

informatie
voor mensen
met een manisch-
depressieve stoornis,
hun partners
en andere
betrokkenen.

Kinderwens



Kinderwens

Informatie voor mensen met een manisch-depressieve
stoornis, hun partners en andere betrokkenen



Inleiding

Deze folder is bedoeld voor vrouwen met een manisch-depressieve stoornis (MDS), ook wel bipolaire stoornis genoemd, die de wens hebben een kind of kinderen te krijgen.

Deze folder is ook belangrijk voor de toekomstige vader en andere direct betrokkenen zoals familieleden, vrienden en de betrokken hulpverleners.

De keuze om wel of niet zwanger te worden kan uw behandelaar niet voor u maken. Die keuze is aan u en uw partner. Uw behandelaar kan wel met u de voor- en nadelen afwegen, de risico's inschatten en u helpen om een noodplan op te stellen voor de periode voor, tijdens en na de zwangerschap. Daarin wordt o.a. opgenomen in welke gevallen uw medicatie dient te worden aangepast.





Bij mannen die MDS hebben en vader willen worden zijn er weliswaar geen lichamelijke veranderingen, maar ook voor mannen met MDS is het belangrijk in overweging te nemen dat de komst van een kind invloed heeft op hun levensritme.

Als de vader een bipolaire stoornis heeft, is dat van belang in verband met erfelijkheid.

Of het gebruik van medicijnen door de toekomstige vader effect heeft op de kwaliteit van het zaad en op het te verwekken kind, is nog grotendeels onbekend.

Raadpleeg uw behandelaar indien u nu of in de toekomst overweegt zwanger te worden. Deze kan u ondersteunen bij de voorbereiding en het verloop van uw zwangerschap.



Erfelijkheid van MDS

Hoewel er zeker sprake is van erfelijke factoren bij het ontstaan van MDS, is de wijze van overerving nog niet vastgesteld.

Bij familieleden van iemand met deze stoornis komen stemmingsstoornissen (depressies en manisch-depressieve stoornissen) vaker voor dan bij familieleden van mensen zonder MDS.

Ook tweelingstudies laten zien dat er erfelijke factoren in het spel zijn.

Bij eeneiige tweelingen, die hetzelfde erfelijke materiaal hebben, komt deze ziekte vaker voor bij beide helften van de tweeling, dan bij twee-eiige tweelingen.

Grofweg kan men stellen dat kinderen die een vader of moeder hebben met MDS, een tienmaal zo grote kans hebben om deze stoornis te ontwikkelen dan normaal (10% tegenover 1%). Er is zeker een verhoogd risico (ongeveer 10%) dat het kind van een ouder met MDS deze stoornis krijgt.

Wanneer beide ouders deze ziekte hebben is dit risico nog groter.

Een kind van een ouder met MDS heeft ook een verhoogd risico op een depressieve stoornis. Dit risico is ongeveer 10%, twee keer zo groot als normaal bij kinderen van ouders zonder MDS.

Het is niet mogelijk om voor de geboorte onderzoek te doen om vast te stellen of het kind aanleg heeft voor het krijgen van MDS. Wel kan een klinisch geneticus (een specialist op het gebied van erfelijkheid) worden ingeschakeld om de kans op overerving in een familie zo goed mogelijk in te schatten.

Via uw huisarts, psychiater of gynaecoloog kunt u een verwijzing krijgen voor de afdeling Klinische Genetica van een academisch ziekenhuis in uw regio.

Prenatale diagnostiek

Er zijn tegenwoordig mogelijkheden om bepaalde afwijkingen tijdens de zwangerschap op te sporen. Wanneer u medicatie gebruikt tijdens de zwangerschap, kunt u overwegen om hiervan gebruik te maken.

Het is verstandig om vooraf met uw partner goed te bespreken wat u doet als er afwijkingen worden gevonden. In sommige gevallen kan het betekenen dat u uzelf de vraag dient te stellen of u de zwangerschap laat afbreken.

Anticonceptie

Indien u medicatie gebruikt en zwanger wilt worden, stop dan nooit zomaar met anticonceptie. Overleg eerst met uw psychiater en huisarts. Gebruik een betrouwbaar voorbehoedmiddel om een ongewenste zwangerschap te voorkomen.

