



Post-partumpsychose

Een post-partumpsychose is een ernstige psychiatrische aandoening die doorgaans binnen vier weken na de bevalling ontstaat.¹ Het ziektebeeld kan zich snel en onvoorspelbaar ontwikkelen. Als er niet adequaat behandeld wordt, kunnen risico's ontstaan voor zowel moeder als kind, waaronder in zeldzame gevallen suicide of infanticide. Het is van belang dat alle hulpverleners die te maken hebben met kraamvrouwen kennis hebben van deze aandoening, zodat eerste symptomen worden opgemerkt en behandeling wordt ingezet. Daarnaast is preventieve behandeling aangewezen voor vrouwen die een verhoogd risico hebben op het krijgen van een post-partumpsychose.

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

MIRJAM TIMMERMANS, verpleegkundig specialist GGZ, Erasmus MC Rotterdam

ELINE POELS, psychiater, Erasmus MC, Rotterdam

LEERDOELEN

Na het lezen van dit artikel:

- weet u wat de vroege voorkeken zijn van een post-partumpsychose;
- kent u de risicofactoren voor het ontwikkelen van een post-partumpsychose;
- kent u de belangrijkste aandachtspunten bij de zorgverlening aan vrouwen met een post-partumpsychose;
- kent u de speerpunten in de behandeling van vrouwen met een post-partumpsychose;
- kunt u als verpleegkundig specialist vrouwen met een verhoogd risico op post-partumpsychose voorlichten en verwijzen naar een gespecialiseerd centrum;
- kunt u als verpleegkundig specialist de kennis en betrokkenheid van uw directe collega's vergroten, om adequate zorg te verlenen aan vrouwen met een post-partumpsychose of een verhoogd risico daarop.

TREFWOORDEN

post-partumpsychose, stemmingsstabilisatoren, antipsychotica, moeder-kindrelatie, preventie, zwangerschap, moeder

1 STUDIEPUNT

Een post-partumpsychose wordt ook wel een kraambedpsychose of postnatale psychose genoemd. Letterlijk betekent de term postnataal 'na de geboorte' en verwijst dus naar de neonat. Meer passend en gebruikt in de klinische setting is de term post-partumpsychose, wat 'na de bevalling' betekent. Omdat, behalve de psychotische kenmerken, een onregelde stemming kenmerkend is voor de post-partumpsychose, valt dit ziektebeeld binnen de stem-

gingsstoornissen.² De post-partumpsychose wordt op dit moment geclassificeerd op basis van de symptomen die bij de moeder op de voorgrond staan.

EPIDEMIOLOGIE

Een post-partumpsychose komt na 1-2 van de 1000 bevallingen voor in de algehele bevolking.³ 40% van de vrouwen die lijden aan post-partumpsychose heeft geen voorgeschiedenis van ernstige psychiatrische problematiek. In de overige gevallen blijkt sprake van een terugval van een bestaande psychiatrische aandoening, waarbij een relatie bestaat met een bipolaire stoornis.⁴ Bij vrouwen die eerder een post-partumpsychose doormaakten, of bekend zijn met een bipolaire stoornis, is het risico op post-partumontregeling sterk verhoogd, respectievelijk 31% en 37%.⁵ Onder vrouwen met schizofrenie of een andere stemmings- of psychiatrische stoornis is het risico op opname voor psychotische of ernstige stemmingsepisoden slechts marginaal verhoogd binnen de eerste drie maanden na de bevalling.⁴

KLINISCH BEELD

De eerste symptomen ontstaan vaak in de eerste week post partum. Na enkele symptoomvrije dagen kunnen de volgende symptomen ontstaan:

- slaapstoornissen
- prikkelbaarheid
- stemmingswisselingen.

Het beeld kan zich in korte tijd ontwikkelen en sterk fluctueren, waarbij een vrouw op momenten adequaat



kan overkomen en vervolgens weer verward raakt.² Kenmerkend zijn psychotische symptomen, zoals:

- verwardheid;
- hallucinaties;
- wanen;
- verstoorde realiteitsbeleving.

