

Reader
**Zwangerschap en
mentale gezondheid**



Het belang van aandacht voor mentale gezondheid

Een kind krijgen is een grote verandering in ieders leven. Nieuwe ouders ervaren een omslag van hun leven zonder kinderen naar hun leven mét kinderen. Ook een volgende kind kan voor een andere dynamiek in het gezin zorgen. De geboorte van het kind is een bijzondere ervaring, er kan een flink slaaptekort spelen en ouders reflecteren vaak over de eigen opvoeding die zij zelf hebben meegekregen. Er kunnen ook dingen misgaan tijdens de zwangerschap zoals het krijgen van een miskraam of stilgeboorte. Al met al is deze periode een kwetsbare periode, waarin aandacht nodig is voor de mentale gezondheid van (aanstaande) ouders.

Investeren in mentale gezondheid kan helpen om klachten tijdens en na de zwangerschap te voorkomen. Het helpt niet alleen de (aanstaande) ouders, maar voorkomt ook negatieve gevolgen voor de gezondheid van het kind:

- Depressie- of angstklachten van de moeder tijdens de zwangerschap vergroten de kans op een lager geboortegewicht van het kind, vroeggeboorte of zelfs overlijden.
- Een kind kan zich door een postpartum depressie of angst bij de moeder niet of minder goed veilig hechten.
- Kinderen van ouders die ooit een (postpartum) depressie hebben gehad, hebben bijna driemaal zoveel kans op een depressie dan kinderen van ouders zonder depressie.

De kans op mentale klachten van de moeder na de zwangerschap is groter als deze klachten er tijdens de zwangerschap al zijn. Tijdige signalering en behandeling van mentale klachten is daarom van groot belang.

Wat is nodig?

Herhaaldelijke aandacht, tijdig signaleren en verwijzen naar passende hulp. Uit onderzoek blijkt dat herhaalde screening met een korte vragenlijst over mentale klachten bij alle (aanstaande) ouders en de eventuele inzet van passende interventies effectief zijn in het voorkomen van depressie en angst tijdens en na de zwangerschap.





Mentale klachten tijdens zwangerschap

De zwangerschap en het ouderschap is voor veel mensen zwaar of uitdagend. De periode rondom de zwangerschap brengt allerlei gevoelens en emoties met zich mee. Dat kan soms overweldigend zijn. Voor een (aanstaande) ouder is het belangrijk om dit gevoel te erkennen en te weten dat hij/zij niet de enige is. Als zorgverlener kun je hierbij helpen. Allereerst is het van belang om onderscheid te kunnen maken tussen de veelvoorkomende onzekere gevoelens van (aanstaande) ouders en mentale klachten, zoals depressie, angst of stress.

Uit de Monitor Mentale gezondheid en Zwangerschap blijkt dat ongeveer 23% van de vrouwen in Nederland gedurende de zwangerschap vaak of altijd mentale klachten heeft. Deze bevindingen lijken goed aan te sluiten bij eerder buitenlands onderzoek onder zwangere vrouwen. Daar kwam uit dat ongeveer 9% van de vrouwen gedurende de zwangerschap een depressie had en ongeveer 20% van de zwangere vrouwen een angststoornis.

Postpartum depressie

Veel vrouwen in Nederland ervaren ook in de periode na de zwangerschap mentale klachten: 1 op de 5 heeft depressieklachten, 1 op de 4 angstklachten en 1 op de 7 nieuwe moeders ervaart (heel) veel stress. In Nederland krijgt ongeveer 11% van de vrouwen na de bevalling een depressie. Ook bekend als een postpartum depressie.

Symptomen

De symptomen van een postpartum depressie zijn hetzelfde als een reguliere depressie. De depressie is echter gekoppeld aan de zwangerschap of de bevalling. Symptomen die kunnen voorkomen zijn onder andere:

- Somberheid
- Nergens zin in hebben
- Waardeloos voelen
- Teveel of juist te weinig eten
- Slecht slapen
- Onrustig of juist geremd gedrag
- Vermoeidheid
- Moeite met concentreren
- Moeite met beslissingen nemen
- Gedachte aan dood en/of suïcide

Andere symptomen

Vrouwen die tijdens de zwangerschap of na de bevalling depressief worden, ervaren vaak ook andere klachten:

- Geen goede moeder denken te zijn.
- Niet kunnen genieten van de baby of de zwangerschap.
- Angstig zijn ten aanzien van de eigen gezondheid of de gezondheid van het (ongeboren) kindje.
- Zich afsluiten van de partner/ omgeving.
- Zich niet verbonden voelen met de baby.
- Intrusies (beangstigende beelden die zich opdringen betreffende de baby of zichzelf, vaak met een agressieve lading).

