



IN DE SCHADUW VAN DE ROZE WOLK

Een narratieve analyse van postpartum depressie

ROOS PIET

Masterthesis Zorgethiek en Beleid

Studentnummer: 1021494

Begeleider: dr. Inge van Nistelrooij

Tweede lezer: dr. Marja Ernst-Houben

Examinator: prof. dr. Carlo Leget

Datum: 24-01-2021

There was a young man who loved a maid
Who taunted him. "Are you afraid,"
She asked, "to bring me today
Your mother's head upon a tray?"

He went and slew his mother dead,
Tore from her breast her heart so red,
Then towards his lady love he raced,
But tripped and fell in all his haste.

As the heart rolled on the ground
It gave forth a plaintive sound.
And it spoke, in accents mild:
"Did you hurt yourself, my child?"

J. Echergray, 'Severed Heart' geciteerd in Ruddick (1980)

Afbeelding titelpagina

Chagall, M. (1945). *Maternité Orange*

Voorwoord

Het afronden van dit onderzoek betekent ook de afronding van mijn studie Zorgethiek en Beleid. Het was een mooie, intensieve en leerzame periode, waarin ik heb geleerd verder te kijken dan mijn eigen denkkaders. Ik heb genoten van het ontdekken van Zorgethiek, de grote diversiteit aan hierbij passende denkers, maar ook de mooie colleges en gesprekken met docenten én studiegenoten. Een aantal hiervan wil ik graag specifiek bedanken. Alistair, zonder jou had ik waarschijnlijk de (figuurlijke) weg naar de UvH niet eens gevonden, dank daarvoor! Inge, ontzettend bedankt voor je geduld, feedback verpakt in hartelijke woorden en je vertrouwen, ook als ik het zelf even kwijt was. Ik ga onze online sessies missen! Vivianne, bedankt voor je scherpe blik aan het begin van mijn onderzoek en Marja, fijn dat je op het laatste moment mijn tweede lezer kon worden. Marijke, Joske en Antoinette, fijn dat jullie naast me stonden op momenten dat het zwaar was.

Verder wil ik de moeders die hun verhaal beschikbaar stelden voor mijn onderzoek hartelijk bedanken, fijn dat jullie zo open en vrij mijn vragen hebben beantwoord.

Ook mijn ouders wil ik bedanken. Mam, wat ben ik ontzettend blij met al jouw opgeofferde maandagmiddagen die je met de jongens hebt doorgebracht, zonder jou was deze hele studie niet mogelijk geweest. Ook dankbaar ben ik voor de weekenden waarbij ik me bij jullie thuis kon opsluiten om te studeren.

Niek, mijn allerliefste, dank voor de ruimte die je me gaf om 'onverantwoordelijk geprivilegieerd' te studeren. En Berend en Clovis, mamma is klaar met school! Ik heb weer tijd om naar jullie moppen te luisteren, we gaan taart en tapas eten!

Samenvatting

De PPD is veelvoorkomend, zo'n 12 - 20% van de moeders wereldwijd wordt hierdoor getroffen (Shorey, Chee, Ng, Chan, Tam & Chong, 2018). Er is de laatste jaren toenemend onderzoek gedaan naar de PPD. Een brede zoektocht hiernaar leverde echter geen resultaat op met betrekking tot wetenschappelijk onderzoek naar de geleefde ervaring van afhankelijkheid en kwetsbaarheid van deze moeders.

Dit zorgethische onderzoek beoogd middels zowel theoretisch als empirisch onderzoek dieper inzicht te krijgen in de genoemde geleefde ervaring, en de betekenis voor goede zorg aan moeders met een PPD. In het theoretisch kader is verkend welke inzichten zorgethische literatuur geeft. In het empirisch onderzoek is gebruik gemaakt van een narratieve onderzoeksbenadering en -methode.

Uit de bestudeerde zorgethische literatuur blijkt een kwetsbaar en afhankelijk mensbeeld, waarbij moeders toegenomen kwetsbaar zijn, doordat zij zorgen. Deze zorgtaken kunnen zowel fysiek als mentaal veeleisend zijn. Ook afhankelijkheid is zichtbaarder in het moederschap. In de peripartum periode, waar de fysieke afhankelijkheid is toegenomen, maar ook later door afgeleide afhankelijkheid. Uit de literatuurstudie met betrekking tot dit discours blijkt dat moeders worden geacht onafhankelijk te zijn en in staat te zijn de juiste, verantwoorde keuzes te maken voor zichzelf en voor hun kind(eren). Er wordt verwacht dat zij zelfdiscipline en impulscontrole hebben, goed voor hun lichaam zorgen, een rijk sociaal leven onderhouden en dat ze terugkeren naar hun producerende en consumerende rol. Tegelijkertijd lijken deze verwachtingen en rollen een aandeel te hebben in de (visie op) de PPD. Enerzijds mag je als moeder niet depressief zijn, anderzijds móét je gelukkig zijn. Moeders met een PPD lijken het moeilijk te vinden hulp te vragen, uit angst en schaamte voor hun eigen gedachten, maar ook door de visie op kwetsbaarheid en afhankelijkheid in het neoliberale discours: daar is geen ruimte voor. Echter, in de zorgethische visie is moederschap niet afhankelijk van een enkel individu, maar is het een gedeelde, uitvoerende, taak. Hierbij kan gesteld worden dat zorgen in het algemeen, maar ook moederschap specifiek, relationeel, situationeel en contextueel is. Uit de literatuurstudie blijkt, dat in het licht van kwetsbaarheid en afhankelijkheid, en in combinatie met de (ervaren) druk op moederschap, de PPD gezien kan worden als meer dan een psychiatrische aandoening of zwakte, maar als voortkomend uit de fundamentele kwetsbaarheid van de mens.

Dit onderzoek sluit af met aanbevelingen voor goede zorg en vervolgonderzoek.

Inhoudsopgave

Voorwoord

Samenvatting

| | |
|---|----|
| 1. Probleemstelling..... | 1 |
| 1.1 Aanleiding..... | 1 |
| 1.2 Maatschappelijk probleem..... | 1 |
| 1.3 Wetenschappelijk probleem..... | 2 |
| 1.4 Vraagstelling..... | 4 |
| 1.4.1 Hoofdvraag..... | 4 |
| 1.4.2 Deelvragen..... | 4 |
| 1.5 Doelstelling..... | 4 |
| 2. Zorgethiek..... | 5 |
| 2.1 Wat is zorgethiek?..... | 5 |
| 2.2 Moederschap & zorgethiek..... | 6 |
| 2.2.1 Zorgethische visie op PPD..... | 9 |
| 2.3 Afhankelijkheid en kwetsbaarheid zorgethisch doordacht..... | 11 |
| 2.3.1 Afhankelijkheid..... | 12 |
| 2.3.2 Kwetsbaarheid..... | 13 |
| 2.4 Conclusie..... | 14 |
| 3. Het huidige discours..... | 15 |
| 3.1 Het neoliberale discours..... | 15 |
| 3.2 Moederschap & het neoliberale discours..... | 15 |
| 3.2.1 Beelden van goed moederschap in het huidige discours..... | 16 |
| 3.2.2 Beelden van PPD..... | 19 |
| 3.3 Conclusie..... | 20 |
| 4. Methode..... | 21 |
| 4.1 Onderzoeksbenadering..... | 21 |

| | | |
|-------|--|----|
| 4.2 | Onderzoeksmethode | 21 |
| 4.3 | Casusdefinitie | 22 |
| 4.4 | Dataverzameling | 23 |
| 4.5 | Data-analyse | 24 |
| 4.5.1 | Sensitizing concepts..... | 25 |
| 4.5.2 | Narratieve data-analyse: buitenste laag..... | 25 |
| 4.5.3 | Tweede analyse: binnenste laag..... | 27 |
| 4.6 | Datamanagement | 27 |
| 4.7 | Ethische overwegingen..... | 28 |
| 4.8 | Kwaliteitscriteria | 28 |
| 5. | Empirische bevindingen..... | 30 |
| 5.1 | Buitenste laag | 31 |
| 5.1.1 | Lichamelijkheid, emotie & PPD..... | 31 |
| 5.1.2 | Moederschap & PPD | 34 |
| 5.1.3 | De ander & PPD | 39 |
| 5.1.4 | Meer dan een moeder met PPD | 44 |
| 5.2 | Tweede analyse - met zorgethische lens..... | 48 |
| 5.2.1 | Afhankelijkheid | 49 |
| 5.2.2 | Kwetsbaarheid | 50 |
| 5.3 | Conclusie..... | 52 |
| 6. | Zorgethische discussie | 53 |
| 6.1 | Geleefde ervaringen | 53 |
| 6.1.1 | Afhankelijkheid en kwetsbaarheid | 53 |
| 6.1.2 | Vasthouden en loslaten | 55 |
| 6.2 | Praktijken van zorg | 56 |
| 6.2.1 | Institutionele zorgpraktijken | 56 |
| 6.2.2 | Private zorgpraktijken..... | 57 |
| 6.3 | De plaats van de PPD in de samenleving..... | 59 |

| | | |
|-------|-------------------------------------|----|
| 6.3.1 | Politieke organisatie | 59 |
| 6.3.2 | Discoursen | 60 |
| 6.4 | Conclusie..... | 61 |
| 7. | Eindconclusie en aanbevelingen..... | 63 |
| 7.1 | Eindconclusie | 63 |
| 7.2 | Aanbevelingen | 64 |
| 8. | Kwaliteit van het onderzoek..... | 66 |
| | Literatuur | 68 |
| | Grijze literatuur..... | 74 |
| | Bijlage 1 Utrechtse zorgethiek..... | 76 |
| | Bijlage 2 Datamanagementplan | 77 |
| | Bijlage 3 Wervingsmail..... | 78 |
| | Bijlage 4 Topiclijst | 79 |

1. Probleemstelling

In dit hoofdstuk worden de aanleiding en probleemstelling van dit onderzoek beschreven, waarna de onderzoeksvraag en doelstelling worden geformuleerd.

1.1 Aanleiding

Ouderschap en depressie zijn verweven in zowel mijn werk als privéleven. In mijn huidige werk als jeugdverpleegkundige op het consultatiebureau, kom ik geregeld moeders tegen met (het vermoeden van) een postpartum depressie (PPD). In mijn privéleven ben ik zelf moeder van twee jongens en bekend met depressieve klachten, hoewel niet postpartum.

In het gesprek over depressies, merk ik dat er veel (voor)oordelen zijn en dan met name vanuit degene die met de depressie te kampen heeft. Veel van de vrouwen die ik spreek zien zichzelf als zwak als ze hulp vragen bij hun somberheid, of als ze zelfs maar toegeven somber te zijn. Ze willen anderen niet belasten, zijn bang voor een stempel en bemoeienis van Veilig Thuis¹ of zelfs dat hun kind uit huis geplaatst zal worden. Dit roept vragen op: Wat maakt dat depressie als zwakte gezien wordt? Waarom lijken vrouwen hun depressie zelf de baas te willen worden, alleen, zonder anderen te belasten? Hoe ziet de ervaring met een PPD er eigenlijk uit? De master Zorgethiek en Beleid gaf mij de mogelijkheid dit persoonlijke *concern* nader te onderzoeken en te zoeken naar het zorgethische antwoord op deze vragen.