In sommige gevallen wordt ook desoriëntatie en een wisselend bewustzijn gezien. De psychotische symptomen komen in de meeste gevallen samen voor met een ontregelde stemming. De stemming kan manisch, depressief of een combinatie van beide zijn. De onvoorspelbaarheid maakt het ingewikkeld om een betrouwbare inschatting te maken van de veiligheid van moeder en haar baby. Vanwege de ernst van het ziektebeeld is opname altijd geadviseerd, bij voorkeur op een moeder-baby unit (MBU).⁵

AANDACHTSPUNTEN BIJ DIAGNOSTIEK

Door het fluctuerende beeld kan de ernst van de stoornis bij losstaande beoordelingen vaak onvolgende worden ingeschat. Ga niet uit van bevindingen op basis van een eenmalige beoordeling, houd intensief contact met de vrouw en haar omgeving. Betrek laagdrempelig de huisarts en/of acute dienst.

- Een psychiatrische opname zal in de meeste gevallen noodzakelijk zijn, alwaar verdere diagnostiek kan plaatsvinden:
- Een somatisch onderliggende oorzaak moet worden uitgesloten, door middel van lichamelijk onderzoek en laboratoriumonderzoek gericht op:
 - infecties;
 - eclampsie;
 - elektrolytstoornissen;
 - nier- en leverfalen;
 - de schildklierfunctie (TSH) en autoantistoffen tegen de schildklier (anti-TPO);
 - post-partumthyreoïditis;
 - primaire hypoparathyreoïdie;
 - vitaminedeficiënties (met name vitamines B1 en B12);
 - cerebrovasculaire aandoeningen;
 - bijwerkingen van medicatie;
 - een onttrekkingsbeeld van alcohol of drugs.
- Vraag laagdrempelig de neuroloog in consult als er sprake is van cognitieve of neurologische symptomen. Hierbij dient men bedacht te zijn op de aanwezigheid van een anti-NMDA-receptor encefalitis.⁶ Dit betreft een auto-immuunziekte, waarbij de hersenen ontstoken zijn, doordat afweerstoffen van het eigen lichaam zich tegen het eigen hersenweefsel richten. Screening op NMDA-receptorantistoffen in serum of liquor is dan geïndiceerd.
- Sluit drugsgeïnduceerde psychose uit door anamnese en zo nodig een urinecontrole.

Casus

Een 29-jarige vrouw wordt aangemeld bij de crisisdienst, nadat het thuis op een handgemeen is uitgelopen met haar partner. Ze is een week geleden bevallen van haar eerste kind. Bij het huisbezoek wordt in de woonkamer een verontruste partner aangetroffen. De kraamvrouw is bezig met het ordenen van de keukenkastjes. Alle ramen in huis zijn afgeplakt met vuilniszakken. De vrouw is ervan overtuigd bespioneerd, afgeluisterd en achtervolgd te worden. Via de televisie krijgt zij hierover bericht. De partner van patiënte vertelt dat zijn vrouw na de bevalling enkele dagen nauwelijks heeft geslapen. Zij is in de nachten druk bezig met schoonmaken en het maken van dagschema's. Zijn vrouw geeft borstvoeding en gaat hier volledig in op. Dagelijks hoogt zij het aantal voedingen op. Bij contact met de psychiater is haar houding afwerend, zij kan zich moeilijk concentreren. Haar oriëntatie is gestoord; zij kan niet benoemen welke dag het is en ziet de psychiater aan voor een nicht van haar. Er zijn aanwijzingen voor hallucinaties. Zij richt zich op haar tv, die uitstaat, en neemt een luisterende houding aan. Risico op suïcide of infanticide is moeilijk in te schatten. Hoewel zij erkent dat het niet goed met haar gaat, zij voelt zich erg onveilig en snapt niet wat er allemaal gebeurt, uit zij wisselend motivatie voor hulp. Een opname is noodzakelijk om patiënte veiligheid en behandeling te kunnen bieden. Na uitleg gaat zij emotioneel akkoord met inname van een benzodiazepine en een opname, samen met haar baby. Zij worden dezelfde dag opgenomen op de moeder-baby unit.

ETIOLOGIE

Primipariteit. Na haar eerste bevalling loopt een vrouw het grootste risico op het krijgen van een post-partumpsychose.^{2,7} Indien een vrouw na haar eerste bevalling geen post-partumpsychose kreeg, is het risico na de tweede bevalling aanzienlijk lager.