Postnatale, postpartum of perinatale depressie?

De perinatale periode is de gehele periode van de zwangerschap tot een tijd na de bevalling. Als vrouwen in deze periode depressieklachten ervaren, heet dit dus ook wel een *perinatale depressie*. De klachten hoeven echter niet de gehele periode aanwezig te zijn. De klachten kunnen ook alleen vóór of na de bevalling voorkomen. Met de term postpartum wordt de gesteldheid van de moeder na de bevalling bedoeld, terwijl postnataal juist gaat over de gezondheid van de baby na de geboorte. Daarom is de juiste term voor depressieklachten na de zwangerschap *postpartum depressie*. In de volksmond wordt toch vaker gesproken over een *postnatale depressie*. Dit klopt dus eigenlijk niet.

Risicofactoren en beschermende factoren

De aanwezigheid van risicofactoren vergroot de kans op het ontstaan van problemen. Beschermende factoren zijn belangrijk om weerstand te kunnen bieden aan risico's en problemen.

Risicofactoren

- **Individuele kwetsbaarheid**

Vrouwen met een chronische lichamelijke ziekte of psychische klachten (waaronder een eerdere depressie), vrouwen met een licht verstandelijke beperking en vrouwen waarbij sprake is van middelenmisbruik hebben een grotere kans om een depressie te ontwikkelen dan vrouwen die dat niet hebben.

- **Erfelijkheid**

Kinderen van ouders die ooit een (postpartum) depressie hebben gehad, hebben bijna driemaal zoveel kans op een depressie dan kinderen van ouders zonder depressie.

- **Sociale omgevingsfactoren**

Vrouwen die laag opgeleid zijn of geen betaalde baan hebben, hebben een grotere kans op een depressie dan hoger opgeleiden en vrouwen die wel een betaalde baan hebben. Dat geldt ook voor vrouwen die weinig sociale steun krijgen en vrouwen die alleenstaand zijn.

- **Leeftijd**

Uit onderzoek blijkt dat vrouwen tussen de 18-24 jaar een grotere kans hebben om een depressie te krijgen.

- **Levensgebeurtenissen**

Ingrijpende levensgebeurtenissen zoals een verhuizing, een traumatische ervaring (bijvoorbeeld mishandeling, verwaarlozing) en verlieservaringen (bijvoorbeeld miskraam, scheiding, de dood van een ouder, verlies van werk) vergroten de kans op een depressie.

- **Factoren rondom de bevalling**

Factoren die voor, tijdens of na de bevalling kunnen bijdragen aan het ontstaan van een postpartum depressie (perinatale factoren) zijn onder andere: een ongeplande of ongewenste zwangerschap; tienermoeder zijn; hoge mate van stress of angst tijdens de zwangerschap of tijdens de bevalling; complicaties tijdens de zwangerschap, de bevalling of de kraamtijd; vroeggeboorte of ziekte van het kindje; en het stoppen met antidepressiva tijdens de zwangerschap.



Beschermende factoren

- **Goede lichamelijke gezondheid**

Een goede lichamelijke gezondheid heeft niet iedereen in de hand. Maar bijvoorbeeld gezond eten, niet roken, geen alcohol drinken en voldoende bewegen werkt beschermend. Bewegen kan goed werken bij het tegengaan van een depressie en wordt daarom vaak geadviseerd bij de behandeling van een depressie.

- **Sociale participatie**

Voor een net bevallen moeder lijkt de wereld vaak erg klein. Ze kan zich daardoor niet lekker in haar vel voelen, een gevoel dat ook bij een depressie hoort. Ondanks dat een moeder alles betekent voor haar baby is het belangrijk voor een vrouw om tijdens haar verlof onder de mensen te komen en leuke activiteiten te ondernemen.