1.2 Maatschappelijk probleem

De PPD is een veel voorkomend verschijnsel: zo'n 12 - 20% van de moeders wereldwijd blijkt hierdoor getroffen (Shorey, Chee, Ng, Chan, Tam & Chong, 2018). Een verkenning op het internet met de zoekterm 'ervaring postpartum depressie', doet vele *blogs* en fora bovendrijven waarin moeders ervaringsverhalen beschrijven (Adelaars, 2015; Anonymous_username, 2011; "Ervaringsverhaal - zwangerschap: Moedergevoel maakt plaats voor postnatale depressie", z.d.; Westra, 2017). Opvallend in deze verhalen is de schaamte voor de depressie. Er lijkt een verwachting van overweldigend geluk en liefde voor hun kind te zijn en een gevoel van falen als dit uitblijft. Ook angst voor het oordeel van anderen speelt een rol, blijkt uit deze verhalen.

¹Veilig Thuis is het adviespunt en meldpunt voor huiselijk geweld en kindermishandeling (Ministerie van Algemene Zaken, 2020).

Bij het heersende maatschappelijke idee van goed ouderschap past geen depressie. Op internet zijn lijstjes te vinden met wat een goede moeder zou moeten kunnen en ook in dagelijkse gesprekken wordt niet geschroomd een oordeel te vellen over andermans ouderschap (Van Erp, 2020; Hakkenes, 2012; Middendorp, 2018).

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft in 2018 een rapport uitgebracht, waaruit blijkt dat moeders met een PPD wel over hun klachten willen praten, maar niet goed durven. Ook blijkt het voor naasten moeilijk het gesprek te starten (Ministerie VWS, 2018). Hierdoor is de stap naar hulp groot. Een onbehandelde depressie brengt echter risico's met zich mee. Deze risico's kunnen bestaan uit onopgemerkte aangeboren afwijkingen door het mijden van prenatale zorg, ongezonde leefstijl, moeilijkheden bij de bevalling, maar ook verergering van de depressie zelf, waardoor het risico op suicidale ideaties² toeneemt. Ook na bevalling zijn er risico's. De binding tussen moeder en kind kan negatief beïnvloed worden, alsmede het vermogen tot adequate verzorging (Bonari, Pinto, Ahn, Einarson, Steiner & Koren, 2004).

Met als doel taboe op depressies te doorbreken startte het Ministerie VWS de campagne 'Hey het is oké'. Deze campagne hielp bij het bespreekbaar maken van de PPD in de media (NU.nl, 2018; EenVandaag, 2018).

1.3 Wetenschappelijk probleem

Ook in de wetenschappelijke literatuur is er veel aandacht voor moederschap en het fenomeen PPD. Sociocultureel antropologe Pozniak (2017) beschrijft dat binnen het huidige discours goede moeders vooral zouden moeten genieten van het moederschap. Het moederschap, gezien als de meest vervullende en bevredigende gebeurtenis voor een vrouw, kan vanuit dit discours nauwelijks een connectie hebben met het ontwikkelen van een PPD (Ambrosini & Stanghellini, 2012). Vrouwen willen worden gezien als zelfredzaam en zijn bang voor het oordeel van anderen (externe stigmatisering), tegelijkertijd hebben zij een oordeel over zichzelf (interne stigmatisering) (Moore, Ayers & Drey, 2016). Extern stigma kan gevolgen hebben als sociale exclusie, discriminatie en verminderde kansen in het leven. Intern stigma wordt gekenmerkt door een laag zelfbeeld, verminderde openheid over problemen en moeite met het zoeken van hulp (Moore et al., 2016).

² Het actief overwegen van en denken aan zelfmoord

Daarnaast is het, vooral door onbekendheid, voor de moeders met een PPD zélf soms moeilijk te onderscheiden wanneer ze een depressie hebben, of ‘gewone’ emoties, die horen bij de transitie naar het moederschap (Moore et al., 2016). Ook na deze transitieperiode wordt het moederschap niet alleen gekenmerkt door gevoelens van liefde (Adams, 2014). Adams (2014) beschrijft een maternale ambivalentie waarbij liefde en haat, medelijden en wreedheid, bevrediging en woede naast elkaar bestaan. Aan deze ambivalentie wordt in het huidige discours echter weinig aandacht besteed, wat de verwachtingen van moeders onhaalbaar hoog kan maken (Ambrosini & Stanghellini, 2012; Adams, 2014; Pozniak, 2017; Thorsteinsson et al., 2018).

Guintivano, Manuck & Meltzer-Brody (2018) publiceerden een review over risicofactoren met betrekking tot de postpartum depressie. Uit deze review bleek genetische aanleg, samen met eerder doorgemaakte psychiatrische aandoeningen een grote risicofactor. Andere door hen beschreven risicofactoren hangen samen met schommelingen in de hormoonhuishouding, met psychologische factoren als *adverse life events* of demografische factoren als een sociaal economische status. Het grootste risico blijkt een combinatie van deze factoren te zijn. Ook vanuit de psychologie wordt er onderzoek gedaan naar risicofactoren zoals maladaptieve³ persoonlijkheidsstructuren (Abi-Habib & Luyten, 2013; Bitner, Junge-Hoffmeister, Treichel, Coenen, & Weidner, 2020). In deze onderzoeken wordt afhankelijkheid gezien als persoonlijkheidskenmerk en maladaptief bovendien. Pozniak (2017) beschrijft dat een goede moeder binnen het gangbare discours persoonlijke verantwoordelijkheid neemt voor haarzelf en haar kinderen. Ze gebruikt kennis en adviezen van experts om risico's te vermijden en de ontwikkeling van haar kinderen te optimaliseren, en spant zich voortdurend in om zichzelf te verbeteren. Ook hier wordt de moeder als een sterk en onafhankelijk individu geschetst, terwijl zorgethische denkers als Kittay (1999), Tronto (1993) en Van Heijst (2005) beschrijven dat iedereen in meer of mindere mate kwetsbaar en afhankelijk is. Daarbij is de peripartum⁴ periode er bij uitstek één van kwetsbaarheid en afhankelijkheid, zowel psychisch als lichamelijk (Briscoe, Lavender & McGowan, 2016).

Hoewel er brede interesse blijkt voor de risicofactoren en ervaring omtrent PPD, levert een brede zoektocht geen resultaat op met betrekking tot wetenschappelijk onderzoek naar de geleefde ervaring van afhankelijkheid en kwetsbaarheid van deze moeders. Dit onderzoek zal

³ Onaangepast aan de omstandigheden

⁴ Periode rondom de bevalling

zich richten op de genoemde geleefde ervaring, met als doel dieper inzicht te krijgen in PPD en de betekenis voor goede zorg aan moeders met een PPD.

1.4 Vraagstelling

Voorgaande probleemstellingen hebben geleid tot onderstaande hoofdvraag en bijbehorende deelvragen.

1.4.1 Hoofdvraag

Wat is de betekenis van de zorgethische concepten ‘kwetsbaarheid’ en ‘afhankelijkheid’ als kritische noties op het gangbare discours rondom zorgen en moederschap, spelen deze concepten een rol in de geleefde ervaringen van vrouwen met een PPD en welke inzichten levert het kijken vanuit zorgethisch perspectief op voor goede zorg aan deze vrouwen?

1.4.2 Deelvragen

- Welke inzichten kunnen worden ontleend aan zorgethische literatuur met betrekking tot de *critical insights* ‘afhankelijkheid’ en ‘kwetsbaarheid’ als kritische noties in het gangbare discours rondom zorgen en moederschap?
- Welke maatschappelijke discourses beïnvloeden volgens bestaande literatuur de ervaring van moederschap met PPD?
- Wat is de geleefde ervaring van moeders met een PPD en spelen afhankelijkheid en kwetsbaarheid daarin een rol?
- Wat kunnen de verworven inzichten bijdragen aan goede zorg voor vrouwen met een PPD vanuit zorgethisch perspectief?

1.5 Doelstelling

De interne doelstelling van dit zorgethische onderzoek is het verkrijgen van inzicht in de geleefde ervaring van vrouwen met een PPD, welke discourses hierop van invloed zijn en of, en zo ja hoe, kwetsbaarheid en afhankelijkheid hier een rol in spelen. Hiermee hoop ik een bijdrage te leveren aan het vergroten van de kennis over PPD en de mogelijke rol van de zorgethische concepten afhankelijkheid en kwetsbaarheid hierbij.

De externe doelstelling is het leveren van een bijdrage in het bespreekbaar maken van PPD, voor zowel diegenen die hieraan lijden, als zorgverleners in de breedste zin van het woord, om zo beter inzicht te krijgen in wat dit betekent voor goede zorg vanuit zorgethisch perspectief.

2. Zorgethiek

In dit eerste theoretische hoofdstuk wordt middels een literatuurstudie gezocht naar een antwoord op de eerste deelvraag: “Welke inzichten kunnen worden ontleend aan zorgethische literatuur met betrekking tot de *critical insights* ‘afhankelijkheid’ en ‘kwetsbaarheid’ als kritische noties in het gangbare discours rondom zorgen en moederschap?”

Om een antwoord te kunnen formuleren, zal eerst uiteengezet worden wat zorgethiek behelst. Vervolgens zal er worden ingegaan op gedachten over (goed) moederschap vanuit zorgethische visie, hierbij wordt speciale aandacht besteed aan de PPD. Daarna volgen bredere conceptualisering van ‘kwetsbaarheid’ en ‘afhankelijkheid’ van relevante zorgethische denkers. Ten slotte zal in de conclusie het antwoord op de eerste deelvraag worden geformuleerd.

2.1 Wat is zorgethiek?

Zorgethiek is een interdisciplinair onderzoeksveld, gedreven door maatschappelijke zorgen en wordt gezien als een morele, maar ook als politieke ethiek. In tegenstelling tot het huidige dominante mensbeeld, waarin het individu als autonoom en onafhankelijk gezien wordt, ziet de zorgethiek mensen als relationeel wezen, afhankelijk en kwetsbaar (Tronto, 1993, 2017). De centrale vraag binnen dit onderzoeksveld luidt: “wat is moreel goed vanuit het perspectief van zorg, gegeven deze particuliere situatie?” (Leget, Van Nistelrooy & Visse, 2017). Hierbij wordt zorg gezien als contextueel en gebonden aan particuliere situaties, wat betekent dat er geen sprake is van algemene regels en principes. Het goede om te doen emergeert in de praktijk (Baur, Van Nistelrooy & Vanlaere, 2017). Door de meeste zorgethici wordt zorg breed opgevat, namelijk:

...a species activity that includes everything that we do to maintain, continue, and repair our ‘world’ so that we can live in it as well as possible. That world includes our bodies, ourselves, and our environment, all of which we seek to interweave in a complex, life-sustaining web. (Fisher & Tronto, 1991, p. 40)

Hierbij wordt zorgen gezien als een sociale en politieke praktijk. Sociaal omdat mensen zich voortdurend op zichzelf, elkaar en hun omgeving afstemmen, zowel binnen professionele

zorgrelaties als daarbuiten, politiek omdat zorg altijd plaatsvindt in de context van een georganiseerde samenleving (Leget et al., 2017, Tronto, 1993). Dit onderzoek richt zich dan ook op de geleefde ervaring van vrouwen met een PPD, ingebed in relaties (partner, gezin, vrienden, collega's), maar ook op de institutionele context als professionele zorg.