Aanwijzingen voor een neurobiologische oorzaak. Genetische kwetsbaarheid voor een post-partumpsychose bij vrouwen met een bipolaire stoornis en een familiale voorgeschiedenis voor het krijgen van post-partumpsychosen is consistent bevonden vanuit onderzoeken.⁸ Daarnaast blijkt dat vrouwen die een post-partumpsychose hebben doorgemaakt, vergelijkbare polygene-risicoscores hebben als vrouwen met een bipolaire stoornis.⁹ Een polygene-risicoscore meet de kans die iemand heeft een bepaalde aandoening te krijgen op basis van zijn of haar genetische materiaal. Ook al weten we dat er een genetische kwetsbaarheid is voor een post-partumpsychose, het is nog niet mogelijk vrouwen te informeren over de precieze kans op een post-partumpsychose wanneer zij een familielid met een post-partumpsychose hebben.

Hormonale veranderingen post partum. De hormonen oestrogeen, progesteron en humaan choriongonadotro-

fine (hCG) dalen sterk na de bevalling. De 'borstvoedingshormonen' oxytocine en prolactine stijgen juist. Het is aannemelijk dat vrouwen die een post-partumpsychose krijgen, een hogere gevoeligheid hebben voor deze hormonale veranderingen, maar een directe relatie is niet aangetoond.⁶

Auto-immuunhypothese. Als een ziekte ontstaat in de periode rondom de bevalling, is er vaker een associatie met een verstoorde auto-immuniteit. Zo blijkt dat vrouwen met een post-partumpsychose kort na de bevalling ruim drie keer vaker dan gezonde kraamvrouwen autoantistoffen in het bloed hebben tegen hun eigen schildklier.⁷ Het tegelijkertijd voorkomen van een post-partumpsychose en een auto-immuunschildklierziekte wijst mogelijk op een gemeenschappelijke afwijking in het maternale immuunsysteem. Ongeveer de helft van de vrouwen met een post-partumpsychose vertoont aanwijzingen voor verstoorde immuniteit zoals een lager aantal T-cellen en een hogere expressie van immuungerelateerde genen bij monocyten in de post-partumperiode vergeleken met gezondere vrouwen.¹⁰

Complicaties tijdens de bevalling tonen geen verband met post-partumpsychose bij vrouwen met een blanco psychiatrische voorgeschiedenis, maar wel bij vrouwen met een bipolaire stoornis in de voorgeschiedenis.^{11,12}

BELOOP

Met een adequate behandeling bereiken bijna alle vrouwen met post-partumpsychose volledige remissie. Bij behandeling door middel van opname op de MBU van het Erasmus MC bleek de mediane tijd tot klinische remissie 40 dagen te zijn.¹³ Bijna driekwart van de vrouwen met een post-partumpsychose ervaart na negen maanden geen of minimale beperkingen meer in het dagelijks functioneren.¹⁴

Voor sommige vrouwen is de eerste post-partumpsychose echter het begin van een levenslange stemmingsstoornis, voornamelijk binnen het bipolaire spectrum. Bij een meta-analyse, waarin bij 645 patiënten terugval op lange termijn (11-26 jaar) werd onderzocht, bleken in ruim 40% geen ernstig psychiatrische episoden buiten de post-partumperiode te hebben plaatsgevonden. Hun kwetsbaarheid is volledig beperkt tot de post-partumperiode.¹⁵

Hoewel er een verband bestaat tussen post-partumpsychose en bipolaire stoornis, heeft onderzoek nog geen kenmerken of indicatoren kunnen ontrafelen die kunnen voorspellen welke vrouwen na een post-partumpsychose een bipolaire stoornis ontwikkelen en welke niet.¹⁶

BEGELEIDING/BEHANDELING

De belangrijkste pijlers in de behandeling van post-partumpsychose zijn

- medicatie;
- structuur;
- optimaliseren van de moeder-kindinteractie;
- aandacht voor partner en familie.

Door de ernst van dit ziektebeeld is een opname vrijwel altijd noodzakelijk, bij voorkeur op een moeder-baby unit. Onderliggende somatische oorzaken dienen zo snel mogelijk te worden uitgesloten.

Medicamenteuze behandeling kan worden uitgevoerd volgens het stroomschema 'Behandeling manische episode' (richtlijn *Bipolaire stoornissen*),¹⁷ gezien de relatie tussen de post-partumpsychose en de bipolaire stoornis.