- **Sociale steun in de omgeving**

De kans op een depressie is kleiner als een vrouw bij anderen terecht kan voor steun (waaronder mantelzorg na de bevalling) en samen leuke activiteiten kan ondernemen.

- **Zelfwaardering**

Als een vrouw positief over zichzelf denkt, zorgt ze beter voor zichzelf en staat sterker in haar schoenen. Dit voorkomt hopeloze en depressieve gevoelens.

- **Gevoel van controle**

Een vrouw is zelfverzekerder als ze het gevoel heeft controle te hebben over haar leven. Naarmate dit gevoel sterker is, is de kans op depressieklachten kleiner.

1. In balans

Geen klachten

- Je gelukkig voelen
- Goed in je vel zitten
- Plezier in contacten hebben
- Niet snel uit het lood geslagen

2. Wankel evenwicht

Risico op somberheid door ingrijpende gebeurtenis, zoals:

- Moeizaam zwanger geworden
- Gecompliceerde zwangerschap
- Traumatische of lange bevalling
- Chronisch ziek zijn
- Relatieproblemen
- Weinig contacten
- Overlijden van een dierbare

Depressietrap

Een depressie heeft verschillende stadia. Als iemand lekker in zijn vel zit, staat hij bovenaan de trap. Als iemand klachten krijgt, daalt hij een trede op de trap. Als iemand depressief is, staat hij helemaal onderaan de trap. Hieronder zie je de kenmerken per traptrede.

3. Depressieklachten

Aanwezigheid van enkele van deze klachten:

Kernsymptomen:

- Somberheid
- Nergens zin in hebben

Aanvullende symptomen:

- Teveel of juist te weinig eten
- Slecht slapen
- Onrustig of juist geremd gedrag
- Vermoeidheid
- Waardeloos voelen
- Moeite om te concentreren of besluiten te nemen
- Denken aan zelfmoord

4. Depressief

Gedurende minimaal twee weken aanwezigheid van 5 of meer symptomen, waaronder ongewoon somber en/of nergens meer plezier in hebben.

Depressief is een diagnose die alleen gesteld kan worden door een daartoe bevoegde arts.

Depressieklachten bij vaders

Doordat de aandacht rondom een zwangerschap vaak uitgaat naar de vrouw en het kind, is vaak minder bekend dat vaders* ook depressieklachten kunnen ontwikkelen rondom de zwangerschap. 7% van de vaders ervaart depressieklachten rondom de zwangerschap van de partner. Mannen met een postpartum depressie kunnen net als vrouwen somberheid of vermoeidheid ervaren. De depressie kan zich bij mannen ook nog op andere manieren uiten:

- Agressiviteit en woedeaanvallen
- Prikkelbaarheid
- Zich terugtrekken/isoleren
- Verhoogd impulsief gedrag zoals overmatig sporten, gokken en middelengebruik
- Meer lichamelijke klachten en zorgen hierover

Bij mannen spelen vrijwel dezelfde risico- en beschermende factoren een rol bij het ontwikkelen van een perinatale depressie als bij vrouwen. Aanvullend is het bij mannen zo dat zij een grotere kans op depressieklachten hebben als de partner ook depressieklachten heeft. Er is dus een kans dat beide ouders tegelijkertijd depressief zijn. Er is bij postpartum depressie vaak een overlap met angst- en paniekstoornissen.

** We spreken alleen over ‘vaders’ en niet over ‘partners’, omdat er nog onvoldoende beschikbaar wetenschappelijk onderzoek is naar andere partners dan mannelijke partners.*





Angst en stress rondom de zwangerschap

Door spanning en hormonen kunnen vrouwen tijdens de zwangerschap ongeruster zijn dan gewoonlijk. In veel gevallen is dit een natuurlijk onderdeel van de zwangerschap, maar soms kan er sprake zijn van overmatige angst of spanning. Het is belangrijk om hier aandacht voor te hebben als zorgverlener.

