenschappen voor het delen van al hun theoretische en praktische kennis.

Een zeer speciaal woord van dank wil ik graag richten tot mijn echtgenoot Vincent Kerckhofs. Zonder hem aan mijn zijde was ik niet de vrouw geworden die ik nu ben. We hebben samen al wat watertjes doorzwommen en steeds was hij voor mij, en bij uitbreiding voor ons gezin, de rots in de branding. De tweede belangrijkste man in mijn leven is mijn zoon Victor. Ik wil hem bedanken voor de belangrijke levenslessen die hij me meteen bij zijn geboorte heeft geleerd. Hij is ondertussen uitgegroeid tot een

gevoelig kereltje dat weet dat mama zich heel slecht voelde toen hij geboren werd. Mijn pluszonen Bo en Arno hebben me voor de geboorte van Victor geholpen in het oefenen in het moederschap. Daarnaast hebben ze mee voor het “entertainment” gezorgd toen ik niet beschikbaar was omdat ik bezig was met mijn studies.

De werknemers van de Moeder en Baby afdeling van Karus in Gent hebben één voor één een speciaal plaatsje in mijn hart. Zij zorgden er 7 jaar geleden voor dat hun afdeling een maand lang een tweede thuis was en ondersteunden me in het proces dat ik toen moest doorlopen. Zes jaar later hebben ze me even hartelijk ontvangen om mijn stage voor deze opleiding te kunnen voltooien. Ze verrichten elke dag kleine wonderen.

Psychologe Rita Van Damme en psychiater Gilbert Lemmens van het UZ in Gent wil ik graag bedanken voor het vertrouwen dat ze me hebben geschonken om als ervaringsdeskundige te mogen deel uitmaken van het expertisenetwerk voor perinatale mentale gezondheid en de vzw ‘Wolk in mijn hoofd’.

Ik richt graag een speciaal woord aan alle mama’s die getroffen worden door mentale problemen in de perinatale periode. Onze ziekte was de reden om met de opleiding gezinswetenschappen te starten. Vandaag zijn alle lotgenoten de motor die ervoor zorgt dat ik mijn ideaalbeeld blijf nastreven: een wereld waarin mama’s veel milder zijn voor elkaar en de buitenwereld begrip heeft voor wat deze mama’s meemaken. Bedankt aan alle ervaringsdeskundigen die dezelfde missie voor ogen hebben en elke dag meebouwen om die te verwezenlijken: Kirsten, Annelies, Lien, Anneke, Katrien, Cindy, Isabelle, Steffi, Jolien, Brenda, Sarah, Melissa, Ellen, Freya,... Keep up the good spirit!

Tot slot richt ik nog een woord van dank aan mijn familie, vrienden, medestudenten en collega’s voor de steun, de opvang voor Victor als ik tijd nodig had om me te concentreren en de nodige ontspanning achteraf.

Friedl Teirlinck

# Inhoudstafel

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Inleiding</b>  | <b>12</b> |
| <b>Hoofdstuk 1 Probleemstelling</b>   | <b>14</b> |
| 1.1 Probleemoriëntatie  | 14        |
| 1.1.1 Prevalentie   | 14        |
| 1.1.2 DSM en postpartum depressie   | 14        |
| 1.1.3 Symptomen van een postpartum depressie  | 15        |
| 1.1.4 De ontwikkeling van een postpartum depressie  | 16        |
| 1.1.5 Taboe   | 16        |
| 1.1.6 Gezinsdrama Varsenare   | 17        |
| 1.1.7 Vroegtijdige detectie en behandeling van perinatale mentale problemen                 | 17        |
| 1.1.8 Behandeling van een postpartum depressie  | 18        |
| 1.2 Centrale vraag en deelvragen  | 19        |
| 1.3 Casusbeschrijving   | 19        |
| 1.3.1 Eva, Theo en de postpartum depressie  | 19        |
| 1.3.2 Het netwerk van Eva   | 21        |
| 1.4 Veranderingsdoelen  | 22        |
| <b>Hoofdstuk 2 De impact van een postpartum depressie op het welbevinden van de partner</b> | <b>24</b> |
| 2.1 Gevolgen voor de partner  | 24        |
| 2.2 Vijf fasen van depression fallout   | 25        |
| 2.2.1 Verwarring  | 25        |
| 2.2.2 Zelfvertrouwen ontbreekt  | 25        |
| 2.2.3 Moedeloosheid   | 25        |
| 2.2.4 Woede   | 25        |
| 2.2.5 Verlangen te ontsnappen   | 25        |
| 2.3 Rolverandering  | 26        |
| 2.3.1 Co-diagnosticus   | 26        |
| 2.3.2 Zorgverlener  | 26        |
| 2.3.3 Crisismanager   | 27        |

|       |  |    |
|-------|--|----|
| 2.4   | De effecten van het zorgen voor de partner .....                         | 27 |
| 2.4.1 | Rouw: omgaan met levend verlies.....                                     | 27 |
| 2.4.2 | Draagkracht versus draaglast: een balans die in evenwicht moet zijn..... | 28 |
| 2.5   | Toepassing op de casus: het welbevinden van Theo.....                    | 28 |
| 2.6   | Besluit .....  | 29 |

### **Hoofdstuk 3 De partner en familie als zorgpartner .....30**

|       |  |    |
|-------|--|----|
| 3.1   | Privacy, beroepsgeheim en gedeeld beroepsgeheim..... | 30 |
| 3.2   | Redenen om naasten te betrekken .....                | 31 |
| 3.2.1 | Expertise van de omgeving .....                      | 31 |
| 3.2.2 | De relatie met de leefomgeving .....                 | 32 |
| 3.2.3 | Het lijden van de naasten .....                      | 32 |
| 3.3   | De triade .....                                      | 33 |
| 3.4   | Verschillende niveaus in de betrokkenheid.....       | 34 |
| 3.4.1 | Onthaal en informatie.....                           | 34 |
| 3.4.2 | Luisteren en de persoonlijke band.....               | 34 |
| 3.4.3 | Van dialoog naar trialoog en betrokkenheid .....     | 35 |
| 3.4.4 | Meerzijdige partijdigheid.....                       | 35 |
| 3.5   | Triadekaart.....                                     | 35 |
| 3.6   | Toepassingen op de casus: Theo als zorgpartner ..... | 35 |
| 3.7   | Besluit .....  | 36 |

### **Hoofdstuk 4 Het stigma in de geestelijke gezondheidszorg: een belemmerende factor op weg naar herstel .....37**

|     |   |    |
|-----|---|----|
| 4.1 | Definitie.....  | 37 |
| 4.2 | De oorsprong van stigmatisering.....                                  | 37 |
| 4.3 | Cognitieve en gedragsstructuren bij stigma over mentale ziekten ..... | 38 |
| 4.4 | Verschillende soorten stigma's.....                                   | 39 |
| 4.5 | Handvatten en knelpunten .....  | 40 |
| 4.6 | Toepassing op de casus: stigma bij Eva en Theo .....                  | 41 |
| 4.7 | Besluit .....   | 41 |

|                         |  |           |
|-------------------------|--|-----------|
| <b>Hoofdstuk 5</b>      | <b>Veranderingsgerichte strategieën</b>                                    | <b>42</b> |
| 5.1                     | Sensibiliseringscampagne   | 42        |
| 5.1.1                   | Doel   | 42        |
| 5.1.2                   | Briefing   | 43        |
| 5.1.3                   | Naamgeving   | 43        |
| 5.1.4                   | Logo   | 43        |
| 5.1.5                   | Sensibiliseringsfilm   | 43        |
| 5.1.6                   | VZW  | 45        |
| 5.2                     | Website <a href="http://www.wolkinmijnhoofd.be">www.wolkinmijnhoofd.be</a> | 46        |
| 5.2.1                   | Uitwerking van de website  | 437       |
| 5.3                     | Lancering van de sensibiliseringscampagne en website                       | 59        |
| 5.4                     | Veranderingsstrategieën voor de Moeder en Baby eenheid                     | 59        |
| 5.5                     | Andere veranderingsstrategieën   | 59        |
| 5.6                     | Besluit  | 60        |
| <b>Algemeen besluit</b> |  | <b>61</b> |
| <b>Literatuurlijst</b>  |  | <b>62</b> |



## Inleiding

Het inzetten van ervaringsdeskundigen in de geestelijke gezondheidszorg is in Vlaanderen geen uitzondering meer. Ikzelf ben al zeven jaar als vrijwillige ervaringsdeskundige verbonden aan de Moeder en Baby afdeling van Karus Gent. Eind 2018 sloot ik in die hoedanigheid aan bij zowel het Gents als Vlaams Expertisenetwerk voor Perinatale Mentale Gezondheid. De opdracht tot het oprichten van het Vlaams Expertisenetwerk werd begin 2019 gegeven door de toenmalige minister van welzijn Jo Vandeurzen. Het doel is om de partners in de sector van de geestelijke gezondheidszorg in de perinatale zorg op één lijn te krijgen zodat de perinatale geestelijke gezondheid van zwangere en bevallen vrouwen versterkt kan worden. Het Vlaams Expertise Netwerk voor Perinatale Mentale Gezondheid bestaat uit de Moeder en Baby eenheden van Karus Gent en PZ Bethaniënhuis in Zoersel, het Centrum Perinatale Mentale Gezondheid UZ Gent en het expertisecentrum perinatale psychiatrie UPC KU Leuven, de leefeenheden voor zwangere vrouwen en moeders met hun kinderen binnen de revalidatieconventies verslavingszorg van De Kiem (Tipi), Adic (OP+), en Free Clinic (project GoiA), Kind en Gezin en (voorlopig) twee ervaringsdeskundigen.

Het Gents Netwerk ontwikkelde in 2018 de richtlijn 'Screening en detectie van perinatale mentale stoornissen. Richtlijn als leidraad voor het ontwikkelen van een zorgpad' in opdracht van en met steun van Vlaams minister Vandeurzen. Deze richtlijn werd bekroond met de Prof Award 2018 - Medical Innovation. De geldsom die het UZ Gent ontving als winnaar van deze award, zal ingezet worden om één van de veranderingsdoelen van mijn bachelorproef te verwezenlijken, waarover later meer.

Afgelopen zomer deed ik vanuit de opleiding tot gezinswetenschapper praktijkervaring op op de afdeling waar ik zelf ben opgenomen geweest. Op meso- en macroniveau bleek mijn ervaringsdeskundigheid een belangrijke troef om kritische vragen te stellen en veranderingsdoelen te formuleren. Met de theoretische kennis vanuit de opleiding tot gezinswetenschapper als bagage zet je een andere bril op als je kijkt naar de patiënt met mentale problemen in de perinatale periode die aanklopt om geholpen te worden. Daarbij viel het me op hoe de patiënt als individu wordt bekeken, zonder nauwelijks of geen rekening te houden met de partner of omgeving die ook wordt getroffen door de mentale gezondheid van de patiënt. Aangezien we als gezinswetenschapper in wording net getraind worden om naar de volledige context van een gezin te kijken, ben ik met dit uitgangspunt aan de slag gegaan bij het schrijven van deze bachelorproef.

Leeswijzer 1:

*“Naasten zijn mensen uit de directe omgeving van personen die zorg (zouden moeten) krijgen vanwege psychische aandoeningen en klachten. Het gaat om partners, ouders, vrienden, (volwassen) kinderen, broers en zussen, buren of collega’s en overige naasten. Zij spelen vaak een belangrijke rol bij de signalering van psychische aandoeningen, (het volhouden van) de behandeling en het leven met de aandoening.” (Akwa GGZ)*

In deze bachelorproef focus ik mij in de eerste plaats op de partner van de mama met een postpartum depressie en daarna op de naasten. Daarmee wil ik echter geen afbreuk doen aan de andere belangrijke naasten of meemoeders.

Leeswijzer 2: Ik gebruik de termen cliënt en patiënt in deze bachelorproef door elkaar omdat ik geen standpunt wil innemen in de discussie over welke term nu de voorkeur geniet.



# Hoofdstuk 1 Probleemstelling

## 1.1 Probleemoriëntatie

Een kind krijgen is een ingrijpende gebeurtenis. Het is voor vele ouders een uitdaging. Voor een aantal van de kersverse moeders en hun partners wordt de periode na de bevalling, en soms ook al tijdens de zwangerschap, overschaduwd door psychische klachten. De psychische klachten na de bevalling zijn onder te verdelen in vier stoornissen: babyblues, postpartum depressie, postpartum psychose en posttraumatische stress-stoornis. Ik focus mij in deze bachelorproef op de postpartum depressie omdat deze stoornis na de babyblues het meeste voorkomt, verstrekender is en vaak niet wordt herkend (Meulink, 2015).

### 1.1.1 Prevalentie

Postpartum depressie, in de volksmond gekend als een postnatale depressie, is een belangrijk probleem voor de volksgezondheid en komt voor bij ongeveer 10 à 20% van de moeders (Saeys, Godderis-T'Jonck, Schryvers, Persyn, Jans, & Croo, 2015). De postpartumdepressie beïnvloedt verschillende levensgebieden op een negatieve manier: het gaat gepaard met een verhoogd risico op huwelijksproblemen en echtscheiding (Holden, 1991) en het zorgt voor een verhoogd risico op kindermishandeling en verwaarlozing (Buist, 1998; Pawlby et al., 2011). Als je uitgaat van een gemiddelde van 65.000 bevallingen in Vlaanderen waarvan 15% van de moeders een postnatale depressie krijgt, dan worden jaarlijks bijna 10.000 vrouwen getroffen.

### 1.1.2 DSM en postpartum depressie

Binnen de geestelijke gezondheidszorg wordt de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) als classificatiesysteem gehanteerd (Meulink, 2015). Het is wereldwijd het meest gebruikte handboek waarin internationale afspraken zijn gemaakt over welke criteria op een bepaalde psychische stoornis van toepassing zijn op basis van (nieuwe) wetenschappelijke inzichten. In de eerste versie van de DSM die verscheen in 1952 staat niets geschreven over de postpartum depressie. Er werd geen verschil gemaakt tussen gewone stoornissen en stoornissen die zich vlak voor of na een bevalling voordoen.

In de vierde versie van de DSM werd de postpartum depressie als subtype van een gewone depressie beschreven als een Major Depressive Episode with Postpartum Onset. Daarmee wordt alleen een verschil gemaakt in het moment waarop de depressie ontstaat, namelijk binnen de vier weken na de bevalling.

In de huidige, vijfde, editie van de DSM die in 2013 verscheen, spreekt men niet meer van een 'postpartum onset' maar van een 'peripartum onset' (American Psychiatric Association 2013). M.a.w. de depressie ontwikkelt zich dan tijdens de zwangerschap of in de eerste vier weken na de bevalling. Daarmee geeft de DSM-5 erkenning aan de mama's die al depressief worden tijdens de zwangerschap. Verder wordt er nog geen onderscheid gemaakt tussen depressies die ontwikkelen in de periode rond de bevalling en andere depressies.

### 1.1.3 *Symptomen van een postpartum depressie*

De symptomen van depressie zijn dezelfde tijdens de zwangerschap en na de bevalling dan op enig ander moment in het leven. In de perinatale periode kan een depressie over het hoofd gezien worden, omdat sommige klachten - zoals slecht slapen, geen zin hebben om te eten of zich uitgeput voelen – verkeerdelijk worden toegeschreven aan de zwangerschap of het mama worden (Meulink, A.M., 2015).

Depressie is echter meer dan uitputting. Bij een depressie ondervindt men meerdere van de volgende symptomen gedurende minimaal 2 weken. Alle symptomen hoeven niet samen voor te komen maar 1 van de 2 hoofdsymptomen is wel aanwezig.

Hoofdsymptomen:

- Sombere stemming. Een neerslachtig, verdrietig, ongelukkig of leeg gevoel.
- Verminderde interesse, minder plezier in het leven (vb. niet kunnen genieten van het kind; minder contact opnemen met anderen, ...)

Andere symptomen:

- Gebrek aan energie. Moe en futloos. Niet in staat om dagelijkse taken uit te voeren. Minder zelfzorg.
- Moeilijk in slaap vallen, vaak wakker worden of moeilijk terug inslapen na een nachtelijke voeding; of teveel slapen.
- Geen zin meer om te eten of net heel veel eten.
- Vertraagd of gejaagd in spraak, motoriek en denken. Prikkelbaar. Onrustig.
- Schuldgevoelens of gevoelens van waardeloosheid. Terugkerende negatieve gedachten. Piekeren. (vb. Ik doe alles fout. Ik zal nooit een goede mama zijn. Ik weet niet wat mijn baby nodig heeft, ...). Zelfs na rust blijven de gevoelens en gedachten negatief.
- Concentratie-, aandachts- of geheugenproblemen. Besluiteloosheid.
- Gedachten aan de dood of zelfmoordgedachten. Gedachten om zichzelf of de baby pijn te doen. Gevoel beter dood te zijn, dat partner of baby beter af zouden zijn zonder de mama.

Deze symptomen lijken op de symptomen van een depressie zoals die in de DSM beschreven staat. Een depressie kan zwaar, matig of mild zijn, afhankelijk van het aantal symptomen. Door de levensfase waarin deze depressie zich manifesteert krijgt deze 'gewone' depressie echter een uitzonderlijk karakter. Voor een vrouw die net moeder is geworden van een kindje waar ze naar had uitgekeken, is het extra pijnlijk om niet te kunnen genieten. Als je dag- en nachtritme door de behoeften van de baby al is verstoord, is het nog moeilijker om slaapproblemen aan te pakken. Mama's voelen zich nog eenzamer in een huis vol opgetogen bezoek. In een periode waarin een jonge moeder wil bouwen aan een warme en veilige basis voor haar baby is het pijnlijk om boos te zijn op de partner of de baby. Veel symptomen krijgen dus een extra zware betekenis door de levensfase waarin ze voorkomen. Daarnaast zijn deze symptomen net door die aparte levensfase moeilijk te herkennen. Jonge ouders zonder postpartum depressie kampen namelijk ook met de gevolgen van een verstoorde nachtrust, prikkelbaarheid en moeite om zich te concentreren.

De ene depressie is de andere niet. Dat geldt ook voor de postpartum depressie. Elke mama met een postpartum depressie ervaart iets anders, maar wat ze wel met elkaar gemeen hebben, is dat ze zich zo slecht voelen dat ze zichzelf niet meer herkennen en niet (helemaal) de ouder kunnen zijn die hun baby nodig heeft.

#### *1.1.4 De ontwikkeling van een postpartum depressie*

Het positieve nieuws is dat deze psychiatrische stoornis vrijwel altijd te genezen is. Hoelang een postpartum depressie duurt is afhankelijk van de (professionele) hulp die een vrouw krijgt. Als zij goed wordt begeleid is de depressie tijdelijk en gaat ze weer volledig over. Er kan echter aan het herstel een lang proces van psychisch lijden vooraf gaan. Een postpartum depressie die niet wordt behandeld, kan lang aanslepen (Meulink, A.M., 2015).