In het Erasmus MC wordt op de MBU het volgende algoritme voor medicatie gevolgd.¹³

Stap 1: benzodiazepines (tot 3 dagen);

Stap 2: benzodiazepines + antipsychoticum (tot 2 weken);

Stap 3: benzodiazepines + antipsychoticum + lithium;

Stap 4: elektroconvulsie therapie (ECT).

Uit onderzoek is gebleken dat dit behandelalgoritme effectief is, stap 4 (ECT) is nauwelijks noodzakelijk om remissie te bereiken.¹³

Bij opname dient structuur te worden geboden aan de vrouw, door middel van een rust- en activiteiten-schema. De activiteiten zijn vooral gericht op de zorg voor de baby en het optimaliseren van de moeder-kindinteractie. Nachtrust zal worden geoptimaliseerd, waarbij nachtvoedingen worden overgenomen

door het verpleegkundig personeel. Het ouderschap, de moeder-kindinteractie en de partnerrelatie zijn punten van aandacht in de behandeling. Benzodiazepines en antipsychotica kunnen direct na de acute fase worden afgebouwd. Voor lithium geldt het advies deze tot negen maanden post partum te gebruiken en hierna geleidelijk af te bouwen.⁶

Borstvoeding

De noodzaak voor een psychiatrische opname en medicamenteuze behandeling kan ertoe leiden dat borstvoeding ontraden wordt of zal moeten worden gestaakt. De noodzakelijk voorgeschreven psychofarmaca worden uitgescheiden in de moedermelk en kunnen negatieve effecten hebben op de gezondheid van de baby. Bij staken van de borstvoeding wordt ontraden de moeder dopamineagonisten voor te schrijven om de melkproductie af te remmen, omdat deze psychotische verschijnselen kunnen teweegbrengen.³

Moeder-kindinteractie

De post-partumpsychose kan de relatie tussen moeder en baby verstoren. Door de ernst en onvoorspelbaarheid van de aandoening kunnen er gevaarlijke situaties ontstaan voor de baby. Wanen en hallucinaties kunnen de uitvoering van de zorg op negatieve wijze beïnvloeden. Daarnaast spelen gedesorganiseerd gedrag, verminderde concentratie en stemmingswisselingen een rol. Problemen in de interactie kunnen zich uiten door bijvoorbeeld het missen of inadequaat interpreteren van signalen die de baby afgeeft. In de meest ernstige situatie kan de vrouw het realiteitsbesef volkomen verliezen, waarbij vanuit psychotische belevingen het risico op infanticide ontstaat.



DO'S EN DON'TS

DO'S

- Verwijs zwangere vrouwen met een verhoogd risico op post-partumpsychose naar een POP-poli (Psychiatrie, Obstetrie en Pediatrie) of centrum voor zwangerschapspsychiatrie.
- Wanneer er een indicatie is voor opname, gaat de voorkeur uit naar een gespecialiseerde psychiatrische moeder-baby unit.
- Wees eerlijk in alle stappen die u zet als hulpverlener, zoals met wie u contact hebt opgenomen. Vrouwen met een post-partumpsychose kunnen achterdocht en wantrouwen ervaren.
- Vrouwen met een post-partumpsychose kunnen veel angst ervaren, zo ook de angst dat hun baby zal worden afgenomen. Stel patiënte gerust. Probeer rust en veiligheid uit te stralen.
- Geef de vrouw waar mogelijk regie en controle, sta naast haar.
- Bied informatie stapsgewijs aan en controleer regelmatig of ze alles begrijpt.
- Communiceer duidelijk en ondubbelzinnig.
- Houd oog voor de partner en neem diens zorgen serieus.
- Reduceer externe prikkels zoals televisie en radio.

DON'TS

- Uitgaan van informatie verkregen vanuit eenmalige beoordeling van de vrouw. Door het wisselende en onvoorspelbare beloop kan de veiligheid verkeerd worden ingeschat.
- Gedachten van de patiënte tegenspreken of proberen ze te veranderen. Iemand die een post-partumpsychose doormaakt heeft haar gedrag, gedachten en gevoelens niet onder controle.
- Veiligheid uit het oog verliezen of verkeerd inschatten. Vrouwen zijn door hun psychotische toestandsbeeld verhoogd afleidbaar, wat gevaarlijke situaties kan opleveren.
- Vrouwen onverwacht aanraken, ook vanuit troost.
- Te veel informatie tegelijk geven.
- Aannames doen over wat 'normaal' is als het gaat om ouderschap. Post-partumpsychose kan verschillende aspecten van de ouder-kindrelatie beïnvloeden. Het is belangrijk flexibel en individuericht te zijn.