Bij het uitvoeren van dit onderzoek is ervoor gekozen de Utrechtse zorgethiek (een van de varianten binnen het brede spectrum van zorgethiek) als leidraad te nemen. De meest pragmatisch reden voor deze keuze is dat deze stroming is ontwikkeld door de vakgroep die de basis vormt voor de opleiding waarbinnen deze thesis als afrondende opdracht geschreven is. Tegelijkertijd heeft de Utrechtse zorgethiek inhoudelijke aantrekkingskracht, omdat onderzoek binnen deze variant gekenmerkt wordt door een dialectische relatie tussen empirisch en theoretisch onderzoek (zie bijlage 1). Deze vormen van onderzoek verrijken elkaar doordat conceptuele en theoretische inzichten door de empirie worden bevraagd en vice versa (Leget et al., 2017). In het theoretisch kader zijn een aantal leidende concepten vastgesteld, namelijk *“relationality, contextuality, affectivity, practices, vulnerability, bodiliness, attention to power and position, and meaning”*. Deze lijst is niet uitputtend of onveranderlijk, aldus Leget et al. (2017). In dit onderzoek is ervoor gekozen het concept afhankelijkheid toe te voegen, omdat dit naast kwetsbaarheid een onderbelicht aspect blijkt binnen wetenschappelijk onderzoek naar PPD, zoals uiteengezet in paragraaf 2.3.1. Empirisch onderzoek in de Utrechtse zorgethiek wordt gekenmerkt door de aandacht voor geleefde ervaringen, praktijken van zorg en de manier waarop de samenleving politiek-ethisch georganiseerd is (Leget et al., 2017).

2.2 Moederschap & zorgethiek

Verschillende zorgethici stellen kritische vragen met betrekking tot de neoliberale visie op moederschap. Allereerst is er het gedachtengoed van feministisch dichteres en essayiste Rich in haar beroemde boek 'Of Woman Born' (1986). Zij is weliswaar geen zorgethica, maar wel een belangrijke gesprekspartner in het open dialogisch veld van onderzoek wat zorgethiek is. Zij beschrijft moederschap als een politieke institutie en een persoonlijke ervaring, met beperkte macht voor vrouwen. Dit in zowel publieke als privé-omgeving, daar de wettelijke en traditionele macht over vrouwen en kinderen in de handen van mannen ligt (Rich, 1986). Hierdoor is het moederschap als instituut vormgegeven door mannen. De gedachten van Rich over moederschap zijn door de combinatie van persoonlijke zorgrelaties en ervaringen, alsmede de institutionele kant, relevant voor de zorgethiek. De focus van de zorgethiek ligt eveneens op de drietrap geleefde ervaringen, zorgpraktijken, en de wijze waarop het samenleven geordend

is. Hoewel Rich (1986) haar ideeën vrij radicaal stelt, heeft zij hiermee wel een fundament geslagen waarop moederschap verder en anders kan worden doordacht (Jeremiah, 2006).

Filosofe en zorgethica Ruddick (2009) is een van de zorgethici die dit heeft gedaan. Zo heeft zij een onderscheid tussen *motherhood* en *mothering* beschreven. Hierbij zet zij zich af tegen de essentialistische ideologie van *motherhood*, en conceptualiseert *mothering* als iets anders dan een biologische connectie, en omschrijft dit als een uitvoerende taak. Daarmee worden ‘moeders’ niet vastgepind op de biologie. Eenieder die zich substantieel toewijdt aan de behoeften van een kind op het gebied van beschermende liefde, verzorging en opvoeding tot sociaal geaccepteerd burger, is een moeder (Ruddick, 1994 in Adams, 2014). Daarnaast gelooft Ruddick (1989) dat de zorg voor een kind afhangt van de ‘adoptie’ van een kind, na de scheiding welke plaatsvindt door de geboorte. In deze notie van adoptie ligt een keuze besloten (Adams, 2014, p. 19). Deze keuze tot toewijding aan zorg is niet automatisch, direct, of gegrond in biologie en zal steeds terugkeren, aldus Adams (2014). Echter, Ruddick (1989) gaat verder dan dat door ‘*maternal thinking*’ te beschrijven als een specifieke vorm van kennis, een aparte discipline. Immers, *mothering* vraagt om het ontwikkelen van een intellectueel vermogen, het maken van keuzes en bepalen van waarden, aldus Ruddick (1989). Hierbij beschrijft zij dat *maternal thinking* onder andere op zoek is naar het vaststellen van criteria voor succes of falen, het stellen van prioriteiten, en het identificeren van deugden en verplichtingen die de criteria veronderstellen. Volgens Ruddick (1989) is dit denken echter ‘*messy*’ en niet abstract te bepalen. *Maternal thinking* vindt plaats in praktijken, gevoed door diezelfde praktijken en is hierdoor contextgebonden.

Van Heijst (2008b, p. 46) ziet echter dat in zowel het maatschappelijke als het wetenschappelijke discours moederlijke liefde als vanzelfsprekend gezien wordt en het zorgen voor een kind daar automatisch uit voortvloeit. Tegelijkertijd mist zij erkenning voor de inzichten van vele vrouwelijke moederschapsauteurs die een ander beeld hebben geschetst, waarbij zorgactiviteiten als bron van spanning en conflict aangemerkt worden. Van Heijst (2008b, p. 47) vindt het dan ook “belangrijk die spanningen in de moeder-kind relatie wel te onderkennen, omdat dan zorg, liefde en conflict samen worden gehouden”. Daarnaast merkt zij op dat “de moeder-kind relatie veelal buiten de sociaal-politieke orde geplaatst wordt, hoewel deze relatie zélf als sociaal-politiek aangemerkt kan worden” (Van Heijst, 2008b, p. 47). Dit sociaal-politieke aspect van de moeder-kind relatie, wordt onderbouwd door onder andere Tronto (1993). Zij stelt dat er een relatie is tussen zorg en macht. In haar boek *Moral Boundaries* (1993) beschrijft Tronto de scheiding tussen het publieke en private domein. Hierbij worden (zorgende) vrouwen beperkt tot het private domein, waardoor zorg buiten de politieke agenda

geplaatst wordt (Tronto, 1993). Dat is echter niet terecht, betogen zowel van Tronto (1993) als Van Heijst (2008a). Beiden stellen dat zorg meer is dan een persoonlijke houding verbonden met zorgwaarden, maar dat zorg ook rechtvaardige en zorgzame verhoudingen tussen mensen vorm geeft, zowel in de private als de publieke sfeer. Tegelijkertijd reageert Van Heijst (2008a, 2008b) op de biologische, moederlijke beschikbaarheid, door te stellen dat er wel degelijk een tegenstelling van de belangen van moeder en kind kan zijn. Hierdoor is deze beschikbaarheid niet vanzelfsprekend, maar een sociaal arrangement (Van Heijst, 2008a).

Daarnaast hebben de beleidsmakers op het gebied van de organisatie van zorg in de samenleving over het algemeen meer macht dan diegenen die de zorg uitvoeren (veelal vrouwen en mensen uit lagere sociale klasse), aldus Tronto (1993). Hierop volgend beargumenteert zij dat deze beleidsmakers door hun positie in staat zijn de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de zorg aan anderen over te laten. Tronto (1993, p. 120-121) noemt dit *'privileged irresponsibility'*.

Tevens reageren zowel Tronto (1993) als Van Heijst (2011) op het idee van zelfopoffering door zorgverleners. Dit beeld van zelfopoffering komt ook terug in het maatschappelijk discours over moederschap, zoals te lezen is in paragraaf 3.2.1. Zorgethica Van Nistelrooy (2013) denkt door op Tronto en Van Heijst en beschrijft dat het stereotype beeld van zelfopoffering veelal wordt bestreden door feministen, namelijk het beeld van de zichzelf wegcijferende en onvermoeibare moeder. Tegelijkertijd stelt Van Nistelrooy (2013) dat zorg voor anderen een zekere vorm van zelfopoffering behelst. Zij ziet zelfopoffering als ambigu: we vermijden het liever, maar soms is het gevoel van verbondenheid, relationaliteit en wederkerigheid deze zelfopoffering waard, of wordt zelfopoffering zelfs vereist.

Zorgen, en de mens in het algemeen, wordt in de zorgethiek gezien als relationeel (Kittay, 1999; Ruddick, 1989; Tronto, 1993, 2017; Van Heijst, 2005, 2008a, 2008b; Van Nistelrooy, 2013). Tronto (1993, p. 106-108) heeft een cyclisch model met fasen van zorgen beschreven, waarin zorgvragers en zorggevers op elkaar betrokken zijn. De eerste fase, *'caring about'*, heeft betrekking op het (h)erkennen van zorgbehoefte. Het nemen van verantwoordelijkheid voor deze zorgbehoefte kenmerkt de tweede fase, *'taking care of'*. Hierin wordt bepaald hoe aan de zorgbehoefte tegemoet gekomen kan worden. In de derde fase, *'care-giving'*, wordt voldaan aan de zorgbehoefte. Dit vraagt fysiek werk en vrijwel altijd contact tussen de zorgvrager en zorgverlener. In de vierde fase, *'care-receiving'* staat het gevolg van de ontvangen zorg centraal. Deze fase is van belang om vast te kunnen stellen dat de juiste zorg op de juiste wijze is verleend. Deze vier fasen tezamen geven weer hoe er heen-en-weer-afstemmend wordt zorggegeven, waarbij de zorggever de reactie van de zorgvrager nodig heeft

om te zien of de gegeven zorg adequaat is, aldus Tronto (1993). Zo zijn de fasen geen lineair, maar een cyclisch geheel. Ook Van Heijst (2008a, 2008b) benadrukt zorgen als ‘relationele afstemmingspraktijk’.

Tronto (1993, p. 121) benadrukt dat betrokkenen bij de tweede fase van zorg soms anderen zijn dan mensen die het uitvoerende werk van fase drie doen, zij delegeren het werk dan aan anderen (*privileged irresponsibility*). Hierdoor wordt de cyclus van zorg onderbroken, over het algemeen voelen diegenen die de zorgtaken delegeren zich niet geroepen de interactie tussen zorgontvangers en zorgverleners te superviseren. Zorgontvangers kunnen dan in het geval van inadequate zorg niet terecht bij de zorgverlener, daar de uitvoering niet zijn verantwoordelijkheid is (Tronto, 1993, p. 121). Daarnaast vraagt *care-giving* om fysiek werk, waarin de ontmoeting plaatsvindt en waarbij rekening wordt gehouden met de context van de situatie en behoeften van anderen. Dit sluit aan bij de visie van denkers over moederschap als Ruddick (1989) en Kittay (1999) die het moederschap zien als werk, met een eigen vorm van kennis. Deze kennis ontstaat in de praktijk, tijdens het werk, in contact met anderen waarmee dit werk gedeeld wordt (Ruddick, 1989).

2.2.1 Zorgethische visie op PPD

In haar onderzoek naar moederschap, heeft Rich (1986) ook aandacht besteed aan moeders gediagnosticeerd met psychiatrische problematiek. Zij denkt hierover aan de hand van een extreem voorbeeld, waarbij een moeder haar twee jongste kinderen vermoordt. Zij vraagt zich in *Of woman born* (1986, p. 279-280) af welke vrouw, in de eenzame opsluiting van een leven met jonge kinderen, in de worsteling met het zorgen, in conflict met de veronderstelling dat ze altijd in de eerste plaats een moeder is – nooit heeft gedroomd van het loslaten van alles, zelfs haar mentale gezondheid, zodat er voor haar gezorgd kan worden, of ze een manier kan vinden om voor zichzelf te zorgen. Rich (1986) beargumenteert dat de moeder uit het voorbeeld is bezweken onder de druk van de institutie van het moederschap⁵. Zij stelt dat, in plaats van het (h)erkennen van het institutionele geweld van het moederschap, vrouwen die hieronder bezwijken als psychopathologisch worden gezien. Rich (1986) pleit dan ook voor een vernietiging van het institutionele systeem en herwaarderen van moederschap, met aandacht

⁵ In de institutie van het moederschap ontstaan omstandigheden waarbinnen keuzes gemaakt of tegengehouden worden. Hierbij worden bepaalde visies en verwachtingen vormgegeven door bijvoorbeeld folders bij de verloskundige, literatuur, eigen jeugdervaringen en contact met andere moeders. Met andere woorden, moeders krijgen idealen opgelegd in sociale en politieke structuren die voor hen onderdrukkend zijn (Rich, 1986).

voor keuzes, worstelingen, verrassingen, verbeelding en bewuste intelligentie, zoals iedere, eigen gekozen, moeilijke taak.