Doorgaans ontwikkelt de postpartum depressie zich kort na de bevalling. Af en toe ontstaat de depressie pas later. De DSM-5 houdt als periode één maand na de bevalling aan. Andere literatuur spreekt van zes maanden tot zelfs een jaar. Het grootste deel van de vrouwen met een postpartum depressie hadden nog geen klachten tijdens de zwangerschap.

Sommige vrouwen met een postpartum depressie hebben eerder in hun leven al een depressie meegemaakt. Die eerdere depressie vergroot de kans op een postpartum depressie enorm. Een postpartum depressie verloopt geleidelijk. Allereerst ervaren veel vrouwen een grote schrik over de angst en somberheid die hen overvalt. Daarna voelen ze een grote, pijnlijke leegte die hen zeer verdrietig maakt en kan zorgen voor een enorm schuldgevoel. Ondanks alles blijven veel kersverse mama's wel zelf voor hun kind zorgen. De volgende stap zorgt ervoor dat de vrouwen er zich van bewust worden dat wat zij meemaken niet 'normaal' is en dat ze willen genezen. Die genezing verloopt met ups en downs wat kenmerkend is voor het herstel van een postpartum depressie (Meulink, A.M., 2015).

#### *1.1.5 Taboe*

Psychisch lijden is in de moderne westerse cultuur taboe. Depressief zijn als je een kind hebt gekregen hoort niet bij de verwachte roze wolk. Hoewel postpartum depressie vrij algemeen bekend is, beschouwt onze maatschappij het nog steeds als een verschijnsel dat marginaal en afwijkend is van hoe het er 'normaal' gezien in de psyche van een jonge moeder aan toe hoort te gaan. Een moeder met een postpartum depressie gaat vaak gebukt onder sterke gevoelens van schuld en schaamte. De sociale omgeving van een pas bevallen moeder speelt een belangrijke rol in de betekenis die de moeder geeft aan de depressieve gevoelens waarmee ze kampt. Neemt haar omgeving haar gevoelens serieus of wordt haar het gevoel gegeven dat wat ze voelt abnormaal is? Vrouwen met een postpartum depressie voelen zich vaak eenzaam omdat ze denken dat ze de enigen zijn die zich zo voelen. Door het ontkennen van hun gevoelens wordt hun isolement bovendien alleen maar groter.

Deze problematiek werd verwerkt in een voorstel van resolutie die op 10 juli 2015 in de commissie Welzijn en Volksgezondheid door Freya Saeys werd ingediend. Het betrof een resolutie die de vroegtijdige detectie en behandeling van de postnatale depressie wou aanpakken en het taboe dat rond de problematiek hangt wou doorbreken (Saeys, Godderis-T'Jonck, Schryvers, Persyn, Jans, & Croo, 2015). Naar aanleiding van deze resolutie werd in samenwerking met Kind & Gezin in oktober

2016 een sensibiliseringscampagne op poten gezet met als boodschap “Ik hou van mama. Ze hoeft niet perfect te zijn”.

#### *1.1.6 Gezinsdrama Varsenare*

Op 29 augustus 2018 werd Vlaanderen wakker met het nieuws dat een moeder opzettelijk tegen een betonnen brugpijler op de E40 was gereden. De vrouw overleefde de klap, maar verklaarde dat ze haar kinderen iets had aan gedaan. In haar woning troffen de hulpdiensten de levenloze lichamen van haar drie kinderen aan: een 4-jarig meisje, een 2-jarig jongetje en een jongetje van minder dan drie maanden oud. Het hele land was in schok. Alle experts die uitvoerig in de media kwamen om een reactie te geven waren het over één zaak eens: er rust nog steeds een taboe op psychische problemen die zich voordoen na een bevalling. De Standaard liet op 1 september 2018 professor Titia Hompes aan het woord: “Veel vrouwen hebben na de geboorte van hun kind depressieve gevoelens of zijn angstig. Ze hebben het gevoel dat ze de controle verliezen. Een kind krijgen is zo existentieel dat men dit echt heel goed wil doen. Falen is geen optie, en dus hebben ze het er moeilijk mee om hun omgeving te laten merken dat het niet zo goed gaat. ... De roze wolk is een mythe, die nodig doorgeprikt moet worden.” Deze tragische gebeurtenis maakte nog maar eens pijnlijk duidelijk hoe hoog het taboe rond postpartum depressies nog steeds is.

#### *1.1.7 Vroegtijdige detectie en behandeling van perinatale mentale problemen*

In 2013 werd reeds een werkgroep binnen het UZ Gent en de Moeder-Baby eenheid Karus opgestart met zorgverleners uit verschillende disciplines met als doel het gebrek aan geestelijke gezondheidszorg in de perinatale periode aan te pakken en de zorg voor het psychische welzijn van de vrouw, haar baby en haar gezin te verbeteren door te vertrekken van de principes van geïntegreerde zorg (Van Damme, Van Parys, Vogels, Roelens, & Lemmens, 2018). Deze werkgroep ondervond al snel dat perinatale zorg de klassieke scheidingslijn tussen eerste en tweede lijn overstijgt en meer vraagt dan louter medische of psychiatrische hulp. Daarom werd de werkgroep uitgebreid met vroedvrouwen, huisartsen, psychologen, sociaal werkers, hulpverleners vanuit Kind en Gezin, enz. Perinatale geestelijke gezondheidszorg heeft aandacht voor beide ouders en hun kinderen. In 2016 zorgde de toekenning van een subsidie door de Vlaamse minister van Welzijn, Gezondheid en Gezin n.a.v. de resolutie ervoor dat de pilootprojecten in een stroomversnelling kwamen. Het Gents Netwerk voor Perinatale Mentale Gezondheid ontwikkelde een richtlijn met als doel een zorgpad uit te schrijven dat kan helpen bij de vroegtijdige detectie en behandeling van perinatale mentale problemen.

Het kabinet van minister Van Deurzen stelt voor 2019 opnieuw middelen ter beschikking voor één jaar. Het doel is o.a. de uitrol van het screeningsprotocol en detectie van perinatale problemen in Vlaanderen, het ontwikkelen van een online zelfhulptool voor perinatale depressie, de oprichting van een Vlaams expertisenetwerk voor Perinatale Mentale Gezondheidszorg en het verlenen van de medewerking aan beleidsontwikkelingen van de Vlaamse Overheid door het inbrengen van expertise (Van Deurzen, 2019).

### **1.1.8 Behandeling van een postpartum depressie**

Er zijn verschillende vormen van hulpverlening die een vrouw met een postpartum depressie hulp kunnen bieden: sociale, medische, psychologische en nog andere interventies zoals mindfulness psycho-educatie en lichaamsbeweging.

#### **Sociale steun**

De sociale steun is een cruciale factor wanneer een vrouw lijdt aan een postpartum depressie (Kleiman & Raskin, 2013). De duur, ernst en impact van de postpartum depressie op het latere leven van het kindje en de vrouw worden in grote mate bepaald door het al dan niet ontvangen van sociale steun. De depressie zal ernstiger en ingrijpender zijn als er minder of geen steun is. Een vangnet kan gevormd worden door de partner, familie, vrienden, huisarts, kraamhulp, burens,... Een vrouw met een postpartum depressie heeft allereerst een warme omgeving nodig, door Kleiman een 'holding environment' genoemd, die voor haar zorgt op het moment in haar leven dat zij meer dan ooit zelf moet zorgen en het gelijktijdig zo moeilijk heeft (Kleiman, K., 2009 geciteerd door Meulink, 2015).

#### **Medicatie**

Professionals bieden meestal medicatie als vorm van behandeling aan. Antidepressiva zijn de meest voorgeschreven medicijnen bij een postpartum depressie (Meulink, 2015). Daarnaast worden kalmerings- en slaapmiddelen en soms ook hormonen ter beschikking gesteld.

De keerzijde van de medaille van het slikken van een antidepressivum – bijwerkingen, onzekerheid over het effect, langdurig moeten doorslikken – vereist deskundige en zorgvuldige begeleiding voor het maken van de keuze of medicatie al dan niet moet worden opgestart. Gezien de medicamenteuze behandeling van een postpartum depressie nog in de kinderschoenen staat, ga ik hier verder in deze bachelorproef ook niet verder op in.

#### **Psychotherapie**

Hoewel psychotherapie de meest gekozen vorm van behandeling is voor vrouwen met een postpartum depressie, is de stap om op zoek te gaan naar een therapeut niet eenvoudig. Allereerst worstelt de vrouw zelf nog met haar hulpvraag en begrijpt ze niet wat haar overkomt. Daardoor weet ze niet goed wat ze met een therapeut moet bespreken (Kleiman, K., 2009 geciteerd door Meulink, 2015). Daarnaast is er ook nog de praktische kant: 'Waar vind ik een geschikte therapeut?'. Het wel of niet slagen van een therapeutische behandeling hangt in grote mate af van de kwaliteit van de therapeutische relatie (Egan, G., 1998 geciteerd door Meulink, 2015).

#### **Opname in de psychiatrie**

In Vlaanderen zijn er twee gespecialiseerde centra waar moeders met mentale problemen in de postpartum periode, samen met hun baby, worden opgenomen. Beide centra werken met een multidisciplinair team dat oog heeft voor zowel het mentaal welzijn van de moeder als de ontwikkeling van de baby.

Daarnaast beschikken zowel het UZ Gent als het UPC KU Leuven over een team dat gespecialiseerd is in het stellen van de diagnose en het behandelen van psychologische en psychiatrische problemen tijdens de perinatale periode.

Naast alle vernoemde interventies is het bieden van hoop zeer helpend. Het herstel van een postpartum depressie is een persoonlijk proces waarin de steun van anderen die hun geloof en vertrouwen in een goede afloop durven uitspreken onmisbaar is (Meulink, 2015).

## 1.2 Centrale vraag en deelvragen

Welke ondersteuning heeft de vader zelf nodig wanneer zijn partner lijdt aan een postpartum depressie?

Enkele deelvragen:

- Welke ondersteuning kunnen de naasten bieden wanneer een mama lijdt aan een postpartum depressie?
- Op welke manier kan de Moeder Baby eenheid waar moeders met een postpartum depressie worden opgenomen de vaders en de naaste omgeving meer betrekken?
- Hoe kan er voor gezorgd worden dat het taboe rond dit thema wordt doorbroken zodat moeders met een hulpvraag (sneller) de weg vinden naar de juiste hulpverlening?

## 1.3 Casusbeschrijving

### 1.3.1 *Eva, Theo en de postpartum depressie*

Deze casusbeschrijving is gebaseerd op verslagen van gesprekken met Eva die in haar Elektronisch Medisch Dossier op de Moeder en Baby afdeling van het PZ Karus gedetailleerd werden neergeschreven. Daarnaast heb ik Eva en haar partner Theo zelf bevraagd in twee gesprekken. Als derde bron voor deze casusbeschrijving heb ik een gesprek gevoerd met de kinderspsychologe van de Moeder en Baby afdeling. Tijdens de opname van Eva op de Moeder en Baby afdeling was ik als stagiaire werkzaam op de afdeling. Om de anonimiteit van de personen in deze casus te garanderen, gebruik ik fictieve namen.

Eva is een 36-jarige moeder van 2 zonen. Ze woont samen met Theo in een landelijke gemeente. Eva en Theo hebben elkaar via het internet leren kennen toen Eva 24 jaar was. Eva heeft een opleiding verpleegkunde gevolgd en is tewerkgesteld in een woonzorgcentrum. Ze schoolde zich bij met een kaderopleiding en kreeg de functie van hoofdverpleegkundige.

Theo is 37 jaar en werkt op een administratieve dienst van een elektriciteitsbedrijf. Dat bedrijf bevindt zich in dezelfde straat als hun gezinswoning.

Eva is opgegroeid in een warm gezin met liefdevolle ouders. Ze heeft één broer met wie ze een goed contact heeft. Eva omschrijft haar kinder- en jeugdtijd als warm en geborgen. Eva beschouwt zichzelf als een introvert persoon met weinig zelfvertrouwen. Ze is zeer perfectionistisch voor zichzelf en heeft angst om te falen. Tijdens haar opleiding tot verpleegster heeft ze een depressie gehad als gevolg van haar perfectionisme en faalangst. Ze heeft hier toen psychologische begeleiding voor gehad.

Eva en Theo hebben moeilijkheden gehad om natuurlijk zwanger te worden. Daarom werd een hormoontherapie en inseminatie opgestart. Het koppel heeft één miskraam gekend, reeds vroeg in de zwangerschap. De zwangerschap van hun eerste zoon, Ferre, verliep vlot tot 28 weken. Eva kreeg voorweeën en werd daarom 5 weken opgenomen in het ziekenhuis. Vervolgens heeft ze thuis nog 3

weken platte rust voorgeschreven gekregen. Ferre is op natuurlijke wijze geboren op 36 weken. Zijn geboortegewicht was te laag waardoor hij 4 dagen op neonatologie heeft doorgebracht.

Eva heeft na de geboorte van Ferre geen depressieve klachten of last gehad van uitputting. De hechting met Ferre verliep vlot.

Het koppel startte opnieuw met hormoontherapie en inseminatie voor de zwangerschap van Kamiel. Vanaf 15 weken in de zwangerschap moest Eva platte rust nemen. Op 33 weken werd longrijping toegediend. Uiteindelijk is Eva op natuurlijke wijze bevallen na 37 weken zwangerschap op 28 juni 2018. Hun oudste zoon Ferre is ondertussen 2,5 jaar en ging naar de instapklas. Hij was tijdens de zomervakantie ook thuis. Eva geeft aan dat ze er na haar bevalling meteen wou invliegen. Ze wou dat haar gezin niets tekort kwam.

De combinatie van twee jonge kinderen thuis zorgde voor een migraineaanval. Die aanval was de trigger voor bijkomende angsten: wat als ik migraine heb en niet voor mijn kinderen kan zorgen? Haar perfectionistische ingesteldheid en het geven van borstvoeding leidden tot slaapdeprivatie, angstgevoelens, uitputtingsklachten en verminderde eetlust.

Eva geeft aan een ander gevoel te hebben voor Kamiel dan voor Ferre. Ze voelt geen moederband met haar zoon en voelt zich daar schuldig over.

De ouders van Eva wonen aan de overkant van de straat. Eva doet meermaals per dag beroep op haar moeder. Als de angst toeslaat, belt ze haar moeder of loopt ze naar haar ouderlijk huis om de hulp van haar mama in te roepen.

Eva twijfelt om zich te laten opnemen op de Moeder en Baby afdeling. Ze beseft dat ze hulp nodig heeft, maar twijfelt omdat ze haar man en oudste zoon niet wil achterlaten. Ze komt met haar man eerst op gesprek bij de coördinator van de Moeder en Baby afdeling en krijgt een rondleiding van de psychiatrisch verpleegkundige. De eerste kennismaking met de Moeder en Baby afdeling schrikt Eva af. Ze raapt haar moed bijeen om het thuis toch vol te houden. Een week later beslist ze samen met haar man om zich alsnog te laten opnemen na de zoveelste slapeloze nacht en huilbuien.

Eva formuleert in samenwerking met de psycholoog en psychiatrisch verpleegkundige een paar hulpvragen bij haar intakegesprek:

- zelfvertrouwen vergroten en vertrouwen krijgen als moeder
- grenzen lezen aanvoelen, aangeven en accepteren dat er grenzen zijn en hulp durven vragen
- perfectionistische ingesteldheid leren relativeren
- inzetten op de moeder-baby band met haar zoon
- tijdsbewustwording
- leren genieten van het moederschap.

Eva vertelt dat de schuldgevoelens tegenover haar gezin enorm zwaar wegen. Ze voelt het aan alsof ze gefaald heeft in het partner- en moederschap. Aanvankelijk is haar therapieprogramma zeer rustig. Ze krijgt de tijd om even op adem te komen en te wennen aan de afdeling. Eva wordt medicamenteus ondersteund met een antidepressivum. Kamiel slaapt in een andere kamer en de nachtverpleging zorgt voor zijn voedingen zodat Eva kan doorslapen. Na twee weken op de afdeling geeft Eva zelf aan zoveel mogelijk therapieën te willen volgen.

Theo vertelt dat hij zich zeer machteloos heeft gevoeld. “Je ziet dat het fout gaat, maar je kan niets doen. Als ik vroeg wat er scheelde, hielden haar antwoorden geen steek. Op de duur begon ik mijn moed te verliezen. Ik wist ook niet meer wat te doen.”

Theo werkt in de straat waar zijn gezin woont. 's Middags gaat hij thuis lunchen om zoveel mogelijk bij Eva en de kinderen te kunnen zijn. Als hij niet thuis was, vroeg hij aan de mama van Eva om zoveel mogelijk een oogje in het zeil te houden zodat Eva niet te vaak alleen thuis met de kinderen was.

Theo is uiteindelijk degene die Eva heeft overtuigd om zich toch te laten opnemen op de Moeder en Baby eenheid. Hij zag geen andere uitweg meer. Theo geeft aan dat hij zich opgelucht voelde toen Eva niet meer thuis verbleef. Vanaf dat moment hoefde hij niet meer de zorgende rol op zich te nemen maar kon hij weer gewoon haar partner zijn. Hij stond Eva bij in praktische zaken zoals ervoor zorgen dat er voldoende propere kleren waren in het ziekenhuis voor Eva en Kamiel. Daarnaast stond hij thuis alleen in voor de opvoeding van Ferre. Theo kwam zoveel mogelijk op bezoek om zijn vrouw en zoontje te zien. Zijn eigen bezorgdheden over de ziekte en toekomst van Eva en zijn frustraties houdt hij voor zichzelf.

Theo geeft aan dat hij nooit werd uitgenodigd voor een gesprek met de psycholoog van de afdeling. Hij had daar wel nood aan maar heeft hier zelf niet om gevraagd omdat hij zichzelf niet voorop wou stellen. Hierdoor had hij niet echt het gevoel dat hij betrokken werd. De psychiatrisch verpleegkundige van de afdeling heeft wel een gesprek met hem gehad. Daarin werd gepeild naar de draagkracht van Theo. Als Theo vragen had, wist hij niet altijd waar hij daarmee terecht kon. Vaak stelde hij ze dan 'tussen de soep en de patatten' aan een verpleegkundige die op dat moment van dienst was.

De Moeder en Baby afdeling organiseert tweemaandelijks een familie-avond. Daarop worden de familieleden van de moeders die op dat moment op de afdeling zijn opgenomen uitgenodigd. Ze krijgen er meer uitleg over de ziekte van de moeders en de werking van de afdeling. Daarnaast is er een getuigenis van een ervaringsdeskundige die ooit op de afdeling heeft verbleven. Eva, Theo en de ouders van Eva zijn aanwezig op de familie-avond die doorgaat op het moment dat Eva op de afdeling verblijft. Ze stellen er vragen die voornamelijk gaan over de toekomst. Hun gedeelde bezorgdheid is: komt het nog goed?

Eva verblijft uiteindelijk drie maanden op de afdeling. Na haar ontslag op de afdeling gaat ze tweemaandelijks naar de psychiater van de Moeder en Baby afdeling. 7 maanden na de geboorte van Kamiel herneemt ze haar professionele activiteiten.