Hoewel bij de post-partumpsychose de moeder-kind-interactie acuut en ernstig verstoord kan zijn, is de prognose hiervan goed. Adequate behandeling van de stoornis loopt parallel aan het herstel van de moeder-kindinteractie. Bij een post-partumpsychose is er niet per definitie een indicatie voor een VeiligThuis-melding, aangezien de prognose voor herstel positief is.

De prevalentie van verminderde moeder-kindbinding bij ontslag van vrouwen met een diagnose van post-partumpsychose kan als gelijk worden beschouwd aan die van de algemene bevolking.¹⁸

Aandacht voor partner

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

Dit omvat:

- psycho-educatie voor de partner;
- betrekken van de partner bij de behandeling van moeder;
- aandacht voor de partnerrelatie;
- versterking van de ouder-kindrelatie;
- het monitoren van het mentaal welzijn van de partner.

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

PREVENTIE

Vrouwen met een bipolaire stoornis of eerdere post-partumpsychose moeten worden verwezen naar een POP-poli vanwege het verhoogde risico op het ontwikkelen van een post-partumpsychose. Op deze gespecialiseerde poliklinieken werken psychiatrie, obstetrie, pediatrie en vaak ook de psychosociale zorg multidisciplinair samen.

Samen met de patiënt kan een multidisciplinair en preventief behandelplan worden opgesteld en uitgevoerd. Een overzicht van behandelcentra in Nederland is te vinden op de website van het Landelijk Kenniscentrum Psychiatrie en Zwangerschap (www.lkpz.nl).

In het Erasmus MC worden vrouwen met een hoog risico behandeld in een speciaal programma dat gericht is op het voorkómen van post-partumpsychose.¹⁸ Medicatie is onderdeel van de preventieve behandeling. De keuze voor psychofarmaca en het moment van starten zijn afhankelijk van de reeds gestelde diagnose.

Vrouwen met alleen een post-partumpsychose in de voorgeschiedenis

Geen indicatie voor medicatie tijdens de zwangerschap. We raden aan om bij deze vrouwen direct na de bevalling te beginnen met preventieve behandeling. Bij preventie van post-partumpsychose is lithium het middel van eerste keuze. Er is weinig onderzoek gedaan naar andere medicijnen, maar antipsychotica zijn mogelijk ook effectief. Het is van groot belang lithium snel post partum op therapeutische niveaus te

brengen (bloedspiegel 0,8-1,0 mmol/L), aangezien het risico op terugval direct na de bevalling hoog is.

Vrouwen met een bipolaire stoornis

Medicatie wordt vaak tijdens de zwangerschap voortgezet en na de bevalling mogelijk verhoogd. Hierbij is het van belang dat het risico op ontregeling van de moeder wordt afgewogen tegen het risico van mogelijk nadelige gevolgen voor het ongeboren kind. Indien lithium gebruikt wordt tijdens de zwangerschap, moeten lithiumspiegel en nierfunctie regelmatig gecontroleerd worden. Streef tijdens de zwangerschap naar een laagtherapeutische spiegel (0,5-0,7 mmol/L), en post partum naar een hoog therapeutische spiegel (0,8-1,0 mmol/L). Vanwege het hoge risico op ontregeling post partum en de zorgvuldige afweging en frequente controles bij medicatiegebruik, wordt aangeraden zwangere vrouwen met een bipolaire stoornis te begeleiden op een POP-poli of centrum voor zwangerschapspychiatrie.

De gemaakte afspraken kunnen op een gestructureerde wijze worden vastgelegd in een behandelplan voor de preventie van post-partumpsychose.³ In dit preventieve behandelplan worden samen met patiënte alle multidisciplinaire behandelafspraken vastgelegd. Denk hierbij aan medicatiedoseringen, afspraken over observaties van de baby vanuit de neonatologie, het klinisch kraambed, het betrekken van het steunsysteem en een signaleringsplan. Zo wordt relevante informatie duidelijke

ROL VERPLEEGKUNDIG SPECIALIST

Verpleegkundig specialisten spelen een cruciale rol bij het herkennen, diagnosticeren en behandelen van een post-partumpsychose. Ze moeten zich bewust zijn van de specifieke uitdagingen in de post-partumperiode.