Hoewel Tronto weinig heeft geschreven moederschap, laat staan over PPD, heeft zij wel degelijk nagedacht over zorgen. Eén van de door Tronto (1993) beschreven mechanismen in zorg is ‘*othering*’, waarbij de ander als ‘anders’ wordt gezien, met andere kenmerken en eigenschappen. In dit proces verliest de ander vaak zijn individualiteit en menselijkheid en worden bepaald en begrepen als lid van een groep. Volgens Tronto (1993) komt dit proces voort uit het verlangen om autonoom en onafhankelijk te zijn. Door ‘*otherness*’⁶ is het onmogelijk de situatie van de ander te analyseren of beoordelen (Tronto 1993). Autonome individuen, die zichzelf primair als zorgverlener zien en niet als zorgontvanger, lijken geneigd te zijn hun eigen situatie verkeerd te begrijpen en hun afkeer met betrekking tot afhankelijkheid op zorgontvangers te projecteren. Voor moeders met een PPD zou dit tot gevolg kunnen hebben dat zij gemarginaliseerd worden en als onvolkomen lid van de samenleving worden gezien.

Zowel Rich (1986) als Tronto (1993) zien dat er druk wordt uitgeoefend op zorgende personen binnen het huidige discours, waarbij weinig ruimte is voor hun eigen zorgbehoefte. In navolging van hun gedachten over respectievelijk moederschap en zorgverleners kan gesteld worden dat moeders met een PPD kwetsbaarder zijn, waardoor de hulpbehoefte groter is. Kittay (1999) stelt dat moeders, of eigenlijk ieder zorgend individu, zelf zorg nodig heeft om te kunnen blijven zorgen en omschrijft zorg als ‘*nested relationality*’. Hierbij wordt zorg ‘doorgegeven’, waardoor uiteindelijk voor iedereen gezorgd wordt. Deze sociale samenwerking duidt Kittay (1999) aan met de term *doulia*. *Doulia* is afgeleid van het woord doula, de verzorger die een moeder vlak na de geboorte van een kind verzorgt, zodat de moeder voor het kind kan zorgen (Kittay 1999).

Filosofe Mullin (2005) ziet dan ook dat moeders met een handicap of psychische aandoening kritische kanttekeningen hebben bij de ideologie waarbij een enkel individu aan alle behoeften van een kind zou kunnen voldoen. Deze moeders zouden graag recht op hulp willen, betaald door de overheid (Mullin, 2005). Tegelijkertijd, zo stelt Mullin (2005), samen met Tronto (1993, 2013), dat het (ver)zorgende, ondersteunende werk in het huidige discours wordt gedevalueerd en als minderwaardig wordt gezien. Ook binnen het moederschapdiscours lijkt een scherp onderscheid gemaakt te worden tussen ‘echte’ moeders, die weten wat er moet gebeuren, en toezien op de uitvoering hiervan en het uitvoerende werk van de hulp (Mullin,

⁶ Sociaal constructivistisch proces van het identificeren van verschillen en overeenkomsten, waarbij sociale identiteit en saamhorigheid wordt bereikt. Er wordt aangeduid wie er wel en wie er niet ‘bij hoort’. De ‘*other*’ is diegene die er niet bij hoort, met andere kenmerken en eigenschappen.

2005, p. 146). Dit is in strijd met *'maternal thinking'*, zoals beschreven door Ruddick (1989). Het onderscheid tussen 'echte' moeders en 'de hulp' impliceert dat diegenen die het werk uitvoeren niet goed kunnen inschatten wat er nodig is, terwijl volgens Ruddick kennis ontstaat in de praktijk, in contact met anderen. In het huidige moederschapsdiscours is één 'echte' moeder te onderscheiden, terwijl zoals in paragraaf 2.1 te lezen is, Ruddick stelt dan een moeder eenieder kan zijn die zich toewijdt aan de behoeften van een kind.

Ten slotte passen moeders met een psychiatrische aandoening volgens Adams (2014) niet in de dichotomie *'mad vs. bad'*. Deze tegenstelling betreft een breed spectrum van mentale ziekten, ethnische en culturele verschillen en sociaal-economische lagen, die gezamenlijk in oppositie staan tot de 'goede' moeder (Adams, 2014). Dit soort onderscheiden helpen volgens Adams (2014) niet om de veel complexere werkelijkheid van moederschap te begrijpen. Ook de situatie van moeders met een PPD is niet eenduidig, maar altijd contextueel en relationeel, en gaat verder dan 'gek' of 'slecht'. Hiermee bepleit Adams (2014) ambiguïteit in plaats van de veel voorkomende idealisering en reductie van het moederschap. Van moeders lijkt geen boosheid, frustratie of woede te worden verwacht, laat staan dat ze haar kinderen vermoordt. Door deze verwachting moeten moeders aan hoge maatschappelijke en morele standaard voldoen. Als zij hier niet aan voldoen worden ze veelal gelabeld als 'gek' of 'slecht', terwijl deze labels geen recht doen aan moeders, die ook maar mensen zijn. Hierdoor is de praktijk van het moederschap niet zichtbaar als de ambigue praktijk waarin dan zorg, liefde en conflict naast elkaar bestaan (Adams, 2014). Dit sluit aan bij de zorgethische visie waarbij in praktijken moet worden gekeken om een beeld van de complexiteit te krijgen.

2.3 Afhankelijkheid en kwetsbaarheid zorgethisch doordacht

In de volgende paragrafen zal dieper worden ingegaan op de zorgethische concepten afhankelijkheid en kwetsbaarheid, aan de hand van het gedachtengoed van drie zorgethici, te weten filosofe Kittay, politicologe Tronto en theologe Van Heijst. Voor deze zorgethici is gekozen omdat zij een belangrijke bijdrage hebben geleverd aan de vormgeving van de zorgethiek zoals deze er momenteel uitziet. Daarnaast geven hun verschillende invalshoeken een rijker beeld van de concepten afhankelijkheid en kwetsbaarheid. Hierbij denkt met name Kittay uitdrukkelijk na over moederschap, hoewel specifiek van kinderen met een handicap. Na de uiteenzetting van de concepten, wordt in de conclusie beschreven hoe deze als kritische notie op het huidige discours rondom moederschap gezien kunnen worden.

2.3.1 Afhankelijkheid

Zorgerthici zien de mens als afhankelijk daar iedereen in zijn leven in min of meerdere mate afhankelijk is van de zorg van anderen (Kittay, 1999; Tronto, 2013; Van Heijst, 2005). Dit geldt niet alleen voor professionele zorgrelaties, maar voor iedereen, in welke conditie dan ook (Van Nistelrooij, Visse, Spekkink, & De Lange, 2017). Kittay (1999) stelt dat afhankelijkheid onvermijdelijk is, het is geworteld in de menselijke biologie. Immers, *“Everybody is some mothers’ child”* (Kittay, 1999). Deze notie verwijst naar de relatie die ontstaat door de zorg aan een kwetsbaar, afhankelijk persoon, voor zowel de zorgende als de afhankelijke. Deze relatie is alomtegenwoordig in de menselijke samenleving en fundamenteel voor onze menselijkheid (Kittay, 1999). Tronto (2017) sluit hierbij aan en stelt dat de mens altijd afhankelijk is: *“Dependent at birth, as death approaches and when we are ill or infirm, as well as dependent all the time . . .”* Zowel Kittay (2005, 2011), als Tronto (1993, 2013) zien de mens als *‘interdependent’*, ofwel *‘wederkerig afhankelijk’*, van elkaar om te kunnen functioneren.

Hoewel Van Heijst (2005, p. 39) dit niet tegenspreekt, blijkt zij moeite te hebben met het woord *‘afhankelijkheid’*, daar dit woord een connotatie heeft van behoefte, nood en lijden. Tronto (2013) herkent dit en stelt dat mensen zichzelf graag als autonoom en onafhankelijk zien, in staat om eigen beslissingen te nemen. Afhankelijkheid en autonomie worden als onverenigbaar gezien in het huidige discours, waar afhankelijkheid vooral in de privésfeer geplaatst wordt, voornamelijk bij vrouwen (Tronto, 2013). Een veelgebruikt voorbeeld van afhankelijkheid is het moeder-kindparadigma, hoewel al eerder gesteld werd dat dat niet de enige periode van afhankelijkheid is (Kittay, 2011). Toch toont ook dit paradigma aan dat niet alleen het kind afhankelijk is, maar ook de moeder. Bij uitstek in de kraamtijd, waar de moeder herstellende is van de bevalling, haar kind leert kennen en zoekende is naar een nieuwe structuur. In Nederland is er in deze periode kraamzorg beschikbaar om voor de moeder, het huishouden en de baby te kunnen zorgen, zodat de moeder voor haar kind kan (leren) zorgen. Daarnaast is de moeder in dit paradigma *‘afgeleid afhankelijk’*, ze kan niet zomaar weg uit de relatie met haar kind, zonder dat iemand de zorg en bescherming overneemt (Kittay, 1999; Tronto, 1993).

Van Heijst (2005) beschrijft afhankelijkheid als een asymmetrie in de zorgrelatie en drukt dit uit als *‘behoefte’*, daar asymmetrie ook neutraal of positief kan zijn en daarmee onvoldoende de dringendheid laat zien die de zorgrelatie beklemmend maakt. Van Heijst (2005) gaat echter verder dan de acute, zichtbare afhankelijkheid, welke zij als asymmetrisch beschrijft. Zij stelt dat er in de zorgrelatie ook een diepere behoefte is waarin beide partijen overeenkomen. Van Heijst (2005) ziet een relationele wederkerigheid, waarbij in de zorgrelatie

samen naar de acute behoefte wordt gewend en wordt onderkend wat er eigenlijk speelt. Het gaat dan niet alleen om de zorgvrager of zorgverlener, maar ook de behoefte iemand te zijn, een mens die ook iets betekent voor de ander. Dit noemt zij ‘dubbelstructuur van behoefteigheid’. Voorwaarde hierbij is wel, dat men in staat is tot wederkerigheid. In ieder mensenleven zijn er momenten dat dat niet het geval is en de zorg niet beantwoord kan worden (Kittay, 1999).

Bovenstaande illustreert dat onafhankelijkheid fictief is, volgens Kittay (2011) zelfs schadelijk fictief, hoewel het neoliberale idioom anders voorspiegelt.