- Lithium (Priadel/ Camcolit) en valproaat/valproïnezuur (Depakine) hebben geen invloed op de anticonceptiepil.
- De betrouwbaarheid van de pil wordt door carbamazepine (Tegretol), oxcarbazepine (Trileptal), topiramaat (een hogere dosering Topamax) en lamotrigine (Lamictal) wel verminderd. Wanneer u een van deze medicijnen gebruikt is een zwaardere anticonceptiepil of een andere vorm van anticonceptie nodig.
- Antipsychotica en antidepressiva hebben geen invloed op de pil.
- Sint Janskruid maakt de pil wel minder betrouwbaar.





Foliumzuur

Iedere vrouw wordt aangeraden, indien ze zwanger wil worden, 0,5 mg foliumzuur te gebruiken gedurende 1-2 maanden voor tot 3-4 maanden na de bevruchting om de kans op een spina bifida (open ruggetje) te verkleinen. Dit geldt ook voor vrouwen die psychiatrische medicatie gebruiken. Dagelijks 1 tablet van 0,5 mg is voldoende. Deze foliumzuurtabletten zijn zonder recept verkrijgbaar bij de drogist of apotheek.

Voor- en nadelen van het gebruik van een stemmingsstabilisator (en andere medicijnen) tijdens de zwangerschap.

Wanneer u de keuze hebt gemaakt om zwanger te worden, zijn er wat betreft uw medicatie twee mogelijkheden te overwegen:

- **Tijdelijk stoppen met de stemmingsstabilisator.**

Er is dan een (grote) kans op terugval, waarbij mogelijk andere medicijnen gebruikt dienen te worden, zoals antipsychotica (tegen de manie en/of psychose), antidepressiva (tegen de depressie) en/of benzodiazepinen (om te slapen en rustiger te worden).

- **Doorgaan met de stemmingsstabilisator in een (zo mogelijk) lagere dosering.**

Er moet dan bij gebruik van Lithium een ander preparaat geslikt worden, nl. Litarex in plaats van Priadel of Camcolit. Litarex* is een middel met vertraagde afgifte. Wanneer dit medicijn ook nog verdeeld over de dag ingenomen wordt, zullen er minder hoge pieken in de bloedspiegel ontstaan. Op deze manier blijven de risico's voor moeder en kind zo klein mogelijk. Bovenstaande geldt ook voor Tegretol (omzetten in Tegretol CR Divitab) en voor Depakine (omzetten in Depakine Chrono).





Vanaf pagina 12 kunt u lezen over de voor- en nadelen van het gebruik van de verschillende stemmingsstabilisatoren en andere medicijnen tijdens de zwangerschap.

Het voordeel van het doorgebruiken van een stemmingsstabilisator tijdens de zwangerschap en na de bevalling, is dat de kans op een manie en/of depressie of een kraambedpsychose, sterk verminderd wordt.

Het nadeel is dat medicijngebruik in de eerste drie maanden tijdens de zwangerschap aangeboren afwijkingen kan veroorzaken bij het ongeboren kind.

Voor de meeste geneesmiddelen geldt dat ze, indien mogelijk, tijdens de zwangerschap vermeden dienen te worden.

Het noodplan

Het is goed om van tevoren te bespreken welke stappen u kunt nemen als uw zwangerschap niet verloopt zoals u zou wensen.

Er kunnen zich bij het stoppen van de medicijnen en ook bij het blijven gebruiken van de medicijnen klachten van depressieve of hypomane/manische aard voordoen, zowel tijdens de zwangerschap als na de bevalling.

In het noodplan kunt u opnemen welke stappen u dient te ondernemen om erger te voorkomen, zoals bijvoorbeeld slaapmedicatie, het inschakelen van psychiatrische thuiszorg of gezinszorg, het vaker een bezoek brengen aan de sociaal psychiatrisch verpleegkundige of de psychiater. Ook kan psychotherapie in het noodplan opgenomen worden.





Bij een ernstige depressie of manie tijdens de zwangerschap kan zelfs aan elektroconvulsieve therapie (ECT) gedacht worden. ECT is redelijk veilig voor het kind.

In het noodplan staat ook vermeld wie van de hulpverleners waar te bereiken is.

Het is belangrijk dat er een goede communicatie is tussen de psychiater en de gynaecoloog over de consequenties van het gebruik van een stemmingsstabilisator, tijdens de zwangerschap en rond de bevalling.

Een voorbeeld van een noodplan vindt u op pagina 22 en 23 in deze brochure. Een noodplan is natuurlijk voor iedere vrouw anders.



Praktische stappen bij MDS en kinderwens

Het is aan te raden tenminste 1 à 2 jaar 'stabiel' te zijn alvorens zwanger te worden.