### *1.3.2 Het netwerk van Eva*

Het netwerk waarop Eva kon steunen bestond naast haar man Theo nog uit een paar andere personen die elk op hun manier een bijdrage geleverd hebben in de weg naar het herstel van Eva.

Els, de mama van Eva, is de eerste persoon die Eva doorzag en tegenover Eva en haar man de term postpartum depressie liet vallen. Els steunde haar dochter enorm, al was het voor haar als moeder enorm moeilijk om te zien dat haar dochter het niet meer zag zitten. Els heeft haar twijfels bij de opname in de Moeder en Baby afdeling. Op de familieavond die Karus organiseerde waren Els en haar man aanwezig.



Eva heeft een goede band met haar vroedvrouw. Ze kwam thuis om de twee dagen langs. Eva geeft aan dat de vroedvrouw de eerste hulpverlener was die merkte dat het niet goed met haar ging. Allereerst heeft ze Eva ondersteund door haar veel tips te geven. Toen ze merkte dat het echt wel de slechte kant op ging stuurde ze Eva door naar de huisarts. De vroedvrouw is de hulpverlener die Eva als eerste heeft verteld over de Moeder en Baby afdeling.

De huisarts stelde de diagnose postpartum depressie en schreef Eva een antidepressivum voor. Daarnaast ging ze op zoek naar een psycholoog. Als Eva aangaf dat de vroedvrouw haar had verteld over de Moeder en Baby afdeling, nam de huisarts contact met de afdeling op. De huisarts verzamelde al de nodige informatie en hielp Eva op weg om daar hulp te zoeken. De huisarts had zelf nog nooit over de Moeder en Baby afdeling gehoord.

De huisarts raadde Eva een opname aan. Daarop vroeg Eva advies aan haar schoonzus die bij een OCMW werkt. De schoonzus trad de vroedvrouw en huisarts bij.

Op de Moeder en Baby afdeling had Eva een goed contact met de kinderpsychologe. Ze voelde zich enorm veilig bij haar. De kinderpsychologe gaf Eva enorm veel tips naar hoe om te gaan met Kamiel. Ze was de eerste die Eva heeft doen kunnen inzien dat wat ze deed echt wel 'ok' was. De kinderpsychologe gebruikt Video Interactie Begeleiding. Ze filmt een aantal verzorgingsmomenten van Eva met Kamiel. Daarna bekijken ze samen de beelden en worden die besproken met als doel Eva te empoweren als mama.

Aanvankelijk heeft Eva aan zeer weinig mensen uit haar omgeving verteld hoe het met haar ging omdat ze zich schaamde en schuldig voelde over haar gezondheidstoestand. Enkel haar ouders, schoonouders, broer en schoonzus waren op de hoogte van de problemen met de mentale gezondheid van Eva. De overige familie en vrienden werd verteld dat Eva last had van migraine. Ze voelde zich zeer alleen en ervoer dat er een taboe rust op het hebben van psychische problemen in de periode na de bevalling. Terwijl Eva was opgenomen ging de babyborrel voor Kamiel door. Tijdens de opname van Eva op de Moeder en Baby afdeling mocht ze in het weekend naar huis. Daardoor kon ze zelf ook aanwezig zijn op de babyborrel. De ontmoeting met haar familie, vrienden, kennissen en collega's zette haar aan het denken. Ze beschrijft dat na de babyborrel het besef kwam het beu te zijn om de schijn op te houden dat alles goed met haar gaat. Na een aantal weken opgenomen te zijn geweest, vertelt ze op sociale media eerlijk wat ze heeft doorgemaakt. De reacties op het nieuws zijn talrijk en zeer positief. Eva geeft aan zich op deze manier positief bekrachtigd te voelen en gesterkt te zijn een goede beslissing genomen te hebben haar verhaal met iedereen te delen.

#### 1.4 Veranderingsdoelen

Vanuit de probleemoriëntatie, de centrale vraag en de casusbeschrijving formuleer ik een aantal veranderingsdoelen.

- Hoe kan het taboe en stigma dat rust op het hebben van psychische problemen in de periode rond de bevalling doorbroken worden?
- De partners en familieleden van mama's met psychische problemen rond de geboorte geven aan zich zeer machteloos te voelen. Ze worden nauwelijks betrokken bij de behandeling die

hun partner nodig heeft om er weer bovenop te komen. Ze kunnen met die machteloosheid nergens terecht. Hoe kunnen zij (beter) geïnformeerd, betrokken en ondersteund worden?

- De hulpverlening op de Moeder en Baby afdeling richt zich voornamelijk op de moeders zelf. Doordat de baby samen met de moeder wordt opgenomen, kan er ook worden ingezet op de hechtingsband tussen de moeder en haar kind. De partner wordt echter zeer beperkt betrokken in het hulpverleningsproces. Hij moet zijn vrouw en pasgeboren kind missen. Op welke manier kan de betrokkenheid van de partner en bij uitbreiding van de familie verhoogd worden op een Moeder en Baby afdeling?

## Hoofdstuk 2 De impact van een postpartum depressie op het welbevinden van de partner

Als een vrouw een postpartum depressie krijgt, heeft dit een grote impact op het leven van de partner en op hun relatie. Het is niet vanzelfsprekend dat de partner kan omgaan met zijn vrouw als die het psychisch moeilijk heeft. De partner is vaak bereid om zich als verzorger op te stellen maar overbelasting en eenzaamheid dreigen de overhand te nemen. In de hulpverlening is het belangrijk om oog te hebben voor de partner, hem de juiste ondersteuning en (h)erkenning te bieden. De hulpverlener moet zich in het perspectief van de partner kunnen verplaatsen en weten wat de impact van de psychische aandoening is op zijn leven. Theoretische kennis kan de hulpverlener daarbij helpen.

Allereerst bespreek ik in dit hoofdstuk de gevolgen van de psychische klachten voor de partner en de schade die hij oploopt. Daarna overloop ik de verschillende rollen die de partner opneemt en werp ik een blik op de effecten van het zorgen voor de partner.

### 2.1 Gevolgen voor de partner

Als je partner lijdt aan een psychische stoornis, verandert je relatie (Schoen & van Pagée, 2017). De gelijkwaardigheid die in elke relatie wordt nagestreefd is verdwenen. Het gezin maakt kennis met diagnoses, therapieën, medicijnen, psychologen, psychiaters,... De postpartum depressie heeft effect op het leven van het volledige gezin maar vooral op de relatie tussen de partners:

- De basis van een relatie is om er voor elkaar te zijn. Dat is net wat de moeder met een postpartum depressie niet kan. Als partner moet je er zijn voor haar en voor je baby. Je krijgt geen of weinig betrokkenheid of zorgzaamheid terug.
- Gelijkwaardigheid binnen een relatie is zeer belangrijk. De taken zoals de zorg voor de kinderen, het huis en de inkomsten worden verdeeld tussen gelijkwaardige volwassenen. Als een partner met psychische problemen worstelt, zorgt dat voor ongelijkwaardigheid. De partner zorgt en stopt energie in de relatie maar krijgt daar niets of nauwelijks iets voor terug.
- Partners blijven achter met veel vragen. Ze begrijpen en herkennen hun vrouw niet meer. Wat gebeurt er toch met haar? Wat kan ik doen om haar te helpen? Is het mijn schuld? Wat houdt haar bezig?
- In de verschillende fases van een relatie verandert de intimiteit. De intimiteit tussen een kersvers koppel of een koppel dat al 50 jaar bij elkaar is, is anders. Wanneer een partner psychisch ziek is, verdwijnt de intimiteit. Door de ziekte ontstaat een afstand, gewild of ongewild, omdat de ander niet meer vertrouwd aanvoelt.
- De partner krijgt het gevoel er alleen voor te staan. De gedeelde verantwoordelijkheid die een koppel voorheen samen droeg, is verdwenen.
- Daarnaast is ook de betrokkenheid verdwenen. Een koppel deelt met elkaar wat ze gedaan hebben, hoe hun dag is geweest, hoe ze zich voelen,... Een partner met een psychische aandoening is niet meer gericht op de ander maar heeft haar handen vol met zichzelf.

Een aantal tegenstrijdige gevoelens kenmerken het samenleven met iemand met een psychische aandoening: boosheid en medeleven, schuldgevoel en irritatie, bezorgdheid en schaamte. Partners kampen met eenzaamheid en overbelasting.

## 2.2 Vijf fasen van depression fallout

Anne Sheffield (2000) beschrijft de schade die een partner van een psychisch zieke partner oploopt als "depression fallout". De partnergevolgen bestaan volgens Sheffield uit vijf fasen die niet lineair worden doorlopen: verwarring, gebrek aan zelfvertrouwen, moedeloosheid, woede en het verlangen om te ontsnappen. De kennis van die gevolgen kan de partner helpen om zijn gevoelens te herkennen als iets wat erbij hoort als je partner psychische klachten heeft.

### 2.2.1 *Verwarring*

De partner is vaak de eerste die merkt dat er iets mis is. Hij stelt zich veel vragen: Wat is er mis? Waarom gedraagt ze zich zo anders? Dit zorgt voor verwarring en schuldvragen. De partner gaat op zoek naar een verklaring, gaat te rade bij familie, vrienden of de huisarts of houdt het voor zichzelf en piekert.

### 2.2.2 *Zelfvertrouwen ontbreekt*

Samenleven met iemand met psychische klachten verlaagt je zelfvertrouwen. Daar zijn twee oorzaken voor. Allereerst kampen partners met schuldgevoelens. Ze geven zichzelf de schuld wat niet bijdraagt aan een positief zelfbeeld. Daarnaast is er de kans dat iemand met psychische klachten de behoefte heeft om de oorzaak buiten zichzelf te zoeken. Aangezien de partner het meest beschikbaar is, is de kans groot dat hij als eerste zondebok wordt aangewezen.

### 2.2.3 *Moedeloosheid*

Als de situatie een tijd blijft aanslepen, niet verbetert of er een terugval is, verliest de partner de moed en gelooft hij niet meer in een oplossing. De energie om te blijven werken aan verbetering van de situatie ontbreekt.

### 2.2.4 *Woede*

De fase van moedeloosheid gaat vaak hand in hand met woede en frustraties. De partner is razend door de situatie, de partner en haar ziekte, de behandeling die niet lijkt te werken en op zichzelf. Soms moet de omgeving van de partner eraan geloven. De gevoelens van moedeloosheid en woede horen bij veel psychische ziektes. De moedeloosheid, woede en frustratie van de zieke partner beïnvloeden de andere. In onze cultuur is woede meer beladen dan moedeloosheid. De valkuil is dat de partner een schuldgevoel krijgt door de gevoelens waarmee hij worstelt.

### 2.2.5 *Verlangen te ontsnappen*

Als de situatie lang aanhoudt, kan het samenleven met een partner met een postpartum depressie zwaar vallen. Een leven zonder je partner kan dan ineens aantrekkelijk lijken. Gelukkig is er naast alle ellende die de ziekte met zich mee brengt, vaak liefde en genegenheid. Het is belangrijk dat de partner het onderscheid kan maken tussen zijn partner als persoon en de ziekte waarmee ze aan het vechten is.

## 2.3 Rolverandering

Familieleden en bij uitstek de partner van een psychisch zieke neemt verschillende rollen op. Hij wordt o.a. gebombardeerd tot co-diagnosticus, zorgverlener en crisismanager (van de Bovenkamp & Trappenburg, 2008).

### 2.3.1 *Co-diagnosticus*

Vaak is de partner de eerste die merkt dat er iets mis is omdat hij dicht bij de patiënt staat. Hij gaat zelf op zoek naar informatie om het gedrag van zijn partner te verklaren. Soms worden de problemen een tijdlang aangekeken tot de ziekte zich hevig toont. De partner kan een belangrijke informatiebron zijn over de patiënt zijn schooltijd en jeugd, gedrag, karakter en gevoeligheden. Daardoor kan hij een belangrijke rol spelen bij het stellen van de diagnose (Ypsilon, z.d.) .

### 2.3.2 *Zorgverlener*

De partner kan niet enkel een rol spelen bij het aangeven dat er iets mis gaat, maar heeft daarna nog verschillende rollen op te nemen. Hij wordt op een bepaalde manier ook zorgverlener. Een andere term die ook in andere sectoren wordt gebruikt is mantelzorger: een informele zorgverstreker (Vanderleyden & Moons, 2015). Denk daarbij aan de zorg van ouders voor hun mindervalide kind, de onderlinge hulp tussen echtgenoten/partners op oudere leeftijd, de steun van kinderen voor hun hulpbehoevende ouder(s) en/of schoonouder(s), de zorg voor een buurvrouw,... Mantelzorgers zijn vaak familieleden (kinderen, partner,...) of kennissen uit de naburige omgeving (buren, vrienden,...). Mantelzorgers kiezen niet om mantelzorger te worden. Het overkomt hen gewoon.

De zorg kan bestaan uit praktische zaken, zoals bijvoorbeeld schoonmaken en strijken, financiële zaken regelen, maar ook uit zorggerichte taken zoals het bieden van emotionele ondersteuning. Daarnaast heeft de partner ook een signaliseringsfunctie waarmee ze een belangrijke rol kunnen verrichten in de behandeling.

Hoewel de zorg die naasten van mensen met een psychische aandoening bieden veel overeenkomsten vertoont met andere mantelzorg, herkennen ze zich niet altijd in de term 'mantelzorger' (Baars & van Meekeren, 2013). Daar zijn verschillende redenen voor:

1. Schuldgevoelens: soms voelen mantelzorgers zich medeverantwoordelijk voor het ontstaan van de aandoening.
2. Stigma: mantelzorgers vinden het soms moeilijk om over een psychische aandoening te praten met anderen omdat zorgen voor iemand met een psychische aandoening vaak afstand nemende of meelijwekkende reacties opwekt. Dat zorgt ervoor dat deze mantelzorgers er vaker alleen voor staan dan bijvoorbeeld mantelzorgers van oudere mensen. Die eenzaamheid vergroot hun kans op overbelasting (Baars & van Meekeren, 2013).
3. Onzichtbaarheid van de stoornis: voor de buitenwereld is een psychische stoornis niet of nauwelijks zichtbaar. 'Je ziet niet dat er iets mis is met haar' (Bransen, Paalvast & Slaats, 2014).
4. Veranderingen in gedrag en relaties van de mantelzorger: de mantelzorger kan zich anders gaan gedragen (zichzelf terugtrekken, zelfzorg verwaarlozen) waardoor ook de relatie met anderen wordt bemoeilijkt.

5. Juridische bescherming van de cliënt: in principe is de behandeling en opname alleen mogelijk wanneer de cliënt hiermee instemt. Het gevolg daarvan is dat er soms meer verantwoordelijkheden en zorg bij de mantelzorger terechtkomt dan deze wil of kan geven.
6. Onvoorspelbaarheid: in de 'goede periodes' zorgt de angst voor terugval voor druk.
7. Extra complexe factor: Ze zorgen voor naasten die zelf niet altijd kunnen erkennen dat ze ziek zijn (Baars & van Meekeren, 2013).

### 2.3.3 Crisismanager

Partners van mama's met een ppd moeten niet alleen zorg geven, maar ze maken zich ook zorgen. Zorg in de geestelijke gezondheidssector is in de eerste plaats zorgen maken naast zorg geven. De onvoorspelbaarheid van een depressie kan zorgen voor crisissituaties waarin de partner de rol van crisismanager moet opnemen. Uit onderzoek van Van de Bovenkamp en Trappenburg blijkt dat partners aangeven dat de onvoorspelbaarheid en onzekerheid hen een gevoel van onmacht opleveren (2008). Ze maken zich zorgen over de veiligheid van de partner, haar gezondheid, de hulp die ze krijgt en de toekomst.

## 2.4 De effecten van het zorgen voor de partner

Als een pasbevallen moeder het mentaal moeilijk heeft, is dat voor de partner en de omgeving een zware schok.

### 2.4.1 Rouw: omgaan met levend verlies

Bij het sterven van een dierbare hoort rouw. Manu Keirse onderscheidt echter nog een andere vorm van rouw: chronische rouw of rouw om een levend verlies (2017). Chronische rouw gaat over verliezen die permanente energie en moed vragen om steeds nieuw opduikende problemen of crisissen aan te kunnen. Het is een verlies van hoop of idealen van wat de realiteit zou kunnen geweest zijn of zou moeten geweest zijn. Als partner van iemand met psychische klachten krijg je te maken met een verlies. Je kan de gelijkwaardigheid in je relatie verliezen, je kan sommige dingen misschien niet meer samen doen of je moet je toekomstdromen laten varen (Keirse, M., 2017).

*Jeroen: 'De postnatale depressie was een ramp. Juist omdat je je een roze wolk voorstelt, terwijl het een zwarte blijkt te zijn. Toen die wolk, met medicatie en begeleiding, weer was opgetrokken, werden we geconfronteerd met de vraag: willen we een tweede kind? Het is heel verdrietig, maar we hebben moeten besluiten dat niet te doen. Om onszelf niet bloot te stellen aan een mogelijke tweede depressie, en met het oog op onze dochter. Het blijft nu bij één. Ook dat had ik me anders voorgesteld.'*

(Schoen en van Pagée, 2017)

De chronische rouw is anders dan rouwen door overlijden maar de manier van rouwen komt vaak overeen (Schoen & van Pagée, 2017). Rouw gaat in vier fasen die rouwtaken worden genoemd. Deze opdrachten moet je vervullen om je aan te passen aan het leven met verlies.

1. Het verlies onder ogen zien. Erkennen dat de ander of het andere niet meer terugkomt.
2. De gevoelens van het verlies ervaren: verdriet, somberheid, angst, schuld, wanhoop en jaloezie.
3. Zich aanpassen aan het leven na dit verlies, zonder de toekomstplannen, zonder de plannen die je samen met je partner had.
4. Langzamerhand verder gaan en weer leren genieten.

Het verlies moet geïntegreerd worden in het leven en niet zoals men vaak denkt worden hersteld of verwerkt (Schoen & van Pagée, 2017). Er zijn echter verschillende redenen waarom bij chronische rouw het integreren van het verlies in het leven zo moeilijk is.

1. Bij levend verlies kan het verlies de partner af en toe weer overvallen. Bijvoorbeeld als iemand in zijn omgeving ouder is geworden en alles prima verloopt.
2. De houding van de omgeving is anders dan bij verlies door overlijden. Het verlies wordt dikwijls niet in die mate erkend waardoor de partner niet de steun of troost uit de omgeving krijgt die hij nodig heeft. Dat kan het ook voor de partner bemoeilijken om zijn verlies te erkennen.
3. Het toekomstbeeld wordt beïnvloed door het verlies. De toekomst is onzeker waardoor het hoofdstuk moeilijk kan worden afgesloten.
4. Als de zorgen voor en over de partner alle tijd opeisen, krijgt die ook niet de tijd en energie om bij het verlies stil te zijn.

Het is voor hulpverleners belangrijk om tijdens contactmomenten aandacht te hebben voor deze chronische rouw. Als er onvoldoende aandacht wordt gegeven aan de rouw- en verliesverwerking heeft dat een invloed op het herstelproces van de patiënt en de familie en ook op de relatie met de hulpverlening (Slaats, 2011 geciteerd door Baars & van Meekeren, 2013).