De verpleegkundig specialist kan onder andere:

- screenen op symptomen en risicofactoren van post-partumpsychose;
- toeleiden naar adequate behandeling:
 - preventief: verwijzing naar de POP-poli;
 - bij het ontstaan van een post-partumpsychose: crisisdienst en hoogstwaarschijnlijk opname op de MBU;
- psycho-educatie geven aan vrouwen en hun familie;
- medicamenteuze behandeling toepassen;
- partners betrekken bij de zorg;
- samenwerken met andere zorgverleners voor een holistische aanpak;
- toezicht houden op de veiligheid van de vrouw en haar baby;
- zorg dragen voor een adequaat (ambulant) nazorg-traject binnen de GGZ;
- de huisarts betrekken als eerste aanspreekpunt voor het gezin, met duidelijke instructies wat te doen in elke fase, en het stimuleren van contact tussen gezin en huisarts.

lijk en gemakkelijk toegankelijk voor alle betrokkenen. Dit draagt bij aan effectief zelfmanagement en preventie voor de aanstaande moeder. ■

LITERATUUR

1. Munk-Olsen T, Munk Laursen T, Pederson CB, et al. New parents and mental disorders: a population-based register study. *JAMA*. 2006 Dec 6;296(21):2582-9.
2. Kamperman AM, Veldman-Hoek MJ, Wesseloo R, et al. Phenotypical characteristics of postpartum psychosis: A clinical cohort study. *Bipolar Disord*. 2017 Sep;19(6):450-7.
3. Lambregtse-van den Berg M, Kamp I van, Wennink H (red). *Handboek psychiatrie en zwangerschap*. Tweede, herziene druk. Amsterdam: Boom; 2024.
4. Perry A, Gordon-Smith K, Jones L, et al. Phenomenology, Epidemiology and Aetiology of Postpartum Psychosis: A Review. *Brain Sci*. 2021 Jan 4;11(1):47.
5. Wesseloo R, Kamperman AM, Munk-Olsen T, et al. Risk of Postpartum Relapse in Bipolar Disorder and Postpartum Psychosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Psychiatry* 2016 Feb 1;173(2):117-27.
6. Bergink V, Rasgon N, Wisner KL. Postpartum Psychosis: Madness, Mania, and Melancholia in Motherhood. *Am J Psychiatry* 2016 Dec 1;173(12):1179-88.
7. Bergink V, Lambregtse-van den Berg MP, Koorengel KM, et al. First-onset psychosis occurring in the postpartum period: a prospective cohort study. *J Clin Psychiatry* 2011 Nov;72(11):1531-7.
8. Jones I, Lendon C, Coyle N, et al. Molecular genetic approaches to puerperal psychosis. *Prog Brain Res*. 2001;133:321-31.
9. Di Florio A, Mei Kay Yang J, Crawford K, et al. Post-partum psychosis and its association with bipolar disorder in the UK: a case-control study using polygenic risk scores. *Lancet Psychiatry* 2021 Dec;8(12):1045-52.
10. Bergink V, Burgerhout KM, Weigelt K, et al. Immune system dysregulation in first-onset postpartum psychosis. *Biol Psychiatry* 2013 May 15;73(10):1000-7.
11. Robertson Blackmore E, Jones I, Doshi M, et al. Obstetric variables associated with bipolar affective puerperal psychosis. *Br J Psychiatry* 2006 Jan;188:32-6.
12. Valdimarsdottir U, Hultman CM, Harlow B, et al. Psychotic illness in first-time mothers with no previous psychiatric hospitalizations: a population-based study. *PLoS Med*. 2009 Feb 10;6(2):e13.
13. Bergink V, Burgerhout KM, Koorengel KM, et al. Treatment of psychosis and mania in the postpartum period. *Am J Psychiatry* 2015 Feb 1;172(2):115-23.
14. Burgerhout KM, Kamperman AM, Roza SJ, et al. Functional Recovery After Postpartum Psychosis: A Prospective Longitudinal Study. *J Clin Psychiatry* 2017 Jan;78(1):122-8.

Overige literatuur vindt u op www.nurseacademyggz.nl.