- 1** Voordat u de beslissing neemt om zwanger te willen worden, moet u zich laten informeren over de manisch-depressieve stoornis zelf, de behandeling ervan en het gebruik van lithium en/of andere stemmingsstabilisatoren tijdens de zwangerschap.
- 2** U neemt in overleg met uw behandelend psychiater eventueel al contact op met een gynaecoloog voor u zwanger wordt en bespreekt daar alvast de prenatale diagnostiek.
- 3** U beslist samen met uw partner of u wel of niet de medicatie doorgebruikt tijdens de zwangerschap. Als u wilt stoppen, moet u met uw psychiater overleggen, wanneer u stopt en op welk tijdstip u weer begint. U moet het middel niet acuut staken maar afbouwen.
Wanneer u doorgaat met medicatiegebruik, moet u overschakelen op een preparaat met vertraagde afgifte en dit verdelen over de dag (3 à 4 keer gedoseerd de medicijnen: Lithium: Litarex; carbamazepine: Tegretol CR Divitab of valproaat: Depakine Chrono) voordat u de anticonceptie staakt.
- 4** Met de behandelend psychiater wordt een behandelplan en noodplan opgesteld voor de periode tijdens de zwangerschap en de periode na de bevalling. De partner wordt hier intensief bij betrokken.





- 5 Bij zwangerschap neemt u contact op met de gynaecoloog en u bespreekt de mogelijkheid van prenataal onderzoek. En eventueel abortus als dat nodig mocht zijn.
- 6 Indien mogelijk, dat wil zeggen als de stemming stabiel is, kan de medicatie in overleg met de psychiater enkele weken voor de bevalling voorzichtig geminderd worden.
- 7 In overleg met de gynaecoloog en de psychiater gaat u door met lithium tot aan de bevalling, liefst in een zo laag mogelijke dosering aan het eind van de zwangerschap. Maar niet te laag, omdat dan de kans op terugval te groot wordt. Tegretol, Depakine en Lamictal worden doorgebruikt.
- 8 Na de bevalling wordt het kind onderzocht door de kinderarts. De lithiumspiegel en schildklierfunctie van het kind kunnen worden bepaald uit het navelstrengbloed.
- 9 Zo snel mogelijk na de bevalling moet u weer uw oude medicijnen gaan slikken in dezelfde dosering als voor de zwangerschap. Zo nodig in een hogere dosering of in combinatie met andere medicijnen om een terugval te voorkomen. Adviezen met betrekking tot het geven van borstvoeding vindt u op pagina 15 en 17.

Tot slot:

Uw behandelaar(s) kan (kunnen) indien nodig en/of gewenst contact opnemen met de VMDB of de Lithiumpluswerkgroep, die een lijst hebben van psychiaters die deskundig zijn op dit gebied.



Het gebruik van medicijnen tijdens de zwangerschap

Lithium

De kans op aangeboren afwijkingen is ongeveer 3 tot 6 %. Dit risico kan worden verhoogd door sommige medicijnen.

Aanvankelijk dacht men dat lithium een grote kans gaf op afwijkingen, met name hartafwijkingen. De laatste jaren, waarin men op lagere lithiumdoseringen is overgegaan, lijkt de kans op afwijkingen bij het kind niet echt veel groter dan gemiddeld.


Er is wel een kans op het krijgen van een bepaalde hartafwijking, de zogenaamde Ebsteinanomalie. Deze kans is bij lithiumgebruik verhoogd en wel 1-2 op de 1000 in plaats van in de gezonde bevolking; 1 op de 20.000, een 10 tot 20 keer verhoogde kans.

Er kan tussen de 18 en 20e week een speciale echo gemaakt worden waarbij met name naar eventuele hartafwijkingen wordt gekeken.

Een ander risico van lithiumgebruik is dat bij het kind na de geboorte nadelige of zelfs vergiftigingsverschijnselen kunnen bestaan. Daarom moet het kind meteen na de geboorte onderzocht worden door een kinderarts en na de geboorte een aantal dagen goed in de gaten gehouden worden.

Ook moet de lithiumspiegel tijdens de zwangerschap vaker gecontroleerd worden. Er treden namelijk gedurende de zwangerschap en tijdens de bevalling aanzienlijke wijzigingen van de vochthuishouding en het lichaamsvolume op, waardoor de lithiumspiegel sterk kan veranderen. Het kan zijn dat de spiegel





stijgt en dan moet de dosering verminderd worden. Dit is de reden dat in de laatste maand de lithiumspiegel vaak wekelijks gecontroleerd moet worden. Enkele weken voor de uitgerekende datum moet gekeken worden of de dosering nog verlaagd kan worden.