#### *2.4.2 Draagkracht versus draaglast: een balans die in evenwicht moet zijn*

Een goed evenwicht tussen draaglast en draagkracht is belangrijk. Mantelzorgers zijn als mens totaal betrokken in de zorgrelatie. De partner die optreedt als mantelzorger moet investeren in tijd, emoties, kennis en communicatie. Al die investeringen samen noemt Dedry de mantel-zorginvestering (2016) die aan de kant van de draaglast ligt. De kant van de draagkracht wordt gevormd door zelfzorg, zorg voor eigen gezin en arbeidstijd. Om het zorgen vol te kunnen houden moet de balans tussen draaglast en draagkracht in evenwicht zijn. Uiteraard zal de balans wel eens doorwegen aan één kant. Dit onevenwicht mag echter niet te lang duren (Dedry, 2016).

#### **2.5 Toepassing op de casus: het welbevinden van Theo**

Ik heb in dit hoofdstuk een overzicht gegeven van de rolveranderingen en de gevolgen daarvan binnen een partnerrelatie wanneer iemand te kampen heeft met psychische stoornissen.

Theo geeft tijdens de gesprekken aan dat hij geleden heeft onder de mentale problemen van Eva. Er komt zowel praktisch als mentaal veel op hem af. Allereerst werkt Theo fulltime waardoor hij niet altijd beschikbaar is. Als hij thuis is probeert hij zoveel mogelijk huishoudelijke taken uit de handen van Eva te nemen en zorgt hij mee voor de beide kinderen. Aangezien Eva bevallen is vlak voor de zomervakantie, is ook Ferre de hele vakantie thuis i.p.v. op school. Als Theo niet thuis kan zijn, vraagt

hij aan Eva's moeder om zoveel mogelijk tijd met haar door te brengen zodat ze niet alleen is en geholpen kan worden door haar moeder. Naast de hulp van zijn schoonmoeder doet Theo geen beroep op andere mensen. Hun sociale is niet op de hoogte van de gebeurtenissen thuis waardoor Theo aangeeft zich zeer eenzaam te voelen.

Theo is bezorgd, stelt zich veel vragen en voelt zich machteloos. Na de geboorte van hun eerste zoon Ferre, ging het prima met Sarah. Hij herkent zijn vrouw niet meer en heeft het zeer moeilijk om te begrijpen waarom het deze keer niet lukt. Theo geeft aan niet goed te weten wat hij nog extra kon doen om Eva nog meer/beter te helpen. Hij vraagt zich af hoe de toekomst eruit zal zien en hoe het verder moet.

Als Eva zich laat opnemen in de Moeder & Baby eenheid valt er een grote last van Theo's schouders. Hij heeft het gevoel dat hij terug zijn rol als partner kan opnemen i.p.v. verzorger. Naarmate de tijd vordert, groeit het vertrouwen van Theo op een goede afloop. Daarin wordt hij gesterkt na de getuigenis van de ervaringsdeskundige tijdens de familie-avond.

## 2.6 Besluit

Als de roze wolk die men verwacht bij de geboorte van een kind ver te zoeken is, raakt dat niet alleen de moeder en haar kind maar ook de partner. Hij is niet alleen vader geworden, maar moet zich ook staande weten te houden tussen alle veranderende rollen die hij ongewild krijgt toegewezen als gevolg van de postpartum depressie van zijn vrouw.

Als de balans tussen draaglast en draagkracht niet in evenwicht is, is de partner minder in staat om voor zijn partner en zichzelf te zorgen. Naast het zorgen voor zijn partner en kind(eren), krijgt hij zelf met veel emoties te maken en moet hij een rouwproces doorlopen. Het is voor hulpverleners die in contact komen met mama's met een postpartum depressie dan ook essentieel om stil te staan bij de gevolgen voor de partner en oog te hebben voor zijn welzijn.



## Hoofdstuk 3 De partner en familie als zorgpartner

In het vorige hoofdstuk heb ik beschreven dat de partner van iemand met psychische problemen vaak bereid is om de rol als mantelzorger op te nemen en complementaire zorg te leveren als aanvulling op de eventuele professionele zorg die wordt ingeschakeld. Gezien de vermaatschappelijking van de zorg, de bezuinigingen in de geestelijke gezondheidssector en de verdere ambulantisering hebben patiënten, hun omgeving en hulpverleners elkaar steeds meer nodig.

De inbreng van familie en naasten bij de behandeling van een psychiatrische aandoening is vanzelfsprekend voor een hulpverlener die met zijn tijd mee gaat. Familieleden die mee zorg dragen, zijn automatisch betrokken en voelen zich verantwoordelijk (Ypsilon, z.d.). Deze drie partijen - patiënt, partner/naasten en hulpverlener - vormen samen een triade en dienen samen te werken.

Iedereen die te maken heeft gehad met een familielid dat bijvoorbeeld moet geopereerd worden weet dat er over die operatie volop informatie wordt gegeven, zowel aan de patiënt als aan de familie. Als je familie bent van iemand met een psychische stoornis is dat echter niet het geval. In sommige gevallen staat de familie tegenover de hulpverlener of moet ze hemel en aarde bewegen om informatie te krijgen. Het lijkt erop dat de geestelijke gezondheidszorg de deur voor de familie op slot doet, zich beroepend op het beroepsgeheim, de autonomie en privacy van de patiënt (Ypsilon, z.d.). Hoe komt het dat die samenwerking toch niet altijd vanzelfsprekend is en hoe gaat dit praktisch in zijn werk?

### 3.1 Privacy, beroepsgeheim en gedeeld beroepsgeheim

Door de verschuiving van aanbodgerichte naar vraaggerichte zorg waarbij de focus verschuift van de instelling naar de leefwereld van de patiënt, is er meer overleg, communicatie en samenwerking vereist tussen cliënt, professionals, mantelzorgers, familieleden,... Hulpverleners dienen zich echter aan hun beroepsgeheim te houden: alles wat een cliënt hen toevertrouwt moeten ze geheim houden (Familieplatform Geestelijke Gezondheid, z.d.). De zwijgplicht doorbreken is voor de hulpverlener strafbaar. Het basisprincipe van het beroepsgeheim staat beschreven in de strafwet.

Het beroepsgeheim mag enkel in specifieke situaties worden doorbroken. Dan heeft de hulpverlener spreekrecht of soms zelfs spreekplicht. Spreekrecht is van toepassing wanneer er bijvoorbeeld sprake is van een noodtoestand waarin daadwerkelijk en onmiddellijk gevaar dreigt. Bij spreekrecht kan de hulpverlener zijn beroepsgeheim doorbreken, maar het is geen verplichting. Dat kan bijvoorbeeld als de cliënt uitdrukkelijk zijn toestemming geeft aan de hulpverlener om zijn familie te informeren. Vroeger weigerden sommige hulpverleners zelfs met toestemming van hun cliënt om opgedane informatie te delen maar dat is steeds minder het geval.

Net zoals elke burger heeft een cliënt recht op privacy, een 'gebied' waar we onszelf kunnen zijn, kunnen handelen en denken zoals wij zelf willen (Ypsilon, z.d.). De informatie over de gezondheid van een persoon is gevoelige informatie die door de grondwet wordt beschermd. Een hulpverlener kan met de familie van een patiënt over zijn toestand of behandeling praten. Het kan echter dat de patiënt dit weigert. De hulpverlener moet dan uitzoeken op welke basis de patiënt weigert en of de patiënt oordeelsbekwaam is.

Om hun werk goed te kunnen uitvoeren, moeten hulpverleners regelmatig informatie delen met andere hulpverleners. De informatie mag slechts gedeeld worden als aan een aantal voorwaarden is voldaan:

1. De informatie wordt gedeeld met andere hulpverleners en niet bijvoorbeeld met de politie.
2. De informatie moet noodzakelijk zijn om kwaliteitsvolle zorg te kunnen garanderen.
3. Het delen van de informatie moet in het belang zijn van de cliënt en de zorg.
4. De informatie mag enkel gedeeld worden onder hulpverleners die in dezelfde mate gebonden zijn aan het beroepsgeheim.
5. De cliënt moet zijn geïnformeerde toestemming hebben gegeven voor de informatie wordt gedeeld.

Hierbij moet duidelijk zijn wie tot het hulpverleningsteam of zorgnetwerk behoort. Zo weet de cliënt tot hoe ver het beroepsgeheim gedeeld wordt. Als bijvoorbeeld informatie gedeeld wordt met een andere afdeling binnen een psychiatrisch ziekenhuis om tot betere zorg bij te dragen, dan dient de cliënt dit te weten.

### 3.2 Redenen om naasten te betrekken

In het verleden stonden nogal wat hulpverleners wantrouwig tegenover de naasten van een patiënt en werden ze ver weg van de therapeutische relatie gehouden (Similes, 2012). Hulpverleners dachten dat de kans bestond dat naasten de vertrouwensrelatie tussen de patiënt en de hulpverlener zouden vertroebelen of dat de naasten altijd een deel van de verantwoordelijkheid droegen voor de psychische problemen. Daarnaast zijn er de juridische aspecten rondom beroepsgeheim, recht op privacy en de autonomie van de patiënt. Onzekerheid en onwetendheid over wat wel en niet toegelaten is zorgden ervoor dat familieleden op afstand werden gehouden (Van de Bovenkamp & Trappenburg, 2008). Gelukkig is samenwerken met de familie ondertussen een noodzaak geworden in de geestelijke gezondheidszorg. Er zijn een aantal belangrijke redenen waarom het werken met de familie op termijn zeer vaak zorgt voor meer kwaliteit en een grotere efficiëntie. Het betrekken van de familie maakt de opnameduur korter, het aantal heropnames daalt waardoor de prognose gunstiger is en de behandeling goedkoper is (Baars & van Meekeren, 2013).

#### 3.2.1 *Expertise van de omgeving*

Zoals in hoofdstuk 2 beschreven is de partner een belangrijke informatiebron en heeft hij ervaringen achter de rug die van hem een bondgenoot kunnen maken van de hulpverlener. De partner beschikt over kostbare kennis voor de hulpverlener die er dan ook alle baat bij heeft om de partner te zien als informatiebron en helper (Similes, 2012). Met deze informatie kan de hulpverlener zijn zicht op de toestand van de cliënt verfijnen en de doeltreffendheid van zijn handelen verbeteren.

Elke patiënt heeft een rugzak met daarin zijn verleden dat onvermijdelijk sporen heeft nagelaten. Psychische problemen zijn moeilijk louter individueel te behandelen. Het kan zijn dat de omgeving van de cliënt zelf ook over tekorten beschikt. Als dat zo is, kan je daar als hulpverlener ook naar handelen en ook de naasten begeleiden. Als de omgeving over vaardigheden beschikt, is het van belang om die te gebruiken en in te zetten waar mogelijk.

### *3.2.2 De relatie met de leefomgeving*

Als de zorg voor de patiënt ambulant wordt verstrekt, is de partner de eerste betrokkene die instaat voor heel wat praktische en verzorgende taken (Similes, 2012). Men kan niet verwachten van de naaste dat hij al die taken op zich neemt en aan de andere kant volledig wordt uitgesloten.

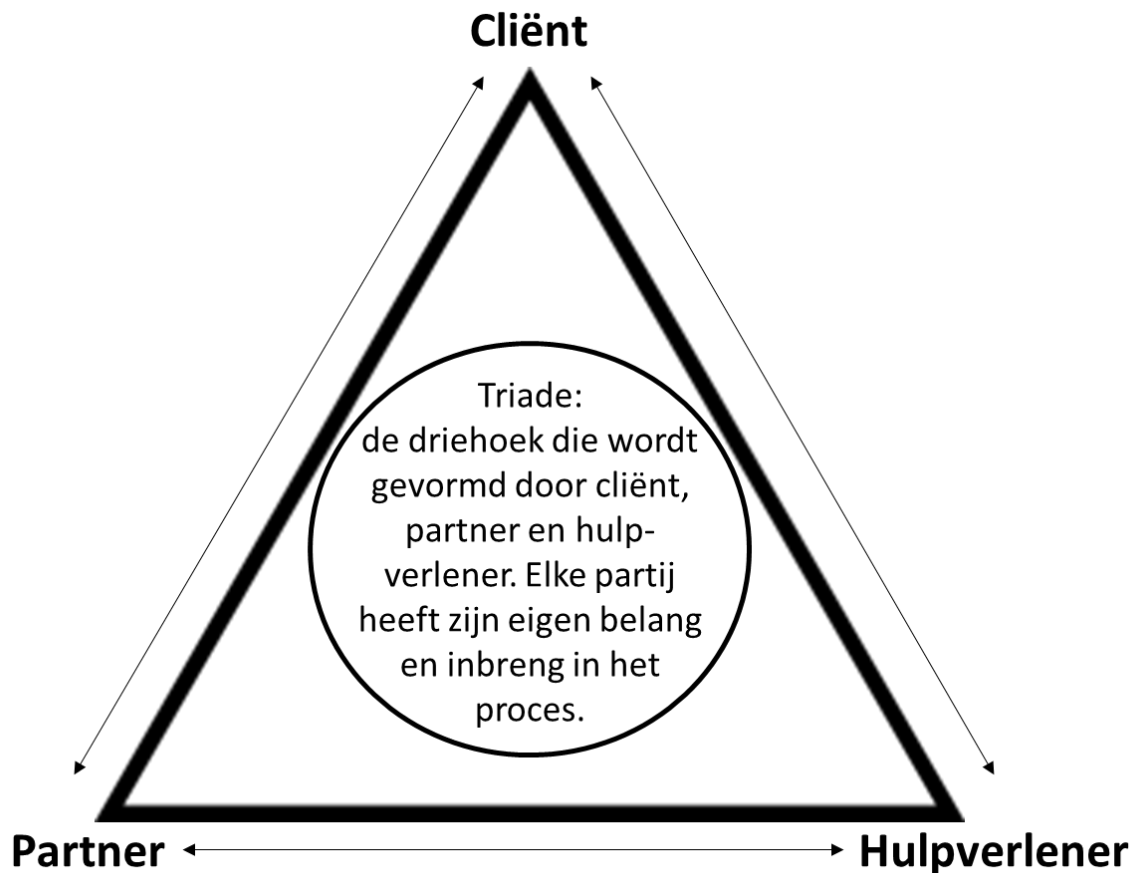
Er is nood aan coherentie, zeker als een patiënt in opname is geweest. Om de terugkeer na een ontslag uit het ziekenhuis naar de leefomgeving zo goed mogelijk te doen slagen, moet dat moment diepgaand worden voorbereid. Dat kan niet zonder de partner daarbij te betrekken. De partner moet zich eveneens kunnen voorbereiden dat het leven niet meer helemaal hetzelfde zal zijn als ervoor, dat er een nieuw evenwicht gezocht zal moeten worden waarbij elk individu zijn of plaats kan vinden. Als de partner hier niet op wordt voorbereid, kan de reactie bij het minste probleem angst voor terugval teweegbrengen. Psychische problemen behandelen is een proces van lange termijn dat je niet van de ene op de andere dag kan oplossen. Het is niet te vergelijken met het herstellen van een gebroken arm.

Het is moeilijk om de partner tijdens de opname in een instelling niet te betrekken bij de behandeling om dan vervolgens van hem te verwachten om de zieke terug bij zich op te nemen zonder enige vorm van betrokkenheid.

### *3.2.3 Het lijden van de naasten*

In hoofdstuk 2 staan de gevolgen van het psychisch lijden voor de partner beschreven. De hulpverlening mag niet lijden niet uit het oog verliezen. Hoe meer er naar de partner wordt geluisterd en rekening wordt gehouden met zijn gevoelens, hoe meer men hem helpt om het vol te houden en zijn ondersteunende rol op te nemen. Daarnaast heeft het begeleiden van de partner ook een preventief doel: vermijden dat partners eronderdoor gaan en zelf met psychische problemen gaan kampen (Similes, 2012).

### 3.3 De triade



Baars en van Meekeren beschrijven een triade als een relatiepatroon tussen drie personen en de capaciteit van de twee personen om een derde te betrekken in de interactie (2013).

Chiel Egberts beschrijft de kracht om dit patroon voor te stellen als een driehoek als volgt (2017):

1. Patiënt en partner vormden eerst een dyade. Als een hulpverlener in deze verhouding in beeld komt, vormt die de derde hoek, de professionele hoek. Het gaat om een gelijkzijdige driehoek waarbij alle hoeken een volwaardige inbreng hebben.
2. Bovenaan in de top van de driehoek staat de cliënt om wie het uiteindelijk draait.
3. Zonder de basis van de driehoek, die wordt gevormd door de partner en de hulpverlener, heeft de top geen houvast. Samenwerken op de basis is noodzakelijk voor het welbevinden van de top. Als er spanning is in de basis, kan de top in de problemen komen. Investeren in de basis is dus belangrijk.
4. In de meeste gevallen werden professionals opgeleid alsof er enkel een rechte lijn is i.p.v. een driehoek waarbij naast nauwelijks worden gezien als betrokken partij, laat staan als participant in de zorg.
5. Iedereen leeft nooit in slechts één driehoek. We leven allemaal in een netwerk van driehoeken waarbij soms diverse driehoeken botsen met elkaar. Het kan verhelderend zijn om de verschillende driehoeken in kaart te brengen en te zoeken naar de spanningen, krachten en mogelijke oplossingen.

Een positieve bijdrage van familie en andere naastbetrokkenen aan genezing of herstel van een cliënt komt echter niet gemakkelijk vanzelf tot stand. Soms zijn naasten deel van het probleem, bijvoorbeeld wanneer er sprake is (geweest) van (seksuele) kindermishandeling, relationeel geweld of andere onheuse bejegening in eigen kring. Dan is medebehandeling van deze naasten aangewezen. Ook komt het voor dat familie en vrienden zich van iemand afkeren als zich psychische problemen voordoen of dat - omgekeerd – cliënten de boot afhouden. Vaker echter proberen mensen in de omgeving van de cliënt te helpen met adviezen of door ondersteuning te bieden bij het ver-

### 3.4 Verschillende niveaus in de betrokkenheid

Met families samenwerken is geen kant-en-klare formule die steeds op dezelfde wijze kan worden uitgevoerd. Er zijn verschillende niveaus in de zorgnood van patiënten en dus ook in het samenwerken met de omgeving. Er moet op maat gewerkt worden.

Similes onderscheidt drie gradaties in het partnerschap met de omgeving:

1. Het onthaal, de informatie en het contact met de zorgverleners
2. Het luisteren, de persoonlijke band en het advies
3. De dialoog en de betrokkenheid bij de zorg

Deze niveaus zijn uiteraard flexibel. Naargelang de ziekte en de context van de zieke verschillen en evolueren ze. De gradaties volgen elkaar niet chronologisch op maar lopen vaak door elkaar heen.