Bij sommige vrouwen zijn angst- of stressklachten iets nieuws. Bij andere vrouwen zijn het bestaande angst- of stressklachten zijn die verergeren rondom de zwangerschap of zijn het terugkerende klachten. In Nederland ervaart ongeveer 11% van de vrouwen in de periode na de zwangerschap met matige tot ernstige angstklachten. Bij deze groep vrouwen is er mogelijk sprake van een angststoornis.

Symptomen

Angstklachten tijdens of na de zwangerschap, kunnen zich op meerdere manieren uiten. Zo zijn er vrouwen die last hebben van vagere gevoelens van angst, maar komen er ook specifieke angststoornissen voor, zoals een gegeneraliseerde angststoornis, paniekstoornis of een posttraumatische stressstoornis. Het ziektebeeld kan dus per situatie verschillen. De symptomen die kunnen voorkomen zijn onder andere:

- Piekeren
- Rusteloosheid
- Prikkelbaarheid
- Moeite hebben met concentreren
- Gespannenheid
- Vermoeidheid
- Spierklachten
- Slaapproblemen
- Lichamelijke klachten zoals hartkloppingen, benauwdheid of misselijkheid

Risicofactoren

- **Individuele kwetsbaarheid**

De voorgeschiedenis met eerdere psychische klachten, zoals eerder doorgemaakte angstklachten, vormen een risico voor het opnieuw ontwikkelen van klachten tijdens de zwangerschap. Ook zijn vrouwen die een laag zelfbeeld of zelfvertrouwen hebben, gevoeliger ervoor.

- **Factoren rondom de zwangerschap**

Het ontstaan van angstklachten kan worden beïnvloed door verschillende omstandigheden die zich tijdens een zwangerschapsperiode kunnen voordoen. Denk hierbij aan het soort bevalling, maar ook de eventuele complicaties, zoals vroeggeboorte. Ook is de gezondheid van het kindje van belang en is er bij vrouwen die niet op een natuurlijke wijze zwanger kunnen raken sneller sprake van angst.

- **Sociaal-demografische factoren**

Uit onderzoek blijkt dat enkele sociaal-demografische factoren van belang zijn bij het ontstaan van angstklachten. Zo hebben met name jonge moeders, alleenstaande moeders en laagopgeleide moeders een grotere kans op angstklachten tijdens de zwangerschap. Daarnaast speelt het hebben van een laag inkomen een rol.

- **Ongezonde leefstijl**

Roken of overgewicht kan dit de kans op angstklachten tijdens de zwangerschap vergroten.

- **Sociale factoren**

Vrouwen die ervaren dat ze weinig sociale steun krijgen van de mensen in hun omgeving, kunnen sneller last krijgen van angst. Daarnaast kunnen relatieproblemen, zoals het hebben van conflicten met de partner, hier ook voor zorgen.

Angst bij nieuwe vaders

Zo'n 8% van de nieuwe vaders ervaart angst tijdens de zwangerschapsperiode. Een aantal risicofactoren komen overeen met de risicofactoren bij nieuwe moeders, waaronder een laag inkomen, weinig sociale steun en relatieproblemen. Aanvullend hebben mannen meer kans op angstklachten als hun partner depressieklachten heeft. Nieuwe vaders kunnen ook angstig worden als ze een andere verwachting van de zwangerschap hebben dan hun partner. Ook de stress die nieuwe vaders kunnen ervaren over hoe zij zich als man moeten uiten en gedragen kan invloed hebben op eventuele angst tijdens de zwangerschapsperiode.





Postpartum psychose

Vrouwen kunnen kort na de zwangerschap ook een postpartum psychose krijgen. Dit wordt ook wel een kraambed psychose genoemd. Bij een psychose beleef je de wereld anders. Meestal als vreemd en eng. Je hoort, ziet of denkt dingen die anderen niet horen, zien of denken. Je eigen hersenen maken die ervaringen. Je hebt daar geen controle meer over. Deze ernstige aandoening komt zelden voor: 1 tot 2 op de 1000 zwangere of pas bevallen vrouwen. Toch is het belangrijk dat zorgverleners hier alert op zijn.