2.3.2 Kwetsbaarheid

In de zorgethiek worden mensen gezien als fundamenteel afhankelijk, maar ook als fundamenteel kwetsbaar. Sterker nog, door veel zorgethici worden deze begrippen als vrijwel identiek gezien (Engster, 2018). Kittay (1999) stelt dat deze kwetsbaarheid zowel lichamelijk als emotioneel is en, hoewel de zorgvrager kwetsbaarder is ten opzichte van de zorgverlener, is ook de zorgverlener kwetsbaar, juist door het verlenen van zorg. Zo is er het risico van uitbuiting door de zorgvrager, naasten of maatschappij. Tronto (2013) sluit daarbij aan door te stellen dat iedereen in meer of mindere mate zorg behoeft. Dit brengt een zekere kwetsbaarheid met zich mee, hoewel dit niet altijd zo gezien wordt. Tronto (2013) geeft het voorbeeld van een kantoormedewerker. Over het algemeen worden deze niet als kwetsbaar gezien ten opzichte van de schoonmaker, die dagelijks het kantoor schoonmaakt en het vuilnis buiten zet. Pas op het moment dat deze schoonmaker stopt, wordt de kwetsbaarheid van de kantoormedewerker zichtbaar. Ook Van Heijst (2005) ziet de mens als kwetsbaar. Wel maakt zij een onderscheid tussen behoefteigheid en kwetsbaarheid, in navolging van Birnbacher. Iemand die behoefteig is, is aangewezen op hulp. Iemand die kwetsbaar is, heeft niet direct hulp nodig, maar wordt bedreigd door wat anderen hem kunnen (aan)doen. Desalniettemin volgt van Heijst (2005) Walker in de stelling dat mensen niet verdeeld moeten worden in kwetsbaar en niet-kwetsbaar. Ook wie verantwoordelijkheid draagt is kwetsbaar, zo worden bijvoorbeeld professionele zorgverleners geconfronteerd met de dreiging van strafrechtelijke maatregelen, zoals het tuchtrecht.

Hoewel blijkt dat iedereen kwetsbaar is, wordt dit in het huidige discours gezien als onvolwaardig. Mensen willen niet als zwak gezien worden (Van Heijst, 2005). Tronto (2013) betoogt echter dat voor het creëren van een nieuw paradigma, waarin zorg centraal staat en onderwerp op de politieke agenda is, de eerste stap het onderkennen van onze kwetsbaarheid is. We zijn allemaal zorgontvangers.

2.4 Conclusie

Verschillende zorgethici stellen dat iedereen in zijn leven in meer of mindere mate kwetsbaar is en afhankelijk van anderen. Het is fundamenteel voor onze menselijkheid. Moeders zijn kwetsbaar, temeer doordat zij zorgen. Deze zorgtaken kunnen zowel fysiek als mentaal veeleisend zijn. Daarnaast kunnen moeders toegenomen kwetsbaarheid ervaren, zonder dat deze direct zichtbaar is, door het verlies dat moederschap ook met zich meebrengt, de nieuwe rol die eigen gemaakt moet worden en de zorg voor volledig afhankelijk, kwetsbaar wezen.

Ook afhankelijkheid is zichtbaarder in het moederschap. In de peripartum periode, waar de fysieke afhankelijkheid is toegenomen, maar ook later door ‘afgeleide afhankelijkheid’⁷. In de zorgethische visie is moederschap niet afhankelijk van een enkel individu, maar is het een gedeelde, uitvoerende, taak. Zorgen in het algemeen, maar ook moederschap specifiek, is relationeel, situationeel en contextueel, waardoor er geen algemeen geldend beeld van goed moederschap geschetst kan worden. Goed moederschap ontstaat in de praktijk, in contact met anderen. Daarnaast zien ook zorgethici dat de druk op moeders toeneemt, dat zorgende personen worden gemarginaliseerd en afhankelijke personen misschien nog wel meer, door het proces van *otherness*. Deze zorgethische inzichten doen de vraag rijzen of door dit proces juist moeders met een PPD gemarginaliseerd worden, waardoor zij zich een minderwaardig lid van de samenleving voelen.

In het licht van kwetsbaarheid en afhankelijkheid, in combinatie met de (ervaren) druk op moederschap, kan de PPD gezien worden als meer dan een psychiatrische aandoening of zwakte, maar als voortkomend uit de fundamentele kwetsbaarheid van de mens. In het volgende hoofdstuk gaan wordt nader bekeken of dit te vinden is in het gangbare discours rondom moederschap.

⁷ Een zorgende kan niet zomaar uit weg, maar is afhankelijk van een ander in het overnemen van de zorgtaken (Kittay, 1999)

3. Het huidige discours

In het tweede theoretische hoofdstuk wordt middels een literatuurstudie gezocht naar een antwoord op de tweede deelvraag: “Welke maatschappelijke discoursen beïnvloeden volgens bestaande literatuur de ervaring van moederschap met PPD?”

In deze literatuurstudie wordt uitgegaan van het discours in de huidige, westerse samenleving. De gebruikte bronnen zijn dan ook veelal vanuit dit perspectief geschreven. In eerste instantie zal de achtergrond van het discours waarbinnen dit onderzoek plaatsvindt worden geschetst. Vervolgens zal er worden ingegaan op gedachten over (goed) moederschap, en de plaats van de PPD binnen (goed) moederschap. In de conclusie zal een antwoord op de tweede deelvraag worden geformuleerd.

3.1 Het neoliberale discours

Gesteld kan worden dat de huidige, westerse samenleving een neoliberale grondslag heeft. Hoewel er geen duidelijke definitie van het begrip ‘neoliberalisme’ te geven is, zijn er wel een aantal duidelijke kenmerken (Ganti, 2014, Tronto, 2017). Tronto (2017) beschrijft het neoliberalisme als internationale, dominante en niet te stoppen krachten, die de menselijke samenleving hervormen, waarbij de samenleving zich conformeert aan marktlogica. Dit economische domein is volgens Tronto (2013) zo dominant geworden, dat twee andere domeinen amper meer beschouwd worden als politiek relevant en onderwerp voor een maatschappelijk debat, namelijk: de familie en de gemeenschap waar men als burger deel van uitmaakt. Ten slotte stelt zij dat neoliberalisme een politieke ideologie is, waarbij het gedachtengoed een coherente visie geeft op de ordening van de samenleving. Zo is er een economisch systeem waarin de vrije markt centraal staat en sociale voorzieningen meer en meer geprivatiseerd worden, de bescherming van individueel bezit een belangrijke taak van de overheid is, mensen vrij zijn om te kiezen en verantwoordelijk zijn voor hun eigen gezondheid en succes (Ganti, 2014; McCabe, 2016; Pozniak, 2017; Tronto, 2013, 2017).

3.2 Moederschap & het neoliberale discours

In eerste instantie vraagt dit om een definitie, wat is moederschap? Er zijn verschillende definities te geven. Zo maakt het Ministerie van Justitie en Veiligheid (2019) onderscheid

tussen biologisch⁸ en juridisch of wettelijk⁹ moederschap. Daarnaast wordt in het huidige maatschappelijk discours onderscheid gemaakt tussen emotioneel en biologisch moederschap, hoewel de één de ander absoluut niet uitsluit (Barone, Carta, & Ozturk, 2018; Lansford, Ceballo, Abbey, & Stewart, 2001; Millbank, 2008). Verder is vanuit zowel biologisch als emotioneel perspectief de vraag wanneer moederschap begint. Begint dit bij de bevruchting van een eicel, wanneer de foetus levensvatbaar is of pas na de geboorte (Lagercrantz & Changeux, 2009; Mullin, 2005)? Hoewel er veel meer over deze standpunten te zeggen is, strekt het te ver om daar in dit (beperkte) onderzoek dieper op in te gaan. In het huidige, maatschappelijk discours wordt er over het algemeen vanuit gegaan dat moederschap het zorgen door een vrouw voor één of meerdere kinderen behelst, zowel emotioneel als materieel (Abetz & Moore, 2018; McCabe, 2016; Pozniak, 2017; Scharp & Thomas, 2017). In de volgende paragraaf zal verder worden ingegaan op hoe moederschap gezien wordt in het huidige discours en de bijbehorende beelden van goed moederschap.

3.2.1 Beelden van goed moederschap in het huidige discours

Zoals reeds kort benoemd in paragraaf 1.3 wordt het maatschappelijke discours rondom moederschap beïnvloed door het neoliberale paradigma (McCabe, 2016; Pozniak, 2017; Tronto, 1993). Zo beschrijven Brown, Small & Lumley (1997) dat het ‘oude’ idee over goed moederschap vooral liefde, geduld, betrouwbaarheid en veiligheid inhoudt, terwijl een ‘nieuwe’ goede moeder zich richt op het in stand houden van haar eigen onafhankelijkheid en individu, en in het zorgen voor een uitdagende leefomgeving voor de ontwikkeling van haar kind. Daarnaast is zij verantwoordelijk voor haar eigen welzijn en wordt verwacht dat ze de juiste, gezonde, verantwoorde keuzes maakt voor haar kinderen (McCabe, 2016; Pozniak, 2017).

Deze keuzes worden gemaakt op basis van informatie verkregen vanuit de geboorte-¹⁰, jeugdgezondheidszorg¹¹, naasten en sociale media. Uit onderzoek door sociologe McCabe

⁸ De moeder . . . van wie het DNA in het kind zit (Ministerie van Justitie en Veiligheid, 2019)

⁹ - De vrouw uit wie het kind is geboren. Dat geldt ook als het kind verwekt is met een donoreicel.

- De vrouw die het kind heeft geadopteerd.

- De duomoeder die automatisch ouder is geworden of het kind heeft erkend. Of de duomoeder waarvan de rechter het ouderschap vaststelt. (Ministerie van Justitie en Veiligheid, 2019)

¹⁰ Eerste- en tweedelijns verloskundigen, gynaecologen, kraamzorg (Wildschut & Boesveld, 2018)

¹¹ De jeugdgezondheidszorg (JGZ) biedt preventieve zorg aan alle kinderen in Nederland van 0 tot 19 jaar. De JGZ volgt de lichamelijke, psychische, sociale en cognitieve ontwikkeling van kinderen en geeft informatie aan ouders en kinderen over een gezonde ontwikkeling van het kind op al deze gebieden. Daarnaast signaleert de JGZ vroegtijdig mogelijke gezondheidsproblemen . . . en ook psychosociale problemen zoals en contactstoornissen. Waar nodig biedt de jeugdgezondheidszorg adequate ondersteuning of doorverwijzing (RIVM/Centrum Jeugdgezondheid, Dunnink, & Lijs-Spek, 2008).

(2016) blijkt dat de geboortezorg een belangrijke rol heeft in het creëren van ‘neoliberale moeders’. Zij beschrijft dat ook verloskundigen onderdeel zijn van de zorgeconomie, passend bij de neoliberale visie. Hierdoor zijn ervaringen rondom moederschap niet individueel, maar ingebed in een groter, maatschappelijk en cultureel vormgegeven geheel. Moeders en hun kinderen zijn altijd al instrument geweest in het proces van privatisering door de overheid, aldus McCabe (2016). Waar de overheid toenemend de focus legt op gemedicaliseerde bevallingen en daarbij de autonomie en keuzevrijheid van vrouwen beperkt, proberen verloskundigen de positie en stem van vrouwen te versterken door middel van *empowerment* (McCabe, 2016). Door deze *empowerment* worden echter onbedoeld positionele privileges versterkt, waardoor de wensen en behoeften van de kwetsbare, minder bemiddelde populatie onzichtbaar worden, aldus McCabe (2016). Zij stelt dat *empowerment* ervoor zorgt dat degenen die niet in staat zijn tot het maken van keuzes, gemarginaliseerd worden en gezien worden als ‘onvolkomen consumenten’.