#### 3.4.1 *Onthaal en informatie*

Voor de meeste mensen is de wereld van de geestelijke gezondheidszorg totaal onbekend. De behandelingen, het jargon, de gebruiken,... alles is nieuw (Similes, 2012). De omgeving kan zodanig onder de indruk zijn dat ze zich ontredderd en verloren voelen. Het is dan de taak van de hulpverlener om de kwaliteit van het eerste contact te verzorgen en de eerste stap te zetten. Een goed onthaal is van groot belang om het mogelijk te maken om ook met de omgeving een vertrouwensband op te bouwen (Baars & van Meekeren, 2013). Het doel van een eerste contact is om in de eerste plaats te luisteren zodat ze zich gehoord voelen en laten uitnodigen voor een tweede gesprek. Daarnaast is het belangrijk om informatie te verschaffen. De voorbereiding en aanpak van zo'n gesprek zijn belangrijk. Het is niet iets dat snel tussen andere bezigheden door dient te gebeuren. Om de kwaliteit van zo'n gesprek te kunnen waarborgen, is een uitgeschreven procedure een handig hulpmiddel (Similes, 2012). Daarnaast kan het handig zijn om een foldertje met eenvoudige uitleg aan de familie te overhandigen. Met infosessies die aangepast zijn aan de vragen van de families kan je meteen veel mensen tegelijkertijd bereiken.

#### 3.4.2 *Luisteren en de persoonlijke band*

Naast het geven van algemene informatie over de stoornis van de patiënt en de werking van de afdeling verwacht de familie ook persoonlijke betrokkenheid inzake hun eigen verhaal. Het is handig als de familie een vaste contactpersoon heeft binnen het team tot wie ze zich kunnen richten met vragen of aan wie ze raad kunnen vragen. Deze contactpersoon kan hen daarnaast eventueel doorverwijzen naar een andere, meer gespecialiseerde hulpgever.

Een alternatief is dat er gewerkt wordt met een referentiepersoon die voor families wordt aangesteld. Die persoon coördineert dan het werk met de families.

### *3.4.3 Van dialoog naar trialoog en betrokkenheid*

Zoals eerder beschreven in dit hoofdstuk wordt in de geestelijke gezondheidszorg de passieve rol van de families omgebogen naar een model waarbij de patiënt, zijn naasten en de hulpverlener samenwerken. De evolutie waarbij men met drie partijen samenwerkt maakt het mogelijk om de uiteenlopende standpunten in kaart te brengen, eventueel uit bepaalde patsituaties te geraken en nieuwe oplossingen te bedenken. In die triade is iedereen even belangrijk en heeft iedereen zijn eigen rol. Van de naasten wordt verwacht dat ze hun eigen kennis en ervaring uit het dagelijkse leven kunnen inbrengen.

### *3.4.4 Meerzijdige partijdigheid*

Als hulpverlener is het belangrijk om erover te waken dat elke deelnemers aan de trialoog binnen zijn eigen rol blijft en de rol van de ander respecteert. Een hulpverlener moet zich meerzijdig partijdig opstellen. Hij is als het ware 'advocaat' van iedereen. De professional is in staat om zich evenwichtig te positioneren ten opzichte van alle partijen. De partijen krijgen hierdoor het gevoel dat alle belangen en posities relevant zijn, erkend en gerespecteerd worden (Choy, 2006, geciteerd in Baars & van Meekeren, 2013). Samengevat: een therapeut is veelzijdig partijdig en empathisch, bekrachtigt wat er gezegd wordt, geeft erkenning, luistert naar de ene partij en vervolgens op dezelfde manier ook naar de andere partij (Nagy, 2000).

## 3.5 Triadekaart

De triadekaart werd door Ypsilon ontwikkeld om ervoor te zorgen dat de naaste een passende rol kan spelen in de hulpverlening zonder de patiënt daarbij het gevoel te geven dat hij/zij buitenspel wordt gezet. De kaart wordt gebruikt als hulpmiddel om afspraken te maken over de inbreng van de naasten in de behandeling. De bedoeling is dat zowel de patiënt, de naaste en de hulpverlener vooraf op de kaart aanduiden over welke taken hij/zij het wil hebben. Tijdens het gesprek wordt over die taken afspraken gemaakt en de lasten tussen de partijen verdeeld. De triadekaart dient als een soort leidraad om het gesprek vorm te geven.

## 3.6 Toepassingen op de casus: Theo als zorgpartner

Theo heeft tijdens de opname van Eva op de Moeder en Baby afdeling slecht één gesprek gehad met de psychiatisch verpleegkundige. Die heeft wel gepolst naar zijn welzijn. Verder werd Theo niet uitgenodigd voor een gesprek.

Vanuit de inzichten in deze theoretische invalshoek, heb ik contact opgenomen met de Moeder en Baby afdeling. Ze beschikken niet over een uitgeschreven familiebeleid. Hierna volgt een opsomming van de initiatieven die vanuit de afdeling naar de partner worden genomen.

- Binnen de 14 dagen na opname wordt de partner actief uitgenodigd door de verpleging.
- Er zijn uitgebreidere bezoeken voor de partner dan voor anderen.
- De partner maar ook andere familieleden (op indicatie) worden gezien door de psycholoog en mee betrokken in de psychologische begeleiding.
- De partner wordt gezien door de kinderpsycholoog met het oog op ouderschapsgesprek(ken).
- Soms worden ook oudere kinderen door de kinderpsycholoog gezien in het kader van KOPP.
- De partner kan een consultatie vragen bij de psychiater als ze dat wensen.
- Babymassage is op donderdag toegankelijk voor partners.
- De sessies Tijdsbewustwording bevatten momenten waarbij verwacht wordt dat de partner aansluit.
- Elke twee maanden is er een informatieavond voor patiënten, hun partners en andere familieleden tijdens de familieavond.
- Partners worden tijdens het behandeltraject mee betrokken, zo zijn ze telkens welkom op de evaluatiemomenten van patiënt met het team.
- Binnen de ambulante – thuisbehandelingsmodule is de partner aanwezig bij het assessment en wordt hij actief betrokken bij de huisbezoeken. Het is echter geen vereiste dat de partner bij elk huisbezoek aanwezig is.

Uit deze opsomming concludeer ik af dat de intenties er zeker zijn op de afdeling om de partner mee te betrekken. Theo heeft jammer genoeg geen uitnodiging ontvangen voor een gesprek bij de psycholoog. De vragen die hij had heeft hij aan het aanwezige verplegend personeel gesteld. Op deze manier kan moeilijk een persoonlijke band worden opgebouwd. Een referentiepersoon op de afdeling zou hier een oplossing voor kunnen zijn.

### 3.7 Besluit

De geestelijke gezondheidszorg heeft de voorbije decennia nogal wat veranderingen ondergaan. Tijdens de literatuurstudie voor deze invalshoek is me vooral opgevallen hoe verschillend de aanpak is. Afhankelijk van de opleiding en de affiniteit van de hulpverlener om met de familie te werken, is er meer of minder kans dat de naasten betrokken worden bij de diagnostiek en behandeling. Er is binnen de geestelijke gezondheidszorg nog veel werk aan de winkel om de naasten op de juiste manier te benaderen, betrekken, informeren en ondersteunen.

## Hoofdstuk 4 Het stigma in de geestelijke gezondheidszorg: een belemmerende factor op weg naar herstel

Over mensen met een psychische aandoening (van verslaving tot anorexia en van psychose tot depressie) leven heel wat vooroordelen: ze zouden kwetsbaar en minderwaardig zijn, een bedreiging vormen of weleens gevaarlijk zijn. Ze zouden niet verzorgd moeten worden maar streng aangepakt moeten worden. Ze hebben moeite met het vinden van werk of een woning op de huurmarkt en geraken gemakkelijk geïsoleerd (Magiels, 2016). De schadelijke gevolgen van stigmatisering voor de psychisch kwetsbare mensen in kwestie zijn een vermindering van het gevoel van eigenwaarde, een verminderde levenskwaliteit, angst en depressie en een lagere therapietrouw (Cathoor, Hert & Peuskens, 2003 geciteerd door Magiels, 2016). Patiënten in de geestelijke gezondheidszorg lijden aan angst voor het psychiatrische stigma. Het gaat hierbij om de ‘schade’ die psychische problemen kunnen veroorzaken aan de identiteit (Baars & van Meekeren, 2013). Een patiënt in de geestelijke gezondheidszorg moet meestal zijn dagelijkse activiteiten en toekomstverwachtingen bijstellen, met gevoelens van schaamte tot gevolg. Schaamte staat voor het ineenzakken van de trots, het ophouden van de beleving van zelfcontinuïteit met achterdocht als resultaat. Als men zich schaamt voelt men zich waardeloos, minderwaardig en incompetent en dreigt veralgemening naar het gehele zelfbeeld. Vaak worden de activiteiten onderbroken en gaat praten moeizamer. Men gaat zich meer en meer terugtrekken en sociale contacten vermijden. Dat vermijden geeft dan weer weinig kans aan herstel. Het stigma rond de geestelijke gezondheid moet dus aangepakt worden. In dit hoofdstuk ga ik op zoek naar de betekenis en de oorsprong van een stigma, de verschillende soorten en de handvatten en knelpunten om ermee om te gaan.

### 4.1 Definitie

Samen sterk zonder stigma gebruikt de volgende omschrijving van stigma:

*“Stigmatisering is een proces waarin een groep personen negatief gelabeld, veroordeeld en uitgesloten wordt op grond van gemeenschappelijke, afwijkende kenmerken en/of gedragingen die angst of afkeer oproepen en waarvoor de betrokkenen meer of minder verantwoordelijk worden gehouden. Vaak is sprake van overdrijving en wordt het gedrag van een of enkele individuen representatief geacht voor de hele groep”* (van Hintum, 2015).

### 4.2 De oorsprong van stigmatisering

De ‘normalen’ kunnen zich moeilijk identificeren met psychisch kwetsbare mensen. Als gevolg van gebrekkige kennis en verkeerde associaties, kunnen ze hun gedrag moeilijk begrijpen (Magiels, 2016).

Het vermijden van wie anders is, is eigen aan onze biologie van groepsdier. In de prehistorie, maar ook daarna, waren vreemde groepen mogelijk gevaarlijk en besmet met parasieten (Kurzban & Leary, 2001 geciteerd door Magiels, 2016). Ze vormden een bedreiging voor voedsel, water, grondstoffen en ruimte. Mensen die afwijken van de heersende culturele schoonheidsidealen, die zich anders bewegen of van wie het lichaam beschadigd of ziek is, vormen een bedreiging voor de eigen gezondheid. Die mensen behoren tot de ‘uit-groep’. De ‘in-groep’ gaat zich anders tegenover hen gedragen. Wanneer



we iemand van de 'uit-groep' beter hebben leren kennen, maken de vooroordelen plaats voor verstandhouding, empathie en begrip.

#### 4.3 Cognitieve en gedragsstructuren bij stigma over mentale ziekten

Het stigma rond mentale stoornissen kan zwaarder zijn om te verwerken dan de ziekte zelf (Corrigan, 2014). Het is dan ook essentieel om er meer begrip voor te leren opbrengen en de inspanningen te verhogen om het stigma aan te pakken.

Sociaal-cognitieve modellen zijn met succes aangewend om het stigma rond mentale ziekten te duiden aan de hand van stereotypen, vooroordelen en discriminatie.

Stereotypen zijn denkwijzen die als gangbaar worden beschouwd vanuit 'normale' ontwikkelingspatronen binnen een cultuur. Ze worden vaak verpakt als overtuigingen die op feiten gebaseerd zijn waarin een negatieve evaluatieve component schuilt. Stereotypen op zich tonen niet flagrant aan dat een stigma zich manifesteert, maar het ontstaan van deze denkwijzen is evenmin te vermijden. Voorbeeld van een stereotype: Een depressieve mama huilt de hele dag door.

Stereotypen worden vooroordelen als mensen die buiten de problematiek staan de overtuigingen geloven en er vervolgens negatieve emoties en denkpatronen bij ontwikkelen. Voorbeeld: Depressieve moeders zijn slechte moeders.

Discriminatie is het gedragspatroon dat voortvloeit uit die vooroordelen. Dat gedrag uit zich in het typisch straffende karakter van reacties ('Je mag zo niet denken'), overtuiging van uitsluiting ('Die vrouw zou geen kinderen mogen krijgen.') of zelfs een vorm van aversie ('Ze zouden die persoon beter interneren want dat kan nooit een goede moeder zijn.').

Onderzoek heeft een waaier van vooroordelen en discriminatoire gedragingen die het stigma van mentale ziekten met zich meebrengt, in kaart gebracht. Het meest uitgesproken stereotype is waarschijnlijk dat van bedreiging, dat stelt dat mensen met een mentale ziekte potentieel gevaarlijke misdadigers zijn. Gevaarlijke bedreiging wordt vaak geassocieerd met angst en wordt nog uitvergroot door de overtuiging dat mensen met een mentale aandoening onvoorspelbaar zijn. Angst leidt rechtstreeks tot discriminatoire gevolgen zoals vermijdinggedrag en een teruggetrokken houding.

De schuld en de schaamte die vaak gevoeld wordt bij mensen met mentale gezondheidsproblemen, resulteert in een ander stereotype, namelijk dat van de verantwoordelijkheid. Bijvoorbeeld: Depressieve mensen kiezen zelf voor hun ziekte.

Een andere stereotype denkwijze rond mentale ziekten is de incompetentie. Zo worden mensen met deze stoornissen namelijk vaak verondersteld niet over de capaciteiten te beschikken om de doelen - die hun mentaal gezonde evenknie ook heeft - te verwezenlijken. Bijgevolg wordt er bijvoorbeeld aangenomen dat het voor hen onmogelijk zou zijn om een goede moeder te zijn, een echte job uit te oefenen, in een mooi appartement te leven of een volwassen en intieme relatie op te bouwen.

In onderstaande tabel zijn de stereotypen over mensen met mentale ziekten en het daaruit resulterend discriminerend gedrag opgelijst (Corrigan, 2014).

| <b>Stereotype</b>   | <b>Discriminatie</b>  |
|---|---|
| <b>Gevaarlijk</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Mensen met mentale stoornissen zijn onvoorspelbaar.</li> <li>&gt; Mensen met mentale stoornissen zijn gewelddadig.</li> </ul> | Vermijdende en teruggetrokken houding   |
| <b>Verantwoordelijkheid</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Schaamte en schuld</li> </ul>   | <b>Dwang</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Gedwongen medicatiegebruik</li> <li>&gt; Gedwongen opname</li> </ul>       |
| <b>Incompetent</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Mensen met mentale stoornissen kunnen niet werken of zelfstandig wonen.</li> </ul>   | <b>Segregatie</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Psychiatrische ziekenhuizen (maar niet in mijn achtertuin)</li> </ul> |

Drie groepen van discriminerend gedrag komen voort uit het stigma rond mentale ziekten. De eerste vorm van discriminerend gedrag, namelijk vermijden en de teruggetrokken houding tegenover mensen met psychische kwetsbaarheid, is het meest problematisch. Om het risico op associatie met personen die een mentale stoornis hebben te vermijden, gaat de ‘normale’ medemens vaak elke vorm van contact of interactie mijden. Dwang en segregatie, twee andere vormen van discriminerend gedrag, hebben een aantal ontwikkelingen doorgemaakt in de voorbije veertig jaar (Corrigan, 2014). In de vorige eeuw werden mensen met psychische problemen opgesloten in instellingen. Afhankelijk van de visie van de directie mochten ze rondwandelen, lezen en sporten, terwijl patiënten elders werden opgesloten, kort gehouden en platgespoten. Men ging ervan uit dat patiënten incompetent waren en dus niet zelfstandig konden wonen. In de loop van de jaren zeventig en tachtig wilde men aan preventie doen en voorkomen dat mensen opgroeiden in psychopathologische gezinnen. De grote instituten werden sinds de jaren zeventig en tachtig vervangen door geestelijke gezondheidscentra (Magiels, 2016).

Angst voor het mogelijke gevaarlijke gedrag van mensen met psychische problemen en een systeem waarin men op een Spartaanse wijze zorg, hulp en supervisie bood, zorgden in het verleden voor meer gedwongen opnames (Corrigan, 2014). De gedwongen opname van psychiatrische patiënten is terecht een controversieel en maatschappelijk belangrijk thema.

#### 4.4 Verschillende soorten stigma's

In elke maatschappij worden mensen door anderen ingedeeld in categorieën die maatschappelijk bepaald zijn. Er worden verschillende soorten stigma onderscheiden: zelfstigma, associatief stigma, maatschappelijk stigma en structureel stigma.

1. Zelfstigma of geïnternaliseerd stigma: Als iemand het ‘label’ dat hij of zij opgeplakt krijgt als een belangrijk onderdeel van zijn of haar identiteit gaat zien, dan treedt zelfstigma op. Die persoon gelooft dan dat de heersende vooroordelen en negatieve beelden waar zijn en op zichzelf van toepassing. Bijna de helft van de mensen met een psychische aandoening heeft te maken met zelfstigma. Het is één van de hardnekkigste vormen van stigma. Het resultaat is dat iemands vertrouwen en zelfbeeld wordt ondermijnd waardoor het nog moeilijker wordt om sociaal actief te zijn (Magiels, 2016).

2. Associatief stigma is een vorm van stigma waarbij het stigma afstraalt op de familieleden. Ze gaan gebukt onder gevoelens van schuld en schaamte wat voor een zware emotionele belasting zorgt. Daardoor durven naasten of familieleden er niet openlijk over te praten. Maar ook hulpverleners kunnen negatief bekeken worden omdat ze in de sector van de geestelijke gezondheidszorg werken. De sector kampt met een negatief imago. De kritiek groeit op het (overmatig) gebruik van medicatie en zeker psychofarmaca. Ze zouden niet werken, verslavend zijn en een terugval niet kunnen voorkomen. Nog niet zo lang geleden was in België psychotherapie niet erkend. Dat heeft daar zeker niet bij geholpen (Magiels, 2016).
3. Maatschappelijk stigma is de manier waarop naar mensen met een psychische kwetsbaarheid wordt gekeken door de maatschappij (Psychosenet). De maatschappij oordeelt zonder de achtergrond van iemand te kennen.
4. Structureel stigma is een stigma dat verankerd zit in cultuur, regel- en wetgeving (Akwa GGZ, z.d.).

Aan deze categorieën ligt sociologisch bekeken hetzelfde principe aan de basis: iemand die opgenomen had kunnen worden in het gewone sociale verkeer heeft een eigenschap die ervoor zorgt dat het contact met die persoon vermeden of verbroken wordt. Deze persoon beschikt over een ongewenst verschil met wat “de normalen” (zij die niet in negatieve zin afwijken van de verwachtingen) hadden verwacht (Goffman, 2018).

#### 4.5 Handvatten en knelpunten

Het publieke stigma dat rust op psychische klachten kan ervoor zorgen dat mensen het zoeken van hulp uitstellen, ze hun klachten verbergen, het zelfstigma vergroot, een succesvolle behandeling in de weg wordt gestaan of de aandoening verergert omdat hulp (te) laat wordt ingezet (Akwa GGZ, z.d.). Stigma kan dus het herstel van psychisch kwetsbaren belemmeren. Het is daarom van belang om bij de algemene (gezondheids-)voorlichting over psychische problemen, aandoeningen of klachten aandacht te hebben voor de invloed van stigma. Het stigma volledig voorkomen is een utopie. Het is een verschijnsel waar men weinig vat op heeft, een strijd tegen een onzichtbare vijand. De negatieve invloed kan echter wel beperkt worden door het verbeteren van de bewustwording, voorlichting en specifieke interventies op bepaalde doelgroepen en in bepaalde domeinen waar mensen het stigma het meeste ervaren.