Een postpartum psychose ontstaat binnen de eerste zes weken na de bevalling. Hoe het zich precies ontwikkelt is nog onbekend, maar het heeft in ieder geval te maken met de fysiologische veranderingen die er tijdens een zwangerschap kunnen plaatsvinden. Gedacht wordt dat zowel hormonale, immunologische als circadiaanse (dagritme) schommelingen hierbij betrokken zijn.

Symptomen

Beginnende verschijnselen zijn opvallend snelle stemmingswisselingen, slapeloosheid en prikkelbaarheid, die daarna overgaan in het volgende ziektebeeld:

- Verward en gedesoriënteerd gedrag
- Episoden van manie en/of depressie
- Contact met de werkelijkheid verliezen
- Hallucinaties
- Verstoorde overtuigingen of gedachtes die niet overeenkomen met de realiteit (waanbeelden)

Risicofactoren

- **Individuele kwetsbaarheid**

Vrouwen met een bipolaire stoornis of andere schizo affectieve stoornissen, hebben meer kans om een postpartum psychose te krijgen.

- **Leeftijd**

Vrouwen jonger dan 20 jaar en vrouwen tussen de 30 en 34 jaar hebben een grotere kans op een zwangerschapspsychose.

- **Factoren rondom de zwangerschap**

Bepaalde factoren tijdens de zwangerschap zijn van invloed op het krijgen van een postpartum psychose. Zo hebben vrouwen een grotere kans op de aandoening, wanneer zij van hun eerste kind bevallen. Ook zijn bepaalde complicaties van invloed, zoals het doormaken van infectieziekten en pre-eclampsie.



Depressiepreventie

Postpartum depressie is de meest voorkomende comorbide aandoening rondom de zwangerschap en bevalling. Het is belangrijk om het aantal nieuwe gevallen te verminderen en dat vraagt om preventie.

In principe is een postpartum depressie goed te behandelen. Toch is het beter om een depressie te voorkomen. Niet alleen voor de ouder, maar ook voor zijn of haar omgeving. Wanneer ouders zich goed voelen, draagt dit positief bij aan de ontwikkeling van hun kind. Met preventie wordt geprobeerd om te voorkomen dat iemand een tree lager komt op de depressietrap. Bijvoorbeeld dat iemand in wankel evenwicht last krijgt van depressieklachten, of dat beginnende klachten uitgroeien tot een ernstige depressie. Depressies kennen een aantal ernstige gezondheidsrisico's.

Risico's van een depressie

- Mensen met een depressie lopen twee keer zoveel kans om vroeg te overlijden.
- Mensen met een depressie lopen een groter risico om zelfmoord te plegen.
- Mensen met een depressie lopen een groter risico op dementie later in het leven.
- Mensen met een depressie lopen een groter risico om in een isolement te raken.

Verschillende soorten preventie

Er zijn manieren om een (postpartum) depressie te voorkomen. Zelfzorg is heel belangrijk (gezond eten, bewegen, structuur in de dag, voldoende slaap, etc.), maar volstaat dat niet, dan is hulp van anderen nodig. Depressiepreventie richt zich op verschillende doelgroepen. We maken onderscheid tussen universele, selectieve of geïndiceerde preventie.

- Universele preventie richt zich op de algemene bevolking en kan dus veel mensen bereiken. Deze vorm van preventie bestaat vaak uit voorlichting en advies. De bevolking wordt geïnformeerd over wat een depressie is, wat men er zelf aan kan doen (of hoe men anderen kan helpen) en waar men terecht kan voor hulp. Denk bijvoorbeeld aan:
 - Informatiefolder over postpartum depressie.
 - Voorlichtingsbijeenkomst over postpartum depressie.
 - Mediacampagne over postpartum depressie.
- Selectieve preventie richt zich op mensen bij wie de kans op het krijgen van een depressie groter is dan gemiddeld. Het richt zich dus op mensen met een of meer risicofactoren. Denk bijvoorbeeld aan:
 - Organiseren van plezierige activiteiten voor alleenstaande pas bevallen moeders.
 - Individuele hulp aan ouders die zorgen voor een zieke baby.
- Geïndiceerde preventie richt zich op mensen met een aantal symptomen van depressie, maar waarbij je (nog) niet kunt spreken van een echte depressie. Deze mensen hebben een verhoogd risico op het ontwikkelen van een depressie. Geïndiceerde preventie richt zich op het voorkomen hiervan.