Bij het begin van de bevalling, dus de start van de weeën, mag geen lithium meer genomen worden.

De bevalling moet plaatsvinden in het ziekenhuis. Na de bevalling moet meteen weer met de dosering lithium van voor de zwangerschap gestart worden, omdat in deze periode de kans op een terugval een stuk groter is. Liever een iets hogere spiegel met meer bescherming, dan een iets lagere met meer kans op terugval in deze kwetsbare periode. De stemming moet na de bevalling dus goed in de gaten worden gehouden.

Het wordt sterk afgeraden om borstvoeding te geven bij lithiumgebruik (zie verderop).

Andere stemmingsstabilisatoren

Andere middelen die de stemming stabiel houden zoals Tegretol en Depakine geven meer kans op aangeboren afwijkingen dan gemiddeld, met name op spina bifida (open ruggetje); bij Tegretol 1-2 % en bij Depakine zelfs tot 10%. Er kan middels een vruchtwaterpunctie tijdens de zwangerschap gekeken worden of deze afwijking aanwezig is.

Het is nog niet duidelijk of Lamictal de kans op aangeboren afwijkingen verhoogt.

Indien één van deze middelen met goed resultaat wordt gebruikt ter preventie van nieuwe ziekte-episoden, moeten (evenals bij het gebruik van lithium) voor- en nadelen van het gebruik tijdens zwangerschap afgewogen worden.





De spiegels van Tegretol en Depakine kunnen veranderen tijdens de zwangerschap. Deze dienen dus vaker gecontroleerd te worden en de dosering van de medicatie moet dan eventueel aangepast worden.

Indien rond de bevalling deze medicijnen doorgebruikt worden, kunnen er bij de baby na de geboorte onttrekkingsverschijnselen (tot zelfs epileptische aanvallen) optreden. Borstvoeding kan dit mogelijk voorkomen, omdat er kleine hoeveelheden van het middel via de moedermelk door het kind worden opgenomen en de onttrekking daardoor geleidelijker verloopt. (Zie ook pagina 17, borstvoeding.)

Antidepressiva

Van een aantal oudere (tricyclische) antidepressiva lijken er geen speciale problemen te verwachten tijdens gebruik in de zwangerschap. De meeste ervaring is opgedaan met amitriptyline (Tryptizol), nortriptyline (Nortrilen) en clomipramine (Anafranil). Bij deze middelen kan ook de bloedspiegel bepaald worden en met het klinisch beeld richting geven aan het aanpassen van de dosering.

De moderne antidepressiva zoals fluoxetine (Prozac) en sertraline (Zoloft) lijken redelijk veilig voor het kind tijdens de zwangerschap. Bij beide groepen middelen (de oude en de nieuwe) kunnen onttrekkingsverschijnselen optreden bij het kind, met name bij clomipramine (Anafranil) (zelfs epileptische insulten) en paroxetine (Seroxat) kan dit heftig zijn.

Met de nog nieuwere middelen (als mirtazapine (Remeron) en venlafaxine (Efexor) is nog onvoldoende ervaring opgedaan om een uitspraak te kunnen doen.

Antipsychotica

Wat betreft de antipsychotica wordt aangeraden indien nodig haloperidol (Haldol) te gebruiken tijdens de zwangerschap, in lage dosering. Dit middel is oud en vertrouwd en heeft nooit echt grote problemen laten zien. Er is de nodige ervaring mee opgedaan.

Er komen steeds meer gegevens over de moderne (atypische) antipsychotica, maar de aantallen zijn nog te klein om een duidelijke uitspraak te doen over de veiligheid ervan voor het ongeboren kind.





Benzodiazepinen

Benzodiazepinen (kalmerende en slaapmiddelen) zoals lorazepam (Temesta), oxazepam (Seresta) en temazepam (Normison) lijken in lage dosering en vanwege de korte halfwaardetijd ook niet echt veel kwaad te doen. Maar net als voor alle medicijnen geldt ook hier: niets is veilig.

Het is een kwestie van afwegen; niet slapen, angst en spanning is ook niet goed voor de moeder en het ongeboren kind.

Over andere benzodiazepinen en andere kalmerende of slaappillen is minder bekend dus geen uitspraak te doen.