Catthoor, psychiater en onderzoekster van stigmatisering, vindt het de plicht van de hulpverleners binnen de geestelijke gezondheidszorg om bij elke patiënt een op maat ontwikkeld antistigma-plan op te nemen in de zorg (2016). Dat kan gaan van het afwegen van de voor- en nadelen van openheid over de eigen psychische kwetsbaarheid tot het maximaal benutten van rechten tegenover werkgevers en instanties waarbij de kans op uitsluiting zo minimaal mogelijk is.

Door de schuld- en schaamtegevoelens wordt de aandoening vaak verborgen gehouden of gemaskeerd (Akwa GGZ, z.d.). Het is gemakkelijker om weerbaar te zijn tegen stigma en zelfstigma te voorkomen wanneer iemand gesteund wordt door positieve reacties van de omgeving. Het afwegen en bespreken van de mate van de openheid is daarom belangrijk. Iemand die niet alles vertelt loopt het risico niet de juiste of passende hulp te krijgen. Open zijn over de eigen ervaringen kan enerzijds vooroordelen opleveren maar anderzijds ook leiden tot onverwachte hulp. Van hulpverleners mag

verwacht worden dat ze steun bieden bij het maken van die afweging. Daarnaast kunnen ervaringsdeskundigen helpen om patiënten te overtuigen tot meer openheid. Ze kunnen hun kennis delen over de mogelijkheden en helpen in te zien dat negatieve verwachtingen niet altijd uitkomen. Ervaringsdeskundigen kunnen ook een steun zijn voor de naasten. Het is belangrijk om handvatten aan te reiken die kunnen leiden tot effectieve communicatie over stigma waardoor het thema bespreekbaar en herkenbaar wordt.

#### 4.6 Toepassing op de casus: stigma bij Eva en Theo

Eva heeft tijdens haar gesprek aangegeven zich te schamen, schuldig te voelen en het gevoel te hebben dat ze gefaald heeft als moeder en partner. Het zelfstigma ondermijnt haar zelfbeeld waardoor ze zich ook sociaal heeft teruggetrokken. Slechts een handvol mensen uit haar omgeving weet dat ze een postpartum depressie doormaakt. Tegen de overige familie en vrienden wordt verteld dat Eva last heeft van migraine. De ware toedracht waarom er geen bezoek kan langskomen wordt weggemoffeld. Door het gebrek aan sociale interactie voelt Eva zich ook zeer eenzaam. Zelfs op de babyborrel van haar zoon waar haar familie, vrienden, kennissen en collega's samen zijn, houdt ze de schijn op en vertelt ze niemand over haar depressie.

Eva had angst om zich te laten opnemen op de Moeder en Baby afdeling. Ze bezoekt de afdeling, maar vertrekt terug naar huis. Het beeld van het psychiatrisch ziekenhuis schrikt haar af. Een week later laat ze zich uiteindelijk toch opnemen na gesprekken met o.a. haar man en schoonzus.

Theo gaat gebukt onder het associatief stigma. Hij houdt al zijn bezorgdheden, frustraties en gevoelens voor zichzelf en verbergt de ziekte van zijn vrouw voor de omgeving.

Als Eva uiteindelijk besluit om haar verhaal te delen via sociale media voelt ze zich positief bekrachtigd door alle reacties. Er valt een last van haar schouders.

Eva, Theo en Els, de mama van Eva, hebben ervaren dat de getuigenis op de Moeder en Baby afdeling en de gesprekken op de familie-avond helpend zijn geweest. Zowel Eva als Theo geven achteraf aan dat ze moed en kracht hebben geput uit de getuigenis van de ervaringsdeskundige. Voor Els was die getuigenis enorm confronterend en verruimend tegelijkertijd. Ze geeft aan hier veel steun aan gehad te hebben.

Ervaringsdeskundigen kunnen voor kwetsbare mensen en hun omgeving bijzonder waardevol zijn door hen bij te staan in het hervinden van vertrouwen in de eigen kracht en mogelijkheden, die te benutten en verder te ontplooien. Vanuit hun eigen ervaring en ervaringskennis, stellen zij de cliënt als mens daadwerkelijk centraal, daar waar de professionals en beleidsmakers nogal gauw in de val kunnen trappen van het betuttelen van cliënten (Keuzenkamp, 2017).

#### 4.7 Besluit

Het stigma op psychische problemen is onzichtbaar en woekert stiekem in onze collectieve cultuur. Dat maakt het des te moeilijker om er vanaf te komen. Er worden allerlei acties ondernomen om het taboe rond psychische kwetsbaarheid te doorbreken: getuigenissen, wetenschappelijke informatie, psycho-educatie,... Er zal echter een frequent contact nodig zijn om een langdurige mentaliteitswijziging te verrichten.

## Hoofdstuk 5 Veranderingsgerichte strategieën

De veranderingsdoelen die ik aan het begin van deze bachelorproef geformuleerd heb, waren:

Veranderingsdoel 1:

Hoe kan het taboe en stigma dat rust op het hebben van psychische problemen in de periode rond de bevalling doorbroken worden?

Veranderingsdoel 2:

De partners en familieleden van mama's met psychische problemen rond de geboorte geven aan zich zeer machteloos te voelen. Ze worden nauwelijks betrokken bij de behandeling die hun partner nodig heeft om er weer bovenop te komen. Ze kunnen met die machteloosheid nergens terecht. Hoe kunnen zij (beter) geïnformeerd, betrokken en ondersteund worden?

Veranderingsdoel 3:

De hulpverlening op de Moeder en Baby afdeling richt zich voornamelijk op de moeders zelf. Doordat de baby samen met de moeder wordt opgenomen, kan er ook worden ingezet op de hechtingsband tussen de moeder en haar kind. De partner wordt echter zeer beperkt betrokken in het hulpverleningsproces. Hij moet zijn vrouw en pasgeboren kind missen en krijgt veel minder de kans om die band met zijn kind op te bouwen. Op welke manier kan de betrokkenheid van de partner en bij uitbreiding van de familie verhoogd worden op een Moeder en Baby afdeling?

Vanuit de veranderingsdoelen, literatuurstudie en mijn eigen ervaringen die ik heb opgedaan als ervaringsdeskundige en stagiaire op de Moeder en Baby eenheid, ben ik samen met de psychologe van het UZ Gent en een andere ervaringsdeskundige aan de slag gegaan om veranderingsdoel 1 aan te pakken. Zoals besproken in hoofdstuk 4 is stigmatisering een proces dat leidt van vooroordelen naar discriminatie die diep geworteld zit in de samenleving. Het stigma van 'geesteszieke' vormt de basis van de discriminatie van de geestelijke gezondheidszorg als discipline, werkplek en maatschappelijk sector (Magiels, 2016). Als er al geld is in de geestelijke gezondheidszorg, dan wordt dat in de eerste plaats ingezet voor onderzoek en de behandeling van patiënten en aandoeningen die medelijden opwekken zoals kanker, kinderen met een levensbedreigende ziekte,... Mensen met psychische stoornissen blijven vaak onbekend en dus onbemind. Door het winnen van de Prof Award 2018 - Medical Innovation beschikte het UZ Gent over een geldsom die werd ingezet om één van de veranderingsdoelen van mijn bachelorproef te verwezenlijken. We hebben een campagne uitgewerkt voor Vlaanderen en daar een website aan gekoppeld.

### 5.1 Sensibiliseringscampagne

#### 5.1.1 Doel

Om het publiek stigma tegen te gaan werd een sensibiliseringscampagne uitgewerkt die gericht is op bewustwording. De campagne heeft als kernboodschappen en doelen:

- Het taboe verkleinen: "1 op 5 mama's heeft mentale problemen in de perinatale periode. Je bent niet alleen".

- Moeders met mentale problemen aansporen om hulp te zoeken: “Praat erover. Zoek (professionele) hulp.”
- Een positieve boodschap uitdragen: “Het komt goed.”
- Communiceren van een portaalsite waar meer informatie terug te vinden is: [www.wolkinmijnhoofd.be](http://www.wolkinmijnhoofd.be)

De doelgroep werd zeer specifiek afgebakend naar mama’s met mentale problemen in de postpartum periode.

### 5.1.2 Briefing

Het taboe dat heerst rond de thematiek moet doorbroken worden. Vanuit het Gents expertisenetwerk werden de middelen vrijgemaakt om een sensibiliseringscampagne op poten te zetten. Samen met de psychologe van het UZ Gent en een andere ervaringsdeskundige ging ik op zoek naar een reclamebureau/productiehuis dat onze boodschappen kon vertalen naar een sensibiliseringsfilm van maximaal 3 min.

Ik contacteerde vier bureaus: Jansen & Janssen, De Facto, LDV en Dedsit. Ze kregen alle vier dezelfde briefing en budget. Daarmee gingen ze aan de slag om een creatief voorstel te maken. Jansen & Janssen en De Facto vielen als eersten af wegens niet concreet of creatief genoeg. LDV had zeer veel goede ideeën maar die zouden niet binnen het budget passen. Uiteindelijk kozen we om samen te werken met Dedsit.

### 5.1.3 Naamgeving

Deze campagne moest een naam krijgen die aan de volgende voorwaarden voldoet:

- duidelijk dat het over mentale problemen gaat.
- zowel geschikt voor mama’s als hun partner en omgeving
- niet té negatief qua connotatie

Na een brainstorm met het team van het UZ Gent, Karus Gent en ervaringsdeskundigen werd een shortlist gemaakt waaruit uiteindelijk “Wolk in mijn hoofd” werd gekozen.

### 5.1.4 Logo

Mijn pluszoon ging aan de slag om een logo te ontwerpen. Daarin moest zowel een wolk verwerkt worden als de naam. Als hoofdkleur werd gekozen voor muntgroen omdat deze kleur genderneutraal is.

### 5.1.5 Sensibiliseringsfilm

Het afgewerkt product is een film van 3 min waarin eerst een beeld wordt geschetst van een moeder met een kleine baby. De moeder wordt niet herkenbaar in beeld gebracht maar je hoort haar innerlijke stem. Gaandeweg wordt duidelijk dat ze met negatieve gedachten en gevoelens kampt.

Daarna komen twee ervaringsdeskundigen aan het woord. Ze vertellen hun persoonlijk verhaal waarin ze het hebben over de symptomen, hun gevoelens, de ontkenning van de problemen, de behandeling en een hoopgevende boodschap meegeven.

De film is te bekijken via het Youtube kanaal van Wolk in mijn hoofd: <https://youtu.be/AuXaFx8iJK8>

Er werd ook een versie van 18 sec gemaakt waarmee een online campagne zal uitgerold worden: <https://youtu.be/mTWKlax2j2Y>

Fragmenten uit de sensibiliseringsfilm:





#### 5.1.6 VZW

Vanuit het UZ Gent wordt een VZW opgericht met een aantal stichtende leden. De VZW wordt gedragen door de psychiater, psychologe en vroedvrouw van het UZ Gent; de psychiater en coördinator van Karus Gent en een aantal ervaringsdeskundigen.

Het doel van de VZW is om aan fondsenwerving te doen. Daarmee kunnen later nog extra initiatieven worden uitgerold zoals een tv- en radiocampagne, affichecampagne, ...



## 5.2 Website [www.wolkinmijnhoofd.be](http://www.wolkinmijnhoofd.be)

Ik heb geen Vlaamse portaalsite teruggevonden rond mentale problemen in de perinatale periode. In Vlaanderen en Nederland vind je een aantal privé-initiatieven, zoals [www.postpartum.eu](http://www.postpartum.eu) of [www.postpartumsteun.nl](http://www.postpartumsteun.nl). Die websites werden opgericht door consultants die een privépraktijk hebben. In het buitenland bestaat er o.a. [www.postpartum.net](http://www.postpartum.net)

Daarnaast bestaan er algemene websites rond psychische problemen zoals [www.geestelijkgezondvlaanderen.be](http://www.geestelijkgezondvlaanderen.be) en [www.steunpuntgg.be](http://www.steunpuntgg.be). Hun doel is om met hun website mensen wegwijs maken in het complexe aanbod van de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen. Similes (<https://nl.similes.be/>) is een Vlaamse familievereniging voor familieleden van personen met een psychische kwetsbaarheid.

De sensibiliseringscampagne moet mama's en andere geïnteresseerden naar de website [www.wolkinmijnhoofd.be](http://www.wolkinmijnhoofd.be) leiden. Deze site heeft drie doelen: informeren, ondersteunen en doorverwijzen bij mentale problemen in de perinatale periode.

### **Informeren**

Informeren is van groot belang. Mama's met mentale problemen in de perinatale periode weten vaak niet wat hen overkomt. Zoals ik bij de symptomen van de postpartum depressie beschreven heb, wordt de diagnose van een postpartum depressie soms over het hoofd gezien omdat sommige klachten zoals slecht slapen, geen zin hebben om te eten of zich uitgeput voelen – verkeerdelijk worden toegeschreven aan de zwangerschap of het mama worden (Meulink, A.M., 2015). Kersverse mama's die het emotioneel moeilijk hebben en hun omgeving vindt op de website meer informatie terug over het verschil tussen babyblues, pre- en postpartum depressie, pre- en postnatale angst en postpartumpsychose.

### **Ondersteunen**

Mentale problemen in de perinatale periode treffen niet alleen de mama maar ook het gezin en de omgeving. Iedereen worstelt met tegenstrijdige gevoelens, voelt zich machteloos, stelt zich veel vragen. Aan de hand van concrete tips voor zowel de mama's als de omgeving en het beantwoorden van veel gestelde vragen willen we de mama's en hun omgeving ondersteunen.

Om de mama's te laten weten dat ze niet alleen zijn met hun gevoelens zijn talloze getuigenissen van zowel mama's en een papa opgenomen. De verhalen zijn zeer individueel en verschillend maar het doel van de getuigenissen is wel steeds hetzelfde: de boodschap geven om hulp te zoeken en een toekomstperspectief bieden.

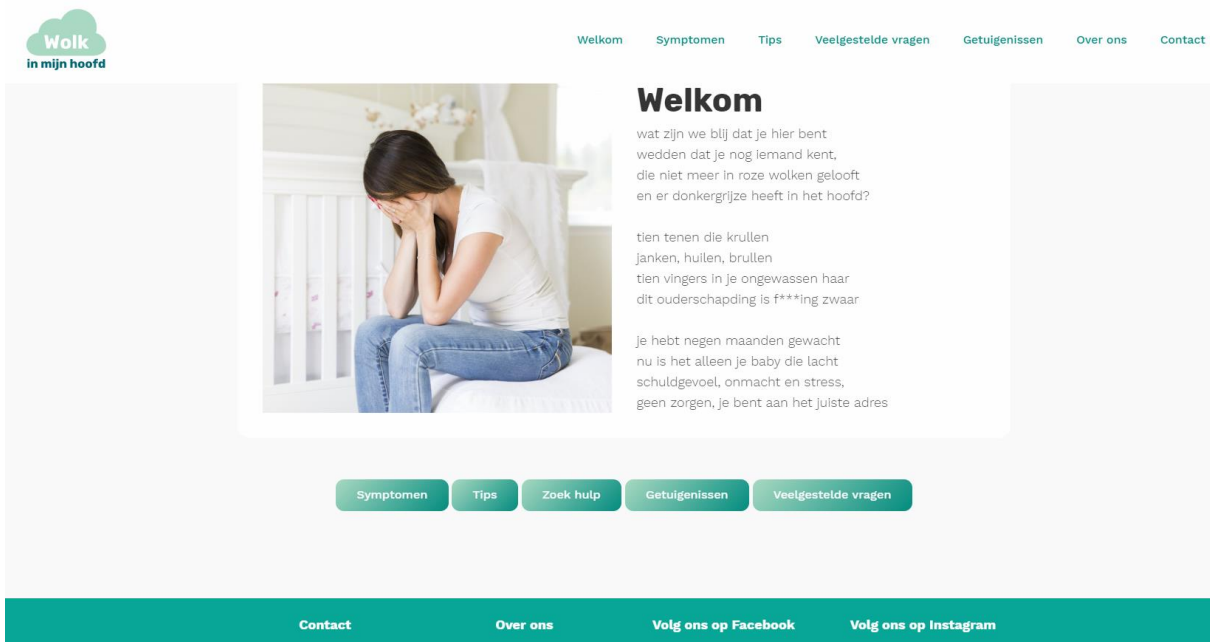
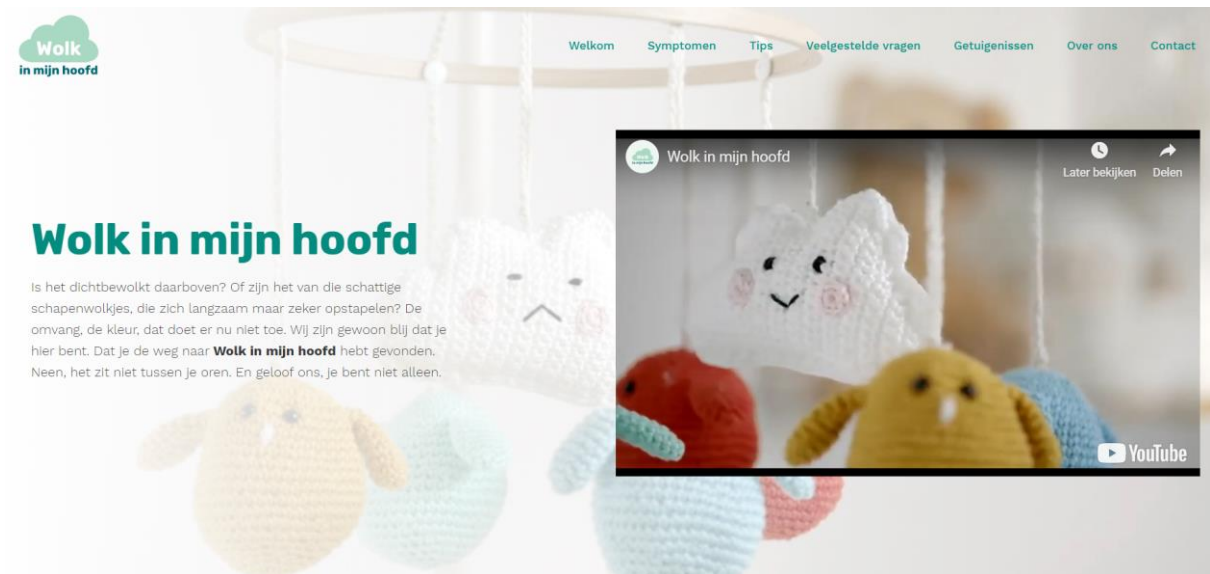
### **Doorverwijzen**

In de eerste lijn wordt doorverwezen naar de huisarts, gynaecoloog, vroedvrouw, kraamhulp, consulente van Kind & Gezin of andere hulpverlener waar de mama vertrouwen in heeft om haar verhaal te vertellen en een hulpvraag te formuleren.