Het is echter de vraag hoe ‘vrij’ de keuzevrijheid met betrekking tot het maken van beslissingen rondom moederschap eigenlijk is. Uit diverse onderzoeken blijkt dat vanuit het neoliberale discours vooral *intensive mothering* wordt gepromoot (Abetz & Moore, 2018; McCabe, 2016; Rizzo, Schiffrin, & Liss, 2012; Scharp & Thomas, 2017). *Intensive mothering* omvat vijf factoren, namelijk essentialisme (de biologische moeder als zijnde de enige echte moeder), vervulling (moeders zijn compleet vervuld door hun kinderen), stimulatie (moeders stimuleren hun kinderen voortdurend), uitdaging (moederschap is moeilijk en vermoeiend) en kindgericht (het leven van de moeder draait om haar kind) (Rizzo et al., 2012; Suter, Seurer, Webb, Grewe, & Koenig Kellas, 2015). McCabe (2016) beschrijft *intensive mothering* als liberaal bij uitstek, daar er van moeders zelfdiscipline, impulscontrole en beheersing van hun lijf en relaties wordt verwacht. Daarnaast vraagt *intensive mothering* een door deskundigen begeleide opvoeding, waarbij de wensen en behoeften van het kind centraal staan, zowel financieel als emotioneel (Abetz & Moore, 2018). De heersende verwachting daarbij, is dat moeders risico’s onder controle hebben en zowel emotioneel als materieel de juiste en deskundig geïnformeerde keuzes maken, op het gebied van vaccinaties, (borst)voeding, slapen, etc. (McCabe, 2016; Scharp & Thomas, 2017). Door deze vorm van ouderschap, zijn moeders het voertuig van neoliberale waarden als competentie, verantwoordelijkheid, zelfdiscipline en behoedzaamheid (McCabe, 2016).

Tegelijkertijd is er de eerder genoemde invloed van sociale media. Abetz & Moore (2018) onderschrijven het neoliberale ideaalbeeld van *intensive mothering*, maar zien in de praktijk dat dit beeld voortdurend bediscussieerd wordt in sociale media. Zij noemen deze trend

combative mothering – strijdlustig moederschap, waarbij een constante strijd gaande is over wie de beste moeder is. Volgens Abetz & Moore (2018) begon deze discussie met het antagonisme tussen thuisblijfmoeders en werkende moeders, maar heeft deze zich intussen verbreed naar een veelvoud van opvoedfilosofieën en -praktijken. Deze discussies vinden met name plaats op *facebook* en in zogenaamde *mommy blogs*¹². Deze platforms worden gebruikt door vrouwen om de worstelingen met het moederschap bespreekbaar te maken (Abetz & Moore, 2018; Gibson, 2019). Dit kan bevrijdend zijn, op sociale media is er immers de mogelijkheid anoniem taboes te bespreken. Tegelijkertijd kunnen sociale media beperkend werken voor zowel identiteit als praktijk, want sociale media zijn ook een omgeving van sociale controle, waar moeders al snel een label opgeplakt krijgen zoals ‘voetbalmoeder’, ‘yummy mummy’, ‘eco-mama’ en ‘carrièremoeder’. Door deze labels, lijken moeders geen ruimte te krijgen zelf controle uit te oefenen op hun identiteit als moeder, en worden ze beoordeeld op basis van gemaakte (opvoed)keuzes, aldus Abetz & Moore (2018). Daarnaast beschrijven Abetz & Moore (2018) een verlangen tot saamhorigheid en veiligheid, dat lijkt te ontstaan uit het delen van dezelfde ideeën rondom ouderschap. Hierdoor zou een deel van de discussie voort kunnen komen uit het verlangen naar steun van en bevestiging door andere moeders (Abetz & Moore, 2018, Gibson, 2019).

Scharp & Thomas (2017) vatten deze discoursen samen als ‘het discours van de (zelf)opofferende, gelukzalige moeders’ en ‘het discours van de moeders als compleet persoon’. Uit de taal van de eerste groep moeders lijkt het alsof ze hun kinderen altijd op de eerste plaats zetten, ook als dit ten koste gaat van henzelf en hun behoeften. Het lijkt alsof ze positieve gevoelens ten opzichte van zwanger-, moederschap en hun kinderen hebben en uiten en alsof ze directe liefde en verbondenheid voelen met hun ongeborn kind, tijdens de zwangerschap en direct na de geboorte. Uit de taal van de tweede groep moeders komt naar voren dat ze ook zichzelf als belangrijk individu zien, met behoefte aan (zelf)zorg. Ook zij kunnen positieve gevoelens hebben ten opzichte van zwanger-, moederschap en hun kinderen, maar ervaren ook moeilijkheden en gevoelens als angst, boosheid en verdriet. Ten slotte zien en ervaren zij liefde en verbondenheid als veranderlijk, met de mogelijkheid tot groei en ontwikkeling (Scharp & Thomas, 2017).

¹² Blogs over moederschap, waarin verslag wordt gedaan van het leven van moeders terwijl ze hun kinderen grootbrengen (Abetz & Moore, 2018)

3.2.2 Beelden van PPD

Zoals reeds in paragraaf 1.2 geschetst blijkt de PPD veelvoorkomend, tot 20% van de moeders krijgt hiermee te maken (Shorey, Chee, Ng, Chan, Tam & Chong, 2018). Hirst & Moutier (2010) stellen dat het belangrijk is om de depressie te onderscheiden van de ‘kraamtranen’, of ‘baby blues’. Het grootste verschil zit in de duur en de ernst van de klachten. Waar kraamtranen vaak twee of drie dagen na de bevalling beginnen en over zijn na maximaal tien, duurt een PPD minstens twee weken. Daarnaast wordt PPD gekenmerkt door invalidatie van het normaal dagelijks functioneren. De symptomen kunnen bestaan uit een sombere stemming, verminderde interesse in aangename bezigheden, verminderde energie, veranderingen in het slaappatroon, gewichtsveranderingen, verminderde concentratie en besluiteloosheid, schuldgevoel of gevoel van waardeloosheid, psychomotorische vertraging of agitatie en suïcidale ideaties (Hirst & Moutier, 2010). Naast de effecten die een PPD op de moeder zelf heeft, heeft de PPD ook effect op de groei en gezondheid van het kind, alsmede op de cognitieve, sociaal-emotionele, motorische en spraak- taalontwikkeling (Slomian, Honvo, Emonts, Reginster, & Bruyère, 2019).

In het licht van deze symptomen en invloeden, blijkt uit onderzoek dat zwangere vrouwen en moeders met depressies, zichzelf als ‘slechte moeder’ zien (Brown, Small & Lumley, 1997; Hurt, 2007; Kantrowitz-Gordon, 2013; Moore, Ayers & Drey, 2016; Rizzo et al., 2012; Scharp & Thomas, 2017). Zij voelen zich schuldig omdat ze niet kunnen voldoen aan de verwachtingen en idealen binnen het discours. Het idee van een ‘goede moeder’ is veelal niet verenigbaar met een psychiatrische aandoening en de ervaringen van moeders met een PPD staan in schril contrast met het huidige discours met betrekking tot goed moederschap (Scharp & Thomas, 2017). De boodschap die vrouwen krijgen is dat goed en gelukkig moederschap begint bij de conceptie, omdat een onevenwichtige stemming zelfs tijdens de zwangerschap verstrekkende gevolgen kan hebben voor het kind (Held & Rutherford, 2012). Ook na de zwangerschap blijft de nadruk liggen op stabiliteit en positiviteit, passend bij het ideaal van *intensive mothering* (Rizzo et al., 2012). Tegelijkertijd blijkt uit onderzoek door psychologen Rizzo et al. (2012) dat *intensive mothering* geassocieerd wordt met een hogere prevalentie van PPD, door de ervaren prestatiedruk. Uit divers onderzoek naar postpartum somberheid en depressies blijkt dat het moederschap een paradoxale ervaring is (Held & Rutherford, 2012; Kantrowitz-Gordon, 2013). Zo kunnen vrouwen gelukkig zijn moeder van hun kind te zijn, maar ongelukkig met het verlies dat het nieuwe moederschap met zich meebrengt, zoals verlies van autonomie en tijd, uiterlijk, vrouwelijkheid en seksualiteit, en professionele identiteit (Kantrowitz-Gordon, 2013). Tegelijkertijd zien psychologen Held & Rutherford (2012) dat

deze paradox niet het discours rondom moederschap en PPD heeft beïnvloed, waardoor de PPD een gestigmatiseerde aandoening blijft. De nadruk ligt op het veranderen van moeders, zodat ze weer gelukkig worden, in plaats van het aanpassen van het discours, waarbij het niet uit lijkt te maken of dit moeders helpt of belemmert (Held & Rutherford, 2012).

Het tweeledige stigma dat rust op PPD en het gevoel van falen als moeder, maakt dat veel vrouwen ervoor kiezen te lijden in stilte en geen hulp aan hun omgeving te vragen (Kantrowitz-Gordon, 2013). Ook bij professionele hulp wordt een drempel ervaren, vanwege schaamte, onbekendheid met voorzieningen, of angst dat hun kind wordt afgenomen (Kantrowitz-Gordon, 2013; Thorsteinsson, Loi & Farr 2018). Wel wordt er hulp en (h)erkenning gezocht in de anonimiteit van ‘zelfhulpgroepen’ op internetfora, waar veelal een meer positief en begripvol discours aangaande PPD heerst (Moore et al., 2016). Verloskundig specialist en onderzoeker Kantrowitz-Gordon (2013) ziet dat veel vrouwen schaamte, zelfveroordeling en zowel geestelijke als lichamelijke onthechting ervaren, wat in contrast staat met het eerder beschreven ideaal van vreugdevol moederschap. Toch blijkt uit dit onderzoek dat, zelfs in de relatieve anonimiteit van het internet, vrouwen het moeilijk vinden over hun PPD te spreken (Kantrowitz-Gordon, 2013).

3.3 Conclusie

Uit het voorgaande blijkt dat het huidige discours gekenmerkt wordt door een neoliberale grondslag, waarin de vrije markt centraal staat en de markt geacht wordt in alle behoeften te kunnen voorzien. Ditzelfde discours strekt zich uit tot de huidige beelden van goed moederschap. Moeders worden geacht onafhankelijk te zijn en in staat te zijn de juiste, verantwoorde keuzes te maken voor hun kind(eren). Deskundige begeleiding van geboorte- en jeugdgezondheidszorg speelt hierbij een belangrijke rol. Tegelijkertijd staat niet alleen de zorg voor de kinderen centraal. Van moeders wordt ook verwacht dat zij zelfdiscipline en impulscontrole hebben, goed voor hun lichaam zorgen en een rijk sociaal leven onderhouden. Er wordt verwacht dat ze terugkeren naar hun producerende en consumerende rol. Moeders lijken deze rol te internaliseren en uiten zich als een rationele, kiezende consument.

Echter, deze verwachtingen en rollen lijken een aandeel te hebben in de (visie op) de PPD. Enerzijds mag je als moeder je niet depressief zijn, want dat brengt risico's mee voor het kind, anderzijds móét je gelukkig zijn, je hebt immers een kind gekregen. Moeders met een PPD lijken hun somberheid weinig te delen omdat, naast schaamte en angst, ook zelf(ver)oordeling en het idee van falen in het moederschap een rol speelt.

4. Methode

Dit onderzoek wordt uitgevoerd door mij als onderzoeker, de methode is daarom beschreven vanuit het ik-perspectief.

Zoals benoemd in paragraaf 2.1 wordt zorgethisch onderzoek gekenmerkt door een dialectische relatie tussen theoretisch en empirisch onderzoek (Leget et al., 2017). Naast voorgaand theoretisch onderzoek, heb ik tevens een empirisch onderzoek uitgevoerd, waarvan de resultaten worden gepresenteerd in hoofdstuk 5. In dit hoofdstuk zal ik ingaan op de onderzoeksbenadering en methode van het empirische deel van dit onderzoek. Vervolgens zal ik aandacht besteden aan de manier van dataverzameling en -analyse en worden de ethische overwegingen en kwaliteitscriteria beschreven.