Gebruik van benzodiazepinen rond de bevalling kan leiden tot complicaties bij het kind. De kans op een te slaperige baby is te verkleinen door middelen te gebruiken die een korte halfwaardetijd hebben en dus korte tijd werken. Deze middelen zijn lorazepam (Temesta), oxazepam (Seresta) en temazepam (Normison).

Het opdoen van ervaring is belangrijk en het melden van zwangerschappen terwijl men medicijnen gebruikt, is dus van belang voor de toekomstige zwangere met een depressie of MDS. Uw behandelaar heeft meestal genoeg kennis van zaken om u adequaat te begeleiden.





Zelfmedicatie

Zelfmedicatie is het gebruik van medicijnen en middelen die niet door een arts zijn voorgeschreven.

Bij kinderwens en tijdens de zwangerschap is zorgvuldigheid geboden. Zo kunnen bijvoorbeeld bepaalde huidcrèmes een schadelijke dosis vitamine A bevatten.

Gebruik daarom alleen preparaten die voorgeschreven zijn, en geef te kennen dat u graag zwanger wilt worden of zwanger bent. Dit is van belang omdat sommige stoffen al vroeg in de zwangerschap invloed hebben op de ontwikkeling van uw kind.

Borstvoeding

Bij vrouwen die borstvoeding geven, komt -als zij lithium slikken- lithium in de moedermelk terecht en het kind krijgt daardoor dus ook een lithiumspiegel, gemiddeld een kwart van de lithiumspiegel van de moeder. Het risico bestaat dat de pasgeboren baby, ondanks lage lithiumspiegels in de moedermelk, toch een lithiumvergiftiging krijgt.

De vochtinname van de baby is, met name de eerste levensperiode, nog te wisselend.

De mogelijkheid van de baby om lithium uit te scheiden is nog beperkt.

Borstvoeding wordt daarom over het algemeen nog steeds afgeraden. De productie van borstvoeding mag niet met medicijnen onderdrukt worden,





daar u van deze middelen, o.a. bromocriptine (Parlodel), manisch (psychotisch) kunt worden.

De werking van nieuwere middelen die hiervoor gebruikt worden, is nog niet bekend.

Bij Tegretol en Depakine lijkt borstvoeding veilig. Het voorkomt zelfs onthoudingsverschijnselen bij het kind (zie pagina 15).

Over Lamictal is nog te weinig bekend om een uitspraak te doen.

Als het kind geen borstvoeding krijgt, maar wel tijdens de zwangerschap Tegretol of Depakine of Lamictal heeft binnen gekregen, is er kans op ontwenningverschijnselen bij het kind.

Voor de overige medicijnen geldt, dat er terughoudendheid is bij het geven van borstvoeding. Echter op grond van de literatuur, wordt borstvoeding bij antidepressiva en antipsychotica niet meer absoluut afgeraden.

Naarmate de baby ouder is, is de kans op directe invloeden op de baby kleiner en kan dus eerder besloten worden om toch maar een dergelijk middel (in niet te hoge doseringen) voor te schrijven aan de moeder.

Flesvoeding heeft het voordeel dat ook de vader (of een ander) de voeding kan geven als de moeder slaapt.

Rust en regelmaat, niet te veel stress en voldoende slaap zijn belangrijk; zeker in de periode na de bevalling. Daarnaast is natuurlijk de steun van een ieder in deze periode van belang.



Geraadpleegde literatuur en andere bronnen

Knoppert-van der Klein, E., Kölling P., Sleeboom-van Raaij I. en Van Vliet I. (redactie)

Behandelingsstrategieën bij vrouwen in de psychiatrie.

in de reeks Cure & Care development verschenen bij Bohn Stafleu van Loghum, Houten/Diegem 2002

Mijnlieff, M.W.J. (2003). *De beleving van jonge kinderen (8-12 jaar) van de bipolaire stoornis van hun ouder*: Universiteit van Amsterdam, doctoraalscriptie Orthopedagogiek, te vinden op:

<http://members.lycos.nl/bipolairestoornis/>

Tv-uitzending van Barend en Witteman, 21 april 1999,
Mds hebben en toch kinderen

Het VMDB forum MDS en ouderschap,
te vinden op:

http://health.groups.yahoo.com/group/MDS_en_ouderschap/

Themasite *De gezonde baby* van het College voor Zorgverzekeringen,
te vinden op:

<http://www.gezondebaby.nl>



Deze folder is een actuele versie van de folder uit 1997.
Bernadette Wigchert heeft de informatie met behulp een aantal moeders met MDS en met Elise Knoppert – van der Klein en een aantal andere ter zake deskundige psychiaters geactualiseerd.