In de tweede lijn wordt verwezen naar een aantal gespecialiseerde centra in Vlaanderen: de Moeder en Baby afdelingen van Gent en Zoersel, het Centrum Perinatale Mentale Gezondheid UZ Gent en de Perinatale Psychiatrie van UPC KU Leuven.

## 5.2.1 Uitwerking van de website

### Welkom



## Symptomen

# Symptomen

Een kind krijgen is een bijzondere gebeurtenis. Het is de start van een nieuwe fase in je leven. En zoals bij elke nieuwe fase brengt dit ook uitdagingen en onverwachte dingen met zich mee. Het kan je meer doen twijfelen over wat te doen of extra zorgen geven.

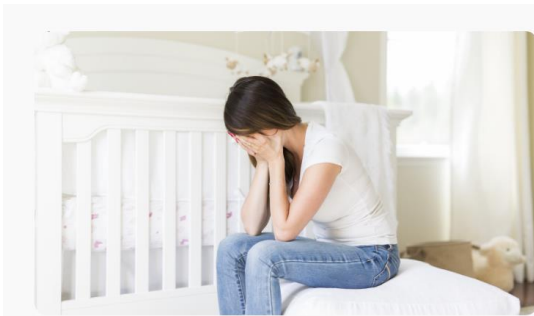
Zo hebben de veranderingen in je lichaam, zowel tijdens de zwangerschap als na de geboorte van je baby, een invloed op hoe je je voelt. Je emoties kunnen variëren van blij, opgewonden tot gespannen, angstig of neerslachtig. Je stemming kan wisselend zijn of je kan meer schommelingen ervaren dan anders. Dit is normaal.

In de perinatale periode, de periode van zwangerschap tot wanneer je baby 12 maanden is, kan je je heel kwetsbaar voelen. 1 op 5 vrouwen heeft emotionele klachten in deze periode. Deze emotionele klachten kunnen anders zijn bij verschillende vrouwen. Sommigen voelen zich gespannen, piekeren veel en zijn angstig. Anderen merken dat ze niet meer blij kunnen zijn en moeilijk van activiteiten kunnen genieten, die ze anders wel aangenaam vinden. Deze klachten kunnen reeds aanvangen vóór of starten tijdens de zwangerschap (prenatale periode) en kunnen doorgaan of ontstaan na de bevalling (postnatale periode).

### Baby blues

Veel vrouwen kunnen zich in de eerste 10 dagen na hun bevalling negatief, prikkelbaar of over emotioneel voelen. Je wordt dan plots overweldigd door je emoties, je hebt huiltuien, ervaart angst- en spanningsklachten en je slaapt slecht. Deze huiltijden zijn heel normaal en gaan meestal binnen de paar dagen voorbij. De baby blues zijn een gevolg van de hormonale veranderingen in je lichaam.

Praat erover met je omgeving. Behalve steun en begrip hoeft je hier geen extra zorg voor te krijgen.



### Meer dan baby blues?

Als spanningsklachten langer dan 2 à 3 weken blijven bestaan en de sombere gevoelens en/of de angstgevoelens nog heviger worden; dan kan je een perinatale depressie of angststoornis doormaken. Vaak gaan symptomen van depressie en angst ook samen.

Als je het grootste deel van de tijd gedurende twee weken of langer verdrietig, uitgeput, futloos of wanhopig voelt, dan kan je een depressie hebben.

Als je een intense angst of spanningen ervaart, die je overweldigen en je belemmeren in het uitvoeren van je dagelijkse activiteiten, dan kan je een angststoornis hebben.

In de postnatale periode maken sommige vrouwen ook een postpartumpsychose door.

Onderstaand vind je hierover meer informatie.

## Pre- en postnatale depressie

De symptomen van depressie zijn dezelfde tijdens de zwangerschap en na de bevalling dan op enig ander moment in het leven. In de perinatale periode kan een depressie over het hoofd gezien worden, omdat sommige klachten – zoals slecht slapen, geen zin hebben om te eten of zich uitgeput voelen – verkeerdelijk worden toegeschreven aan de zwangerschap of het mama worden.

Depressie is meer dan uitputting. Door slaapttekort kan je je wel moe en uitgeput voelen, maar ben je nog in staat om een relatief positieve kijk te hebben op jezelf en je leven. Je kan herkennen dat dit slaapgebrek slechts tijdelijk is en de dingen gaan verbeteren van zodra je wat meer rust en slaap hebt. Je stemming verbetert, van zodra je tot rust bent gekomen. En je bent nog in staat om plezier te ervaren.

Bij een depressie ondervind je meerdere van de volgende symptomen gedurende minimaal 2 weken. Je hoeft niet alle symptomen te hebben, wel 1 van de 2 hoofdsymptomen.



### Hoofdsymptomen van pre- en postnatale depressie:

- Sombere stemming. Een neerslachtig, verdrietig, ongelukkig of leeg gevoel.
- Verminderde interesse, minder plezier in het leven (vb. je kan niet genieten van je kind; je neemt minder contact op met anderen, ...)

### Andere symptomen:

- Gebrek aan energie. Moe en futloos. Niet in staat om je dagelijkse taken uit te voeren. Minder zorg voor jezelf.
- Moeilijk in slaap vallen, vaak wakker worden of moeilijk terug inslapen na een nachtelijke voeding; of teveel slapen.
- Geen zin meer om te eten of net heel veel eten.
- Vertraagd of gejaagd in spraak, motoriek en denken.
- Prikkelbaar.
- Schuldgevoelens of gevoelens van waardeloosheid. Terugkerende negatieve gedachten. (vb. Ik doe alles fout. Ik zal nooit een goede mama zijn. Ik weet niet wat mijn baby nodig heeft, ...). Zelfs na rust blijven je gevoelens en gedachten negatief.
- Concentratie-, aandachts- of geheugenproblemen.
- Besluiteloosheid
- Gedachten aan de dood of zelfmoordgedachten. gedachten om jezelf of de baby pijn te doen. Gevoel dat je beter dood zou zijn, dat je partner of baby beter af zouden zijn zonder jou.



## Pre- en postnatale angst

Angst is een normale reactie op een stressvolle situatie. Meestal verdwijnen de angst of gespannenheid wanneer de stressvolle situatie voorbij is. Maar bij sommige personen blijven de angst en gespannenheid aanwezig. Als je een angststoornis hebt, voel je je vaak de meeste tijd angstig en heb je schrik om deze gevoelens niet onder controle te krijgen. Bovendien is de angst dan niet altijd een reactie op een stressvolle situatie. Als angst onbehandeld blijft, kan angst het je moeilijk maken om te genieten van je zwangerschap, je baby te leren kennen of om de uitdagingen voor de zorg voor je baby op te nemen. Het belemmert je dagelijks functioneren.

### Symptomen van pre- en postnatale angst:

Er zijn verschillende angststoornissen met elk hun eigen kenmerken.

- Lichamelijk: hartkloppingen, benauwd gevoel, tintelingen, beven, zweten, snelle hartslag, duizelig, gevoel van geen lucht krijgen, koude rillingen of warmte-opwellingen, gevoel van flauwvallen.
- Psychologisch: rusteloos, heel alert, opgejaagd gevoel, piekeren, gespannen, zich constant zorgen maken, rampdenken of obsessief denken, angst om dood te gaan of gek te worden.
- Gedrag: vermijden van situaties die angst oproepen (vb sociale contacten uit schrik voor commentaar van anderen, dat je het niet goed of niet goed genoeg doet, ...), overmatig checken van de baby uit schrik dat er iets mis is met de baby.

## Postpartumpsychose

Een postpartum psychose treedt meestal op binnen de 2 weken na de bevalling. Uitzonderlijk kan het ook nog optreden in de eerste 12 weken na de bevalling. Typisch is het acute optreden en het snelle verloop. Neem bij onderstaande symptomen zo snel mogelijk contact met de huisarts of een psychiater of ga naar de spoedgevallen.



### Symptomen van een postpartumpsychose.

De eerste symptomen uiten zich als volgt:

- Uitgelaten stemming, (te) opgewekt, vol zelfvertrouwen
- Druk gedrag, vol energie, woordenvloed, chaotisch of bizar gedrag, onveilig omgaan met de baby
- Weinig slapen
- Zich rusteloos en geërgerd voelen
- Prikkelbaar of agressief gedrag
- Snel afgeleid, onlogisch of chaotisch denken ('van de hak op de tak') of onverwachte, rare of bizarre gedachtesprongen
- Vreemde overtuigingen, zoals dingen geloven die in de realiteit niet kloppen. (vb. achterdocht)
- Verwardheid of desoriëntatie.
- Horen van stemmen en zien van dingen die anderen niet zien of horen.

## Tips

### Wees gerust...

- Dit gaat voorbij! Je voelt je misschien eenzaam, maar weet dat 1 op 5 mama's te maken krijgt met mentale problemen in de perinatale periode (de periode van zwangerschap tot wanneer je baby 12 maanden is). Je bent dus niet alleen.
- Je kunt er niets aan doen dat je zo voelt. Dit is geen keuze. Het is niet jouw schuld. Het overkomt je.
- Je kan er wel voor zorgen dat je er snel weer bovenop komt door hulp te zoeken en er eerlijk over te praten. Woorden zijn soms moeilijk om uit te drukken hoe je je voelt. Een score van 0-10 kan soms beter weergeven hoe het met je gaat.

### Tips voor de mama's

- Dit gaat voorbij! Je voelt je misschien eenzaam, maar weet dat 1 op 5 mama's te maken krijgt met mentale problemen in de perinatale periode. Je bent dus niet alleen.
- Je kunt er niets aan doen dat je zo voelt. Dit is geen keuze. Het is niet jouw schuld. Het overkomt je.
- Je kan er wel voor zorgen dat je er snel weer bovenop komt door hulp te zoeken en er eerlijk over te praten. Woorden zijn soms moeilijk om uit te drukken hoe je je voelt. Een score van 0-10 kan soms beter weergeven hoe het met je gaat.
- Aanvaard de hulp die je wordt aangeboden.
- Wees eerlijk als je opziet tegen bezoek.
- Je bent de enige moeder voor jouw kindje en daardoor ben je dus onvervangbaar. Je kind heeft je nodig. Ook al kost het jou veel moeite, besteed zorg en aandacht aan je baby. Laat je daarin bijstaan door andere mensen uit je omgeving. Je moet dit niet alleen doen.
- Probeer rust te vinden.
- Tank energie door iets te doen waar je kan van genieten. Maak een wandeling, neem een bad, probeer wat te lezen, geniet van een kop thee zonder tegelijkertijd iets anders te doen.... Blijf doen waar je altijd van genoot.
- Wanhoop niet bij een terugval. Accepteer dat herstellen met vallen en opstaan gaat.

Wat je als mama beter niet kan doen:

- Je klachten ontkennen en je ervoor schamen.
- Je schuldig voelen of jezelf verwijten maken over hoe je je voelt.
- Je klachten minimaliseren.
- Eisen van jezelf dat je alles aan kan en perfect moet doen.
- Niet eten of op dieet gaan.
- Vluchten in alcohol of drugs.

## Tips voor de papa

Mentale problemen in de perinatale periode treffen het volledige gezin. Het is heel normaal dat je als partner met een aantal tegenstrijdige gevoelens te kampen krijgt: boosheid en medeleven, schuldgevoel en irritatie, bezorgdheid en schaamte.

- Zorg voor hulp en ondersteuning van je familie en vrienden zodat je er kan zijn voor je partner.
  - Durf om hulp te vragen. Zeg "ja" wanneer je hulp wordt aangeboden.
  - Plan af en toe tijd voor jezelf zodat je op adem kan komen.
  - Breng zoveel mogelijk tijd door met je baby.
  - Stel haar gerust: ze is niet de enige mama die dit overkomt, het is niet haar fout of keuze dat ze zich zo voelt en ze zal weer beter worden.
  - Er gewoon voor haar zijn is vaak al voldoende om haar te helpen.
  - Moedig haar aan om over haar gevoelens te praten. Luister en toon begrip. Wees geduldig. Communiceren is essentieel en je kan het vergelijken met een bankrekening: luisteren en steunen zijn inkomsten, kritiek geven en niet luisteren zijn uitgaven.
  - Help haar in het huishouden. Verwacht niet dat ze het huishouden helemaal onder controle heeft omdat ze de hele dag thuis is. Probeer zoveel mogelijk praktische hulp te geven. Haar gevoelens zorgen ervoor dat ze zich moe voelt en tegen de kleinste dingen reusachtig kan opkijken of er angst door krijgt.
  - Identificeer de moeilijke uurtjes en maak samen een plan van aanpak.
  - Zorg ervoor dat ze tijd kan nemen voor haarzelf. Vermoeidheid zorgt ervoor dat de symptomen erger worden. Neem de helft van de nachtvoedingen over zodat ze een paar uur na elkaar kan rusten.
  - Spoor haar aan om regelmatig en gezond te eten.
- 
- Bespreek de problemen thuis indien mogelijk met je werkgever.
  - Forceer niets als je merkt dat het niet gaat.
  - Het feit dat je partner zich psychisch niet goed voelt heeft ook een impact op jullie seksleven, vaak is de nood aan intimiteit in de brede zin van het woord groter dan aan vrijen op zich. Elkaar complimenten geven, knuffelen en de gelegenheid creëren om tot seks te komen kunnen helpend zijn.
  - Zeg tegen haar:
    - Ik ben er voor jou en wil naar je luisteren.
    - We komen hier samen door.
    - Als er iets is dat ik voor jou kan doen, zeg het dan.
    - Dit is tijdelijk.
    - Ik zie je graag.
  - Zeg niet:
    - *"Je hebt toch alles om gelukkig te zijn."* Dat weet ze. Dat is net één van de redenen waarom ze zich schuldig voelt.
    - *"Ontspan. Relax."* Ze is net gefrustreerd omdat ze niet kan ontspannen.
    - *"Zet je erover. Stel je niet zo aan. Doe normaal."* Mocht dat zo gemakkelijk zijn, dan had ze dat al lang gedaan.
    - *"Probeer positief te zijn."* Het zou fantastisch zijn mocht het zo simpel zijn.

## Veelgestelde vragen

### Waarom ben ik niet blij, zoals alle andere (toekomstige) mama's?

Je bent niet de enige die niet op een roze wolk leeft. Naar schatting krijgen jaarlijks in Vlaanderen zo'n 13.000 zwangere of bevallende vrouwen mentale gezondheidsproblemen. Het is daarmee de meest voorkomende ziekte bij aanstaande en nieuwe mama's.

De ernst van de klachten kan variëren en sterk verschillen. Sommige vrouwen voelen zich extreem prikkelbaar en neerslachtig, anderen eerder angstig. Wat de meeste vrouwen gemeenschappelijk hebben, is dat ze zich eenzaam en onbegrepen voelen. De daarbij horende schuld- en schaamtegevoelens maken het vaak moeilijk om er open met de omgeving over te praten en hulp te zoeken.

Mentale gezondheidsproblemen kunnen echter iedereen overkomen en komen voor in alle culturen. Ze ontstaan door een samenloop van omstandigheden. De komst van een baby is een belangrijke gebeurtenis, die naast vreugde steeds veel stress met zich meebrengt. Verder kunnen een verhuis, verlies aan werk of relationele problemen, maar ook complicaties tijdens zwangerschap of bevalling (vb. voorafgaand miskraam, doodgeboorte, vroeggeboorte, ...) bijkomende moeilijkheden veroorzaken. Nieuwe mama's en mama's in spe willen het vaak ook perfect doen en zich bewijzen wat hun kan uitputten. Ze maken zich overmatige zorgen wat kan leiden tot piekeren. Ze durven geen hulp vragen of praten moeilijk over hun emoties, of hebben niemand waar ze terecht kunnen waardoor ze er alleen mee blijven zitten. Tenslotte kunnen je genen je meer kwetsbaar maken. Hoe meer factoren aanwezig zijn, hoe groter de kans op moeilijkheden.

Het is belangrijk mentale gezondheidsproblemen serieus te nemen, want ze zijn goed aan te pakken en te behandelen. Hoe sneller je hulp zoekt en aanvaardt, hoe sneller je zal herstellen. Dit is niet alleen belangrijk voor jezelf, maar ook voor je baby en je gezin.

### Ik denk aan zelfmoord, wat kan ik doen?

Heb je zelfmoordgedachten? Lijkt het soms of zelfmoord nog de enige oplossing is? Je wil niet meer denken of voelen? Dan is het belangrijk dat je hulp zoekt. Praten kan helpen. Zelfmoordgedachten delen is niet gemakkelijk, maar het kan je beter doen voelen. Laat je omgeving (partner, ouders, vrienden,...) weten dat je het moeilijk hebt en zoek professionele hulp. Je kan terecht bij je huisarts die je direct kan helpen of je kan doorverwijzen naar een hulpverlener. Je kan ook je vroedvrouw of gynaecoloog aanspreken.

Heb je nu direct behoefte om met iemand te praten over je zelfmoordgedachten, dan kun je (anoniem en vertrouwelijk) dag en nacht telefonisch en online terecht bij [www.zelfmoord1813.be](http://www.zelfmoord1813.be). Daar werken mensen met ervaring die naar je zullen luisteren en je kunnen helpen.

### Komt het ooit weer goed?

Elke depressieve stoornis en/of angststoornis is anders en vraagt een andere aanpak. Belangrijk om weten is dat er effectieve behandelingen bestaan die verschillen naargelang het probleem en de ernst van de symptomen. Psycho-educatie is de eerste stap, waarbij je meer leert over hoe de ziekte in elkaar zit, zijn symptomen en de aanpak ervan. Informatie over de verschillende behandelmethoden kan je ook helpen bij je keuze voor behandeling.

De meest gebruikte behandelingen zijn medicatie en psychotherapie, of een combinatie van deze beide. Cognitieve gedragstherapie is een effectieve behandelingsmethode bij depressieve en angstklachten, die je kan helpen om terug meer actief te zijn, je minder te isoleren en je denkgewoonten in vraag te stellen. Hierbij leer je hoe jouw denken jouw emoties en gedrag sturen, en leer je negatieve gedachten die vaak aan de basis liggen van depressie en angststoornissen te veranderen. Ook andere therapievormen (systeemtherapie en interpersoonlijke therapie), die meer de nadruk leggen op interpersoonlijke relaties en relationele conflictoplossing hebben een impact op het reduceren van depressieve klachten.

Het gebruik van medicatie kan effectief zijn in de behandeling van meer ernstige depressieve stoornissen en angststoornissen. In combinatie met psychotherapie zien we vaak een beter resultaat, omdat de medicatie je leerbaarheid verhoogt. Andere concrete tips vind je [hier](#).