4.1 Onderzoeksbenadering

Ik zal dit onderzoek zal uitvoeren vanuit het sociaal constructivistisch paradigma (Creswell & Poth, 2018). In dit paradigma staat het idee centraal dat de realiteit die wij kennen sociaal geconstrueerd is. Deze realiteit krijgt vorm door het geven van subjectieve betekenissen aan ervaringen. (Creswell & Poth, 2018; Johnson & Parry, 2015).

Onderzoek vanuit het sociaal constructivisme is niet gericht op het verkrijgen van een absolute waarheid, maar op het oplichten van de sociaal geconstrueerde realiteit (Johnson & Parry, 2015). Hierbij wordt zo dicht mogelijk bij de individuele, subjectieve inzichten gebleven, om van hieruit een theorie of patroon van betekenis te genereren of inductief te ontwikkelen (Creswell & Poth, 2018). De ideeën omtrent het moederschap worden eveneens sociaal geconstrueerd, doordat vrouwen zich baseren op datgene wat ze lezen, ervaren in de praktijk en in gesprek met anderen. Hierdoor hangen ideeën en verwachtingen van kwetsbaarheid en afhankelijkheid samen met een sociaal-politieke context, relevant voor zorgethiek als politieke ethiek (Leget et al., 2017). Om deze samenhang te doen oplichten bestaat dit onderzoek uit een combinatie van empirie en theorie.

4.2 Onderzoeksmethode

Om inzicht te krijgen in de geleefde ervaring van moeders met een PPD heb ik gekozen voor een narratieve analyse. Narratieven kunnen een belangrijke rol spelen in het verhelderend van de veelal complexe en onzichtbare wereld van de ‘ander’ en geven gemarginaliseerde en gestigmatiseerde individuen de mogelijkheid hun stem te laten horen (Mattingly & Lawlor,

2000). Dit maakt de narratieve analyse bij uitstek geschikt voor onderzoek naar moeders met een PPD, welke zowel gestigmatiseerd als gemarginaliseerd lijken te worden (zie hoofdstuk 2 en 3).

Deze methode begint bij de ervaringen zoals deze worden verwoord en geleefd in verhalen van individuen (Creswell & Poth, 2018). Hierbij is geen directe ‘ruwe’ ervaring mogelijk, de gebeurtenissen krijgen vorm en betekenis in de context van de interactie met anderen. Dat maakt dat de gegeven betekenissen niet vaststaand zijn (Visse, 2014). Riessman (2008) stelt dat verhalen niet het verleden weerspiegelen, maar reconstrueren. Het gaat in narratief onderzoek dus zowel om geconstrueerde verhalen, als om de geleefde ervaring van mensen (Visse, 2014). Verder wordt de narratieve analyse gekenmerkt door wisselwerking tussen de onderzoeker en de participant, de narratieven verschijnen in de dialoog of interactie (Creswell & Poth, 2018).

Deze methode past zowel binnen de *toolkit* van zorgethisch onderzoek, als bij het sociaal constructivistisch kader (Leget et.al., 2017). Bij de narratieve analyse wordt, net zoals bij het sociaal constructivisme, niet gezocht naar algemene waarheden. Om de identiteit van de verteller te doen oplichten, alsmede hoe de verteller zichzelf ziet, wordt dichtbij de participant gebleven (Creswell & Poth, 2018). Ook zorgethiek blijft dichtbij de participant en houdt rekening met contextualiteit. Hierdoor is het moreel juiste niet vaststaand, maar afhankelijk van factoren als macht, positie, kwetsbaarheid en relationaliteit (Leget et.al., 2017). Zowel sociaal constructivisme als narratief onderzoek veronderstellen dat het grote zich in het kleine bevindt: via individuele ervaringen leren we, direct dan wel indirect, over algemeenheden (Visse, 2014).

4.3 Casusdefinitie

Voor het uitvoeren van dit onderzoek heb ik gezocht naar vrouwen met ervaring met een PPD. Daar dit een kwetsbare groep is (zie hoofdstuk 2), zocht ik naar vrouwen die hun verhaal deelden op het internet, in *blogs*. Werving via fora heb ik overwogen, maar wegens beperkende forumregels niet gedaan. Oproepen met betrekking tot onderzoek zijn veelal niet toegestaan.

In totaal heb ik zestien vrouwen per mail benaderd, met een uitleg van het doel en achtergrond van het onderzoek (voor de betreffende mail, zie bijlage 3). Hierop reageerden acht vrouwen. Van deze acht vrouwen stonden zes open voor een interview. Hiervan heb ik er uiteindelijk vijf kunnen plannen, waarna één van de participanten besloot niet mee te doen in verband met het COVID-19 virus, wegens het onpersoonlijke aspect van een telefonisch of online interview.

Vier interviews konden doorgaan. De interviews zouden aanvankelijk op verzoek van de participanten respectievelijk telefonisch, op een neutrale locatie (een café) en bij haar thuis plaats vinden. Echter, door de tussenkomst van COVID-19, heeft één van de interviews thuis plaats kunnen vinden, de overige gesprekken werden telefonisch gevoerd.

Mijn voorkeur lag bij het includeren van meer participanten, maar door de beperkte respons op de wervingsmail, beperkingen door COVID-19 en de beperkte omvang en tijdsperiode van dit onderzoek, heb ik ervoor gekozen het aantal ervaringsverhalen uit te breiden door ervaringsverhalen toe te voegen zoals vertoond in de documentaire *Roze Wolk* (Draaijer en Hoeve, 2016). Hoewel de producent van de documentaire keuzes heeft gemaakt in het tonen van de verhalen en het dus geen ruwe data meer zijn, geeft deze documentaire een aanvulling, waardoor de onderzoeksdata rijker zullen zijn. Via mail heb ik contact opgenomen met de regisseuse van de documentaire, zij gaf mij de emailadressen van de vier vrouwen uit de documentaire. Deze vrouwen gaven allen toestemming tot gebruik van hun verhaal. Eén van de participanten deed haar verhaal tevens in de documentaire, met haar is afgesproken het interview te laten vervallen en de documentaire te gebruiken. Haar mogelijkheden tot een interview werden beperkt door COVID-19, daar zij als verpleegkundige werkzaam is. Uiteindelijk heb ik voor dit onderzoek zeven ervaringsverhalen kunnen gebruiken, waarvan drie middels een interview, en vier uit de eerder genoemde documentaire.

De moeders hebben alle zeven een Nederlandse achtergrond. Tevens hebben alle participanten een betrokken partner. Drie moeders ervoeren voor het eerst een PPD, één van hen maakte haar tweede PPD door, zij had ook een PPD na de geboorte van haar eerste kind. Van de zeven moeders had één voor de zwangerschap klachten van psychiatrische aard in de vorm van paniekaanvallen. De overige moeders hadden naast de PPD geen ervaring met klachten passend bij een psychiatrische aandoening.

4.4 Dataverzameling

Binnen de narratieve analyse kunnen verhalen verzameld worden middels interviews, observaties, documenten en afbeeldingen (Creswell & Poth, 2018). Zoals in voorgaande paragraaf reeds vermeld, heb ik wegens de beperkte omvang en tijdsperiode van dit onderzoek ervoor gekozen gebruik te maken van interviews, aangevuld met ervaringsverhalen uit documentaire ‘De roze wolk’.

Interviews

De interviews heb ik semigestructureerd afgenomen, dat wil zeggen dat het interview de vorm heeft van een informeel gesprek (Johnson & Parry, 2015). Dit is passend bij onderzoek middels een narratieve analyse, waarbij het interview niet bestaat uit een vraag-antwoord gesprek tussen onderzoeker en participant (Riessman, 2008). Hoewel het verhaal van de participant leidend was, gebruikte ik een *topiclijst* (bijlage 4) met onderwerpen en mogelijke vragen om richting aan het gesprek te geven. Hierdoor kon ik zo dicht mogelijk bij de woorden en ervaring van de participant blijven (Creswell & Poth, 2018; Johnson & Parry, 2015). De interviews werden gestart met een korte toelichting op mijzelf en mijn onderzoek en de vraag of de participant zelf op dat moment nog vragen had. Soms was dat niet het geval, een ander had nog vragen over privacy. Hierbij heb ik toegelicht dat de data geen eigen leven kunnen gaan leiden, maar beschermd worden opgeslagen en worden vernietigd na afronding van de thesis. De interviews zelf duurden tussen een half en ruim een uur.

Documentaire

In de zoektocht naar een geschikte documentaire, bleken de mogelijkheden zeer beperkt. Twee documentaires kwamen naar voren, één Britse documentaire van Louis Theroux, ‘Mothers on the edge’ (Barrow & Casebow, 2019) en de Nederlandse documentaire ‘De roze wolk’ van de regisseuse Anne-Marieke Graafmans (Draaijer en Hoeve, 2016). Ik heb gekozen voor de Nederlandse documentaire, daar deze beter aansluit bij dit onderzoek, dat ook vanuit Nederlandse achtergrond plaatsvindt. In de documentaire ‘De roze wolk’ komen vier vrouwen aan het woord, zij vertellen over hun ervaring met PPD aan Graafmans. Daarnaast is er (beperkt) ruimte voor de ervaring van de partners, ik heb ervoor gekozen hun verhaal niet mee te nemen in de analyse, daar dit onderzoek zich toespitst op de ervaring van vrouwen met een PPD.

Zowel de interviews als de documentaire zijn als tekst behandeld en verbatim getranscribeerd.

4.5 Data-analyse

Om zicht te krijgen op de betekenis van de PPD voor de participanten, heb ik ervoor gekozen gebruik te maken van een thematische narratieve analyse. De focus ligt bij deze benadering op datgene wát er gezegd is, met intact-lating van het verhaal, aldus Riessman (2008). Hierbij blijft ruimte voor de ambiguïteit van de persoonlijke verhalen. De analyse is traag en nauwgezet, met aandacht voor nuances, context en beïnvloedende discoursen van het narratief (Riessman, 2008;

Visse, 2014). In paragraaf 4.5.1 beschrijf ik de *sensitizing concepts* en hoe deze van toepassing waren tijdens de data-analyse. Vervolgens beschrijf ik in paragraaf 4.5.2 de genomen stappen tijdens het analyseproces, waarbij ik zoveel mogelijk aan deze richtlijn heb geprobeerd te voldoen. Gedurende het analyseproces zijn er twee lagen ontstaan. De buitenste laag ontstond door dichtbij de precieze uitspraken van de participanten te blijven en getrouw hun verhaal tot spreken te brengen. De binnenste cirkel, gemarkeerd met pijlen, ontstond door een tweede data-analyse met de concepten afhankelijkheid en kwetsbaarheid als lens. Deze tweede wijze van analyseren, beschrijf ik in paragraaf 4.5.3.

4.5.1 Sensitizing concepts

Sensitizing concepts kunnen in kwalitatief onderzoek richting geven aan de taal en de betekenis van woorden die de onderzochten gebruiken (Blumer, in Patton, 2015). Meer algemeen stelt Gilgun (2002, in Bowen, 2006) dat *sensitizing concepts* het startpunt van het onderzoek zijn, ook zonder dat de onderzoeker zich hiervan bewust is. Tegelijkertijd stelt Gilgun (2002, in Bowen, 2006) dat *sensitizing concepts* niet alleen richting geven aan belangrijke aspecten van het onderzoek, maar ook de aandacht kunnen afleiden van andere belangrijke aspecten. Daarom is er voor de interviews voor gekozen alleen een *topiclijst* met suggesties voor vragen en onderwerpen op te stellen, waar geregeld van werd afgeweken. Dit, om vooringenomenheid zoveel mogelijk te voorkomen. Voor de data-analyse is wel gebruik gemaakt van richtinggevende concepten, namelijk: depressie, afhankelijkheid, kwetsbaarheid, zorg, liefde, verwachtingen, emoties en moederschap.