Ing. Bernadette Wigchert is lid van de VMDB en ex-redactielid van de website van de lithiumplus-werkgroep. Zij volgde een opleiding tot doktersassistente en vervolgens tot informatiedeskundige in de gezondheidszorg. Zij is momenteel werkzaam in de bibliotheek van het College voor Zorgverzekeringen en daar gedetacheerd door Pantar Amsterdam.

Dr. Elise Knoppert – van der Klein is psychiater bij GGZ Rijnstreek (onderdeel van Rivierduinen) en heeft een speciale belangstelling voor bipolaire stoornissen en zwangerschap en psychiatrie.

Heeft u opmerkingen over deze folder, dan kunt u deze doorgeven aan de VMDB.

Adressen

Vereniging voor manisch depressieven en betrokkenen (VMDB)

Kaap Hoordreef 56-C
3563 AV Utrecht
Telefoon 030-280 30 30 (op werkdagen
bereikbaar van 10.00 tot 14.00 uur)
E-mail: vmdb@nsmd.nl
Lotgenotenlijn: 0900-512 34 56
<http://www.vmdb.nl>

Stichting Pandora

2e Constantijn Huygensstraat 77
1054 CS Amsterdam
Telefoon: 020 6851171
E-mail: info@stichtingpandora.nl
<http://www.stichtingpandora.nl/>

MDS en ouderschapsforum, te vinden op:
http://health.groups.yahoo.com/group/MDS_en_ouderschap/





Bijlage: Voorbeeld Noodplan

Voorbeeld van een (medicatie)noodplan tijdens de zwangerschap en na de bevalling

Noodplan mevrouw Z

Kopie bij: patiënte/ partner, psychiater/ status, gynaecoloog of verloskundige, huisarts

Gedurende de zwangerschap:

Bij problemen zo mogelijk overleg met behandelend arts/ psychiater

Naam:

.....

Instelling/ locatie:

.....

Tel. :

.....

Buiten kantooruren:

.....

- Bij slaapproblemen zo nodig temazepam 20 mg.
- Bij hypomanie of manie lithiumdosering verhogen van 4 Litarex naar 5 Litarex (spiegel in de gaten houden zeker aan het einde van de zwangerschap!)



- Bij depressie zie manie.
- Bij angst/ spanning/ dreigende psychose lorazepam 1 mg.
- Bij psychose haloperidol in lage dosering

Bij verandering van medicatie zo snel mogelijk ook contact opnemen met behandelend psychiater

Na de bevalling:

- Meteen lithium in oude dosering hervatten, te weten 4 Priadel 400 mg voor de nacht.
- Na 2 dagen en na 5 dagen 12uursspiegel bepalen; eventueel gezien beeld hoger instellen.
- Bij slaapproblemen 20 mg temazepam per nacht, indien nodig te verhogen naar 40 tot 60 mg per nacht.
- Bij hypomanie/ manie/(dreigende)psychose lithiumdosering verhogen tot spiegel van 1,2 (of bij juiste controle klinisch zelfs tot 1,5; 12 uurspiegel!)
- Voor onrustbestrijding: lorazepam tot 20 mg/24 uur.
- Zo nodig 2^e stemmingsstabilisator bijgeven indien nodig of atypisch antipsychoticum

Gedurende de zwangerschap en na de bevalling zijn van het grootste belang: voldoende slaap, rust, regelmaat en niet te veel stress, dus: op tijd naar bed, eventueel een dag thuis blijven van het werk in de zwangerschap en extra hulp inschakelen indien nodig, zoals (schoon)moeder, vriend(in) of andere personen en/of professionele hulp, zoals psychiatrische thuiszorg of (specialistische) gezinszorg.





Vereniging voor manisch depressieven en betrokkenen

Kaap Hoordreef 56-C

3563 AV Utrecht

Telefoon 030-280 30 30 (op werkdagen bereikbaar van 10.00 tot 14.00 uur)

E-mail: vmdb@nsmd.nl

<http://www.vmdb.nl>

Colofon

Copyright VMBD, Utrecht

Oplage 5000 ex

Tekst Ing. B.A.M. Wigchert en Dr. Elise Knoppert – van der Klein

Ontwerp en vormgeving Concreat, Utrecht

Drukkerij ZuidamUithof, Utrecht