Denk bijvoorbeeld aan:

- Zelfhulp cursus voor zwangere vrouwen die veel last hebben van negatieve gedachten en nergens zin in hebben.
- Groeps cursus voor (aanstaande) ouders die last hebben van somberheid.
- Groeps cursus voor pas bevallen moeders om depressieklachten te verminderen.

Ouder-kindrelatie

Een belangrijke reden om depressie en angst rondom de zwangerschap vroeg te signaleren is, naast het voorkomen van depressie bij de moeder, ook het beperken van de impact van de klachten op het kind. Uit onderzoek blijkt dat daar meer voor nodig is dan de behandeling van de klachten. Juist de interactie tussen ouder en kind heeft aandacht nodig. Het hechtingsproces begint al tijdens de zwangerschap, dus het bespreekbaar maken van de band die de ouder met het kind ervaart is ook al belangrijk voor de geboorte.

Na de geboorte komt de hechting in een stroomversnelling. Voor een goede hechting is het belangrijk dat een ouder sensitief (gevoelig voor de signalen van de baby) en responsief (in staat adequaat en goed getimed op de signalen te reageren) is. Een depressieve of angstige ouder kan hier minder toe in staat zijn. Toch is het helpend om met de ouder mee te kijken hoe - ondanks de klachten - de band met het kind toch zoveel mogelijk gestimuleerd kan worden. Ook de partner kan hier een belangrijke rol in spelen.

Bronnen

https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/nl/artikelen/article/50-10465_Postpartumpsychose-in-de-klinische-praktijk-diagnostiek-behandeling-en-preventie

Dennis CL, Falah-Hassani K, Shiri R. Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: Systematic review and meta-analysis. Br J Psychiatry. 2017;210(5):315-323. doi:10.1192/bjp.bp.116.187179.

Elsman EBM, Flens G, De Beurs E, Roorda LD, Terwee CB. Towards standardization of measuring anxiety and depression: Differential item functioning for language and Dutch reference values of PROMIS item banks. Ardenghi TM, ed. PLOS ONE. 2022;17(8):e0273287. doi:10.1371/journal.pone.0273287.

Fawcett EJ, Fairbrother N, Cox ML, White IR, Fawcett JM. The Prevalence of Anxiety Disorders During Pregnancy and the Postpartum Period: A Multivariate Bayesian Meta-Analysis. J Clin Psychiatry. 2019;80(4). doi:10.4088/JCP.18r12527.

Ramaker, V., Bolier, L., van Engen, M., Morren, K., & Tuithof, M. (2024). *Monitor Mentale Gezondheid en Zwangerschap 2023: Mentale gezondheid van vrouwen vóór, tijdens en na de zwangerschap*. Trimbos-instituut. Geraadpleegd op 8 september 2025, van Monitor Mentale Gezondheid en Zwangerschap 2023 - Trimbos-instituut.

Rao WW, Zhu XM, Zong QQ, Zhang Q, Hall BJ, Ungvari GS, Xiang YT. Prevalence of prenatal and postpartum depression in fathers: A comprehensive meta-analysis of observational surveys. J Affect Disord. 2020 Feb 15;263:491-499. doi: 10.1016/j.jad.2019.10.030. Epub 2019 Oct 28. PMID: 31757623.

Wang Z, Liu J, Shuai H, et al. Mapping global prevalence of depression among postpartum women. Transl Psychiatry. 2021;11(1):543. doi:10.1038/s41398-021-01663-6.

Woody CA, Ferrari AJ, Siskind DJ, Whiteford HA, Harris MG. A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. J Affect Disord. 2017;219:86-92. doi:10.1016/j.jad.2017.05.003.

Deze reader is onderdeel van de kennisquiz Mentaal Gezonde Start. Wil je als zorgverlener meer weten over de feiten en cijfers rondom zwangerschap en mentale gezondheid? Lees dan deze reader en doe de kennisquiz.

Zie www.gezondestart.nl voor meer informatie en ons complete scholingsaanbod.

© 2026, Trimbos-instituut, Utrecht.