### Ik wil zwanger worden, moet ik stoppen met mijn medicatie?

Als je zwanger wilt worden en medicatie neemt, betekent dit niet automatisch dat je deze medicatie moet stoppen of ze gewoon verder moet nemen. Het hangt sterk af van welke medicatie je neemt en hoe je mentale gezondheid is. Een goede mentale gezondheid tijdens de zwangerschap is immers belangrijk. Het stoppen van medicatie kan het risico inhouden dat je mentale klachten plots verergeren of dat je een terugval kent. Bij elke zwangerschapswens of zwangerschap dient er dus steeds een afweging gemaakt te worden tussen de voor- en de nadelen van het wel of niet nemen van medicatie. Samen met je partner bespreek je dit best met je huisarts, je gynaecoloog of je psychiater of kan je advies vragen in een gespecialiseerd centrum voor perinatale mentale gezondheid.

### Hoe veilig is medicatie tijdens de zwangerschap en de borstvoeding?

Tegenwoordig is er al veel geweten over welke medicatie relatief veilig of welke schadelijk zijn tijdens de zwangerschap en de borstvoeding. Met relatief veilig wordt bedoeld dat er momenteel weinig of geen argumenten zijn dat deze medicatie congenitale afwijkingen bij de foetus veroorzaken of belangrijke problemen veroorzaken bij de baby. Ook weten we tegenwoordig dat het niet behandelen van bijvoorbeeld een depressie tijdens de zwangerschap of nadien ook negatieve effecten kan hebben op de foetus en de ontwikkeling van de baby. Raadpleeg je huisarts, je gynaecoloog of je psychiater of een psychiater van een gespecialiseerd centrum voor perinatale mentale gezondheid. Ze kunnen jou en je partner informeren welke medicatie verder kan worden genomen of gestart tijdens de zwangerschap en de borstvoeding.



## Getuigenissen

De volledige getuigenissen zijn terug te vinden via <https://wolkinmijnhoofd.be/getuigenissen/>

Getuigenis 1: Friedl Teirlinck: “Kon ik hem maar weer in mijn buik duwen!”



Getuigenis 2: Kirsten Ginckels: “Ik huil niet dus ik ben niet depressief.”



Getuigenis 3: Bert Coene: "Dit is meer dan de babyblues."



Getuigenis 4: Annelies Van Dyck: "De depressie was te zwaar."



Getuigenis 5: Lien Tallieu: "Ik vond mezelf een rotslechte moeder."



## Wie zijn we

‘Wolk in mijn hoofd’ is een initiatief van het Gents Netwerk voor Perinatale Mentale Gezondheid. Dit netwerk is een samenwerking tussen verschillende diensten van het UZ Gent (Vrouwenkliniek, Neonatologie, Sociale dienst, Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Volwassenenpsychiatrie, Psychologie), Moeder-baby eenheid Karus, wijkgezondheidscentra (Botermarkt, Nieuw Gent, Brugse Poort), Kraamkaravaan, Kind & Gezin, Karus Campus Melle en ervaringsdeskundigen Friedl en Kirsten. Het netwerk wil de preventie, detectie en behandeling van mentale gezondheidsproblemen tijdens de zwangerschap tot één jaar na de bevalling verbeteren en heeft hierbij aandacht voor de bredere psychosociale context van de zwangere of bevallen vrouwen en een goede samenwerking tussen de verschillende gezondheidswerkers en instellingen.

Het Gents Netwerk ontwikkelde in 2018 de richtlijn ‘Screening en detectie van perinatale mentale stoornissen: Richtlijn als leidraad voor het ontwikkelen van een zorgpad’ in opdracht van en met steun van de toenmalige Vlaamse minister Vandeurzen (Vlaams Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin). Deze richtlijn werd bekroond met de Prof Award 2018 – Medical Innovation, die het sensibiliseringsfilmpje over mentale gezondheidsproblemen tijdens de zwangerschap en na de bevalling op deze website mogelijk maakte.

In 2018 organiseerde Een hart voor haar, een initiatief van ervaringsdeskundige Annelies, allerlei activiteiten om in het kader van Music for Life aan fondsenwerving te doen. Met die fondsen hielpen ze mee aan de bewustmaking van en de nodige hulp bij psychische moeilijkheden in de periode rond de bevalling .

Het Gents Netwerk is voor 2019 geregistreerd als ‘Goed Doel’ bij De Warmste Week van Music for Life onder de naam Karus VZW Gent – Geestelijk Gezondheid – Ziekenhuis.

## Contact

Om de ernst van je klachten in te schatten, kan je beroep doen op verschillende professionele hulpverleners. Praat met iemand die je vertrouwt en vertel eerlijk over wat je voelt.

We sommen hier een aantal hulpverleners op, maar laat deze lijst je niet tegenhouden om iemand anders in vertrouwen te nemen.

- Praat over je gevoelens met je huisarts. Hij of zij kan je eventueel doorverwijzen naar gespecialiseerde hulpverleners.
- De regioverpleegkundigen van [Kind en Gezin](#) staan gratis ter beschikking voor al je vragen.
- Je kan ook te rade gaan bij je gynaecoloog, vroedvrouw, kraamverzorgster, pediater of andere hulpverlener.
- In [Gent](#) en [Zoersel](#) zijn twee gespecialiseerde Moeder & Baby eenheden. Hun zorgaanbod bestaat o.a. uit thuisbehandeling, opname of dagbehandeling op de Moeder & Baby afdeling.
- Het [UZ Gent](#) en [UPC KU Leuven](#) beschikken over een gespecialiseerde dienst waar je terecht kan met perinatale mentale klachten.
- Je kan ons ook bereiken via email op: [info@wolkinmijnhoofd.be](mailto:info@wolkinmijnhoofd.be) of via onderstaand contactformulier. We proberen je binnen de 48u een antwoord te sturen.

### Moeder en Baby eenheid (Gent)

#### Karus – Campus Gent

Beukenlaan 20  
9051 Sint-Denijs-Westrem  
09 222 58 94

### Moeder en Baby eenheid (Zoersel)

#### PZ Bethaniënhuis

Andreas Vesaliuslaan 39  
2980 Zoersel  
03 380 25 88

### Centrum Perinatale Mentale Gezondheid UZ Gent

#### Universitaire dienst Psychiatrie

C. Heymanslaan 10  
9000 Gent  
09 332 42 94

### Perinatale Psychiatrie van UPC KU Leuven

#### Campus Gasthuisberg

Herestraat 49  
3000 Leuven  
016 34 80 01

### 5.3 Lancering van de sensibiliseringscampagne en website

De website is op 13 augustus 2019 live gegaan. Gelijktijdig met het indienen van deze bachelorproef wordt de laatste hand gelegd aan het persplan en persbericht om de campagne van start te laten gaan. Er zal vanuit de communicatieafdeling van het UZ Gent een persbericht worden verstuurd. Kind & Gezin heeft zich geëngageerd om de lancering zoveel mogelijk te ondersteunen en ook vanuit haar kanalen te verspreiden. De bedoeling is om zoveel mogelijk redactionele aandacht te krijgen.

Daarnaast wordt een communicatieplan uitgewerkt waarbij er betalend digitaal geadverteerd zal worden. Daarbij wordt gedacht aan o.a. een Facebookcampagne.

Als er voldoende middelen worden gevonden door de VZW die wordt opgericht, zullen er affiches en folders gedrukt worden om de zwangere en kersverse mama's te bereiken.

### 5.4 Veranderingsstrategieën voor de Moeder en Baby eenheid

Op basis van mijn ervaringen tijdens mijn stage op deze afdeling en het literatuuronderzoek voor deze bachelorproef formuleer ik een aantal veranderingsstrategieën voor de Moeder en Baby eenheid.

- Aparte ruimte inrichten waar ze de partner/familie kunnen ontvangen. Nu hebben de (kinder)psychologe, coördinator en psychiater een apart kantoor. Als de psychiatrisch verpleegkundige een gesprek wil voeren gebeurt dat op de kamer van de mama of in het verpleegkantoor. Dat zijn geen ideale omstandigheden om een rustig gesprek te kunnen voeren.
- Familiekamer: De mogelijkheid creëren om de partner af en toe te laten verblijven op de afdeling. Daarvoor is budget nodig om de nodige faciliteiten te kunnen voorzien.
- Folder met eenvoudige uitleg voor de partner en familieleden van de mama waarin wat meer informatie staat over de afdeling, vormen van behandeling, opnameduur,...
- De hulpverleners kunnen gesprekken voeren met de partner met behulp van de triadekaart.
- Familiebeleid uitschrijven.
- Lotgenotencontact organiseren voor de naasten van mama's met mentale problemen in de perinatale periode.

### 5.5 Andere veranderingsstrategieën

- Richtlijn uitwerken waarbij er consequent wordt verwezen naar de Wolk in mijn hoofd website bij berichtgeving in de media rond mentale problemen in de perinatale periode.  
Cfr. de vermelding van zelfmoord1813.be
- Boek schrijven met daarin getuigenissen van ervaringsdeskundigen, aangevuld met informatie en tips. De eerste contacten met een uitgeverij werden reeds gelegd.
- Stigma wegwerken door scenarioschrijvers van een tv-serie, filmscenario of theaterstuk aan te sporen een verhaallijn te brengen rond deze problematiek.
- Ervaringsdeskundigen laten getuigen bij de opleiding tot vroedvrouw, gynaecoloog,...
- Link naar de website van Wolk in mijn hoofd laten toevoegen op de websites van mutualiteiten, De Gezinsbond, Huizen van het Kind,...

## 5.6 Besluit

De sensibiliseringscampagne en website worden eind augustus 2019 gelanceerd. Ik ben ervan overtuigd dat de campagne zal bijdragen aan één van mijn veranderingsdoelen, namelijk het verkleinen van het stigma rond psychische kwetsbaarheid in de perinatale periode. Van daaruit kan verder gewerkt worden aan de juiste ondersteuning voor de partner. Een aantal van de strategieën die ik formuleer om de partnerbetrokkenheid te vergroten op de Moeder en Baby afdeling zijn vrij eenvoudig om te implementeren. Ik ben ervan overtuigd dat de wil en zin er in de sector zeker is om hieraan mee te werken. Daarnaast staat er een team van ervaringsdeskundigen klaar dat bereid is om haar steentje bij te dragen zodat zowel de mama als haar omgeving in de meest ideale omstandigheden ondersteund worden om te herstellen en bekomen van de mentale problemen in de perinatale periode.

## Algemeen besluit

Op 14 augustus 2019 stond op de voorpagina van Het Nieuwsblad: “Driekwart moeders heeft babyblues”. Naar aanleiding van een enquête van de Liberale Mutualiteiten schreef Het Nieuwsblad: *Totale onzin. Zo noemen experts de roze wolk: het idee dat moeders in de eerste dagen en weken na de bevalling onafgebroken in de zevende hemel vertoeven. “Dat hele idee moet dringend de vuilnisbak in”, zegt gynaecoloog en professor Hendrik Cammu. “Het strookt op geen enkele manier met de realiteit.”*

Het zoveelste bewijs dat er zowel op micro-, meso- als macroniveau nog werk aan de winkel is.

Van de hulpverleners mag men verwachten dat ze naast het verzorgen en behandelen van de mama met een postpartum depressie ook oog hebben voor het leed en de draaglast van de partner en naasten. Het moet vanzelfsprekend zijn dat in de geestelijke gezondheidszorg met de cliënt én zijn naasten wordt samengewerkt. Daarnaast kan de hulpverlener de mama bijstaan in het wegwerken van het zelfstigma door een persoonlijk antistigma-plan op te stellen. Om dit te kunnen verwezenlijken moeten alle hulpverleners van de nodige kennis en kunde worden voorzien.

Op mesoniveau kan er absoluut nog geïnvesteerd worden in het faciliteren van de betrokkenheid van de partners en de omgeving. Een Moeder en Baby eenheid moet vanuit haar werking de partner meer en beter informeren en betrekken.

Een nieuwe minister van welzijn zal hopelijk op macroniveau nog middelen vrijmaken om te investeren in de geestelijke gezondheidszorg en de zeer nodige sensibilisering. In tussentijd gaan de multidisciplinaire teams van het Gents en Vlaams expertisenetwerk voor Perinatale Mentale Gezondheid verder aan de slag om de screening en zorg te verbeteren. Zij laten zich daarin bijstaan door ervaringsdeskundigen, die vanuit hun ervaring een unieke bijdrage kunnen leveren.

Op termijn zal blijken of de sensibiliseringscampagne “Wolk in mijn hoofd” heeft bijgedragen tot het verlagen van het stigma en het aanzetten van mama’s om hulp te zoeken. Hopelijk worden de mama’s liefdevol gesteund door hun partner en naasten zodat ze samen op termijn een warme thuis kunnen vormen voor het nieuwe leven dat ze als gezin mogen verwelkomen.



## Literatuurlijst

- Akwa GGZ. (2016). *Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek*. Geraadpleegd op 9 augustus 2019, via <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/samenwerking-en-ondersteuning-naasten-van-mensen-met-psychische-problematiek/inleiding>
- Baars, J., & van Meekeren, E. (Reds.). (2013). *Een psychische stoornis heb je niet alleen. Praten met families & naastbetrokkenen*. Amsterdam: Boom.
- Bransen, E., Paalvast, M. & Slaats, M. (2014). De kracht van naasten ontsluiten. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, (40)1. p.20-33.
- Choy, J. (2006). *De vraag op het antwoord: systemische interventies voor conflicten in organisaties*. Santpoort: Nistro. In Baars, J., & van Meekeren, E. (Reds.). (2013). *Een psychische stoornis heb je niet alleen. Praten met families & naastbetrokkenen*. Amsterdam: Boom.
- Dedry, A. (2016). *Zorg zonder naam. Mantelzorgwijzer*. Tiel: Lannoo.
- Catthoor, K., De Hert, M. & Peuskens, J. (2003). Stigma bij schizofrenie – Een literatuuroverzicht. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 45(2), p.87-96. In Magiels, G. (2016). *Al te gek. Psychose tussen brein en samenleving*. Lannoo: Tiel.
- Catthoor, K. (2016). *The silent sorrow in psychiatric stigma: Exploration of stigma experiences in adolescents and adults with personality disorders, family members of persons with psychotic disorders, and psychiatric trainees*. [Proefschrift]. Antwerpen: Universiteit Antwerpen.
- Corrigan, P. (Ed). (2014). *The stigma of disease and disability. Understanding causes and overcoming injustices*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Egan, G. (1998). Deskundig hulpverleners. Een model, vaardigheden en methoden. Assen: Van Gorcum. In Meulink, A.M. (2015). *Postpartum depressie. Depressief na een bevalling: oorzaken, gevolgen en adequate ondersteuning*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Familieplatform Geestelijke Gezondheid vzw. (z.d.). *Beroepsgeheim*. Geraadpleegd op 5 augustus 2019, via <https://familieplatform.be/beroepsgeheim/>
- Goffman, E. (2018). *Stigma. Notities over de omgang met een geschonden identiteit*. Utrecht. Bijleveld.
- Keirse, M. (2017). *Helpen bij verlies en verdriet. Een gids voor het gezin en de hulpverlener*. Lannoo: Tiel.
- Keuzenkamp, S., (2017). Wat mensen in armoede en schulden kunnen hebben aan ervaringsdeskundigen. *Sociale Vraagstukken*. Geraadpleegd op 5 november 2018, via <https://www.socialevraagstukken.nl/wat-mensen-in-armoede-en-schulden-kunnen-hebben-aanervaringsdeskundigen/>
- Kleiman, K. (2009). *Therapy and postpartum woman. Notes on healing postpartum depression for clinicians and the woman who seek their help*. New York: Bantam Books. In Meulink, A.M. (2015). *Postpartum depressie. Depressief na een bevalling: oorzaken, gevolgen en adequate ondersteuning*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.

Kleiman, K.R. & Raskin V.D. (2013). *This isn't what I expected. Overcoming postpartum depression*. Philadelphia: Da Capo Press.

Kurzban, R. & Leary, M. (2001). Evolutionary origins of stigmatization: The functions of social exclusion. *Psychological Bulletin*, 127(2). p. 187-208. In Magiels, G. (2016). *Al te gek. Psychose tussen brein en samenleving*. Lannoo: Tielt.

Magiels, G. (2016). *Al te gek. Psychose tussen brein en samenleving*. Lannoo: Tielt.

Meulink, A.M. (2015). *Postpartum depressie. Depressief na een bevalling: oorzaken, gevolgen en adequate ondersteuning*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.

Samen Sterk zonder Stigma. (z.d.). Geraadpleegd op 31 juli 2019, via <https://www.samensterkzonderstigma.nl/wat-is-stigma/kennis/over-stigma/>

Saeyns, F., Godderis-T'Jonck, D., Schryvers, K., Persyn, P., Jans V. & Croo, C. (2015). *Voorstel van resolutie: betreffende de vroegtijdige detectie en behandeling van de postnatale depressie*. Brussel: Vlaams Parlement.

Similes (2012). *Familie als partner in de ggz. Een praktische gids voor zorgverleners*. Geraadpleegd op 31 juli 2019, via [https://nl.similes.be/files/familie-als-partner-in-de-ggz\\_gids-voor-hulpverleners.pdf](https://nl.similes.be/files/familie-als-partner-in-de-ggz_gids-voor-hulpverleners.pdf)

Schoen, I., & van Pagée, M. (2017). *Samen leven met psychische klachten. Een handreiking*. Amsterdam: Boom.

Sheffield, A. (2000). *How you can survive when they're depressed. Living and coping with depression fallout*. New York: Harmony.

Slaats, M.E. (2011). *Rouwen en verlies verwerken: een proces voor patiënten en familie*. In Baars, J., & van Meekeren, E. (Reds.). (2013). *Een psychische stoornis heb je niet alleen. Praten met families & naastbetrokkenen*. Amsterdam: Boom.

Psychosenet. (z.d.). Geraadpleegd op 31 juli 2019 via <https://www.psychosenet.be/stigma/>

Van Damme, R., Van Parys, A-S., Vogels, C., Roelens, K., & Lemmens, G. (2018). *Screening en detectie van perinatale mentale stoornissen: Richtlijn als leidraad voor het ontwikkelen van een zorgpad*. Gent.

Van Deurzen, J. (2019). *Schriftelijke vraag: Perinatale geestelijke gezondheidszorg – Proefprojecten*. Geraadpleegd op 7 april 2019, via <http://docs.vlaamsparlement.be/pfile?id=1432724>

Van de Bovenkamp, H., & Trappenburg, M., 2008. *Niet alleen de patiënt centraal: Over familieleden in de geestelijke gezondheidszorg*. Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg. Erasmus MC Universitair Medisch Centrum Rotterdam.

Van Hintum, M., 2015. *Te gek voor woorden. Stigma en media*. Geraadpleegd op 31 juli 2019, via <https://www.samensterkzonderstigma.nl/assets/ST-15-08-Stigma-in-de-MediaV5-online-spread.pdf>

Vanderleyden, L. & Moons, D. (2015). *Informeel zorg in Vlaanderen opnieuw onderzocht*. SVR-Webartikel 2015/4, Brussel: Studiedienst van de Vlaamse Regering.

Ypsilon. (z.d.). *Wie zorgt praat mee! Informatie over privacy en autonomie voor familieleden en naastbetrokkenen*. Geraadpleegd op 5 augustus 2019, via <https://www.ypsilon.org/privacy>