4.5.2 Narratieve data-analyse: buitenste laag

Voor een narratieve analyse lijkt geen vast stappenplan te zijn, de analyse is flexibel, met weinig houvast (Creswell & Poth, 2018; Johnson & Parry, 2015; Riessman, 2008). Desalniettemin heb ik, om de codes en thema's zoveel mogelijk uit de tekst te laten oplichten, verschillende stappen doorlopen in het analyseren hiervan. Deze stappen heb ik gebaseerd op analysemethodes zoals beschreven door Visse (2014), Riessman (2008) en Creswell & Poth (2018). De analyse was geen lineair, maar een iteratief proces, waarbij steeds heen en weer werd bewogen tussen de stappen.

1. Actief luisteren

De eerste stap na het transcriberen van de gesproken tekst was het opnieuw beluisteren van de opnames en het opnieuw bekijken van de documentaire. Ditmaal met extra aandacht voor verschillende blikrichtingen, zoals inhoud (*wat* wordt er gezegd), discours (*hoe* wordt het gezegd), tijd en plaats (Visse, 2014). Door het uitvoeren van deze stap, kreeg ik zicht op de context en belangrijke momenten of keerpunten voor de deelnemers.

2. Gedetailleerd hertranscriberen

Na het actief beluisteren en bekijken heb ik de tekst aanvullend getranscribeerd, waarbij de transcripties werden aangevuld met eerder onopgemerkte details als pauzes, verschil in toonhoogte of stemverheffing. Hierdoor werden onderzoeksdata rijker, met aandacht voor de context van het narratief en betekenisgeving van de participant (Visse, 2014).

3. Coderen

De codes heb ik vastgesteld met oog voor belangrijke momenten, plekken en tijd, zoals aangegeven door de participanten zelf, maar ook door herhaling of beklemtoning door bijvoorbeeld toonhoogte. Daarnaast werden codes op meer inhoudelijke basis vastgesteld, gebruik makend van de *sensitizing concepts* (Creswell & Poth, 2018; Riessman, 2008; Visse, 2014). De chronologie van de tekst werd losgelaten om recht te kunnen doen aan inhoud en verloop van het verhaal (Visse, 2014). Na het vaststellen van de codes, werden overeenkomstige codes samengevoegd met behulp van het computerprogramma ATLAS.ti. Vervolgens zijn de codes gegroepeerd om thema's te construeren, zoals gepresenteerd in hoofdstuk 5.

4. Optekenen en afstemmen

In deze stap heb ik de thema's geconstrueerd en vergeleken met het originele verhaal, zoals te lezen in de transcripties (Visse, 2014). Tevens was er aandacht voor de kwaliteitscriteria, beschreven in paragraaf 3.8.

5. Hervertellen

Zowel Creswell & Poth (2018) als Riessman (2008) beschrijven als laatste stap van een narratieve analyse het 'hervertellen' van het narratief. Hierbij worden de verhalen herschreven tot een logisch of chronologisch verhaal. In dit onderzoek heb ik ervoor gekozen de data niet als narratief te presenteren, om zo dicht mogelijk bij het verhaal van de participant te blijven, maar ook omdat verschillende participanten hierom gevraagd hebben in het kader van hun

privacy. In een narratieve hervertelling zouden details prijsgegeven worden, welke ze niet openbaar wilden maken. De data geef ik in hoofdstuk 5 weer in uitgebreide citaten, welke verbonden zijn in thema's.

4.5.3 Tweede analyse: binnenste laag

Gedurende het analyseproces middels de hierboven beschreven narratieve methode, kwamen de *sensitizing concepts* afhankelijkheid en kwetsbaarheid als enige van de gebruikte concepten niet prominent naar voren. Hierdoor rees de vraag of kwetsbaarheid en afhankelijkheid daadwerkelijk geen rol hebben in de geleefde ervaring met PPD? Het is betoogd door de eerder in dit onderzoek genoemde zorgethici dat in het huidige discours weinig ruimte is voor kwetsbaarheid en afhankelijkheid. Door het dusdanig internaliseren van dit discours en de ideologie van zelfredzaamheid, zou het kunnen betekenen dat de participanten de ervaringen met deze concepten onbewust naar de achtergrond duwen (Tronto, 2013; Van Heijst, 2005). Tegelijkertijd heb ik voor dit onderzoek een specifieke groep vrouwen geïnterviewd, een groep die al eerder naar buiten trad met hun verhaal. Het zou kunnen dat zij kracht herwonnen hebben, maar ook dat het een groep is met specifieke kenmerken, waardoor zij minder kwetsbaarheid en afhankelijkheid ervaren hebben.

Met deze mogelijkheden mijn achterhoofd, heb ik een tweede analyse van de data uitgevoerd. Om op een hoger abstractieniveau te kunnen analyseren heb ik opnieuw naar de data gekeken, met de concepten afhankelijkheid en kwetsbaarheid als lens, passend bij zorgethisch onderzoek. Zoals reeds uiteengezet in paragraaf 2.1 en zichtbaar in bijlage 1, wordt zorgethisch onderzoek gekenmerkt door een dialectische beweging tussen bevindingen uit theoretisch en empirisch onderzoek (Leget et al., 2017; Van Nistelrooij & Visse, 2018). Door het aanvullen van de originele data met deze lenzen, mijn aantekeningen van non-verbale uitingen en eigen kennis, lichtte op wat minder expliciet gezegd is en de (sub)betekenis van de thema's van de ervaringen met PPD's. Met andere woorden, er ontstond een gelaagdheid in de ervaringen, die niet direct zichtbaar werd in de eerste analyse, maar wel essentieel is voor de ervaringen van de participanten. Door het toevoegen van de binnenste laag beoog ik recht te doen aan de complexe ervaringen met de PPD.

4.6 Datamanagement

Voor het datamanagementplan, zie bijlage 2.

4.7 Ethische overwegingen

Gedurende het onderzoek ben ik mij steeds bewust geweest van de kwetsbaarheid van de participanten en het onderwerp PPD. Daarom heb ik ervoor gekozen voor dit onderzoek vrouwen te benaderen die reeds in de openbaarheid zijn getreden met hun verhaal en zo een zekere openheid hebben getoond. Desalniettemin blijft bewustheid van de gevoeligheid van het onderwerp van belang. Hoewel doorvragen essentieel is bij een narratief onderzoek, mag dit niet ten koste gaan van de participant. Dit vraagt een empathische, open en reflexieve houding van de onderzoeker. Hierdoor heb ik mij bewogen in een voortdurend proces van bewustwording met betrekking tot positie, vooronderstellingen en de mogelijke invloed hiervan op het onderzoek (Finlay, 2008). Ik heb gedurende het onderzoek een reflectief dagboek bijgehouden ter ondersteuning van dit proces. Ook tijdens het schrijven van het onderzoeksrapport spelen ethische overwegingen een rol. Ik ben mij bewust van het feit dat ik nooit het verhaal van de participant volledig kan begrijpen. Daarom heb ik de participanten betrokken bij de analyse middels een *membercheck*. Daarnaast heb ik alle verhalen volledig geanonimiseerd en heb ik ervoor gekozen, ook op verzoek van de participanten, geen volledige narratieven toe te voegen.

Ten slotte blijf ik bereikbaar voor vragen of opmerkingen vanuit de participanten, ook na het onderzoek.

4.8 Kwaliteitscriteria

Voor het vaststellen van de kwaliteitscriteria van dit onderzoek zijn de karakteristieken van het uitvoeren van kwalitatief onderzoek van Creswell & Poth (2018) en de beoordeling van narratief onderzoek door Visse (2014) gebruikt.

| | |
|----------------|--|
| Reflexiviteit | De onderzoeker ‘positioneert’ zichzelf in het onderzoek door toelichting over haar achtergrond, geschiedenis, wat ze wil bereiken met dit onderzoek en hoe haar achtergrond mogelijk het onderzoek beïnvloedt. |
| Accuraatheid | De stem van de participant en de onderzoeker zijn vergelijkbaar met het verhaal tijdens het interview. Dit wordt nagegaan middels een <i>membercheck</i> bij de participant. |
| Coherentie | De onderdelen van de analyse vormen een betekenisvol geheel. |
| Meervoudigheid | Er wordt rekening gehouden met de complexiteit van het verhaal, waardoor het wellicht niet gereduceerd kan worden tot een ‘kloppend’ geheel. Er is ruimte voor open eindes en tegenstrijdigheid. |

5. Empirische bevindingen

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de derde deelvraag: “Wat is de geleefde ervaring van moeders met een PPD en spelen afhankelijkheid en kwetsbaarheid daarin een rol?”. Het antwoord op deze vraag wordt gevormd door de analyse van zeven narratieven van de ervaring van moeders met een PPD.

In het eerste deel van het hoofdstuk komen de ervaringen van de moeders met een PPD aan bod, geanalyseerd volgens de in de methodesectie beschreven stappen van een narratieve analyse. Hierbij wordt zo dicht mogelijk bij de letterlijke tekst gebleven. In het tweede deel van dit hoofdstuk wordt de binnenste laag gepresenteerd, een tweede analyse van de empirische data.

Figuur 1 laat schematisch zien hoe de binnenste laag de kern van de ervaringen weergeeft. De thema's in zowel de binnenste als de buitenste laag zijn met elkaar verbonden, waarbij de thema's in de binnenste laag als een rode draad door de buitenste laag lopen. De pijlen illustreren hoe de thema's met elkaar verbonden zijn en niet los van elkaar te zien zijn, zij vormen een complex geheel.



Figuur 1

5.1 Buitenste laag

In de eerste paragraaf wordt besproken welke ervaringen volgens de empirische data kenmerkend zijn voor depressie. In de tweede paragraaf wordt ingegaan op de ervaringen van de participanten met moederschap en PPD. Daarna volgen paragraaf drie en vier, waarin respectievelijk de ervaring van de participanten met PPD in relatie tot anderen en in relatie tot zorg aan bod komt. Deze thema's overlappen elkaar en kunnen niet los van elkaar gezien worden.

5.1.1 Lichamelijkheid, emotie & PPD

In de narratieven wordt door de participanten geschetst welke lichamelijke en emotionele ervaringen kenmerkend zijn voor de PPD. Hoewel emotie ook als een lichamelijke ervaring zou kunnen worden gekenmerkt, worden emotie en lichamelijkheid in dit onderzoek als verschillende concepten behandeld om de lichamelijke ervaring van de PPD te kunnen benadrukken.

Lichamelijkheid

Uit de narratieven blijkt lichamelijkheid een grote rol te spelen in de peripartum periode, bij verschillende participanten bracht de bevalling aanzienlijk lichamenlijk ongemak of schade met zich mee. Ook een baby vraagt fysieke verzorging en fysieke nabijheid, aldus de geïnterviewde moeders. Op het gebied van lichamelijkheid beschrijven de moeders vooral ervaringen met frustratie, (over)prikkeling en aversie door de invloed van hormonen, bevalling en borstvoeding.

Onderstaande moeders beschrijven hoe ze hierdoor overvallen werden. De heftigheid van deze ervaring en het allesoverheersende effect van de hormonen, pijn en de stress, is voor hen een kantelpunt geweest waar hun somberheid begon.

Jongens, er is mij net een bevalling aangedaan, van 24 uur, gescheurd en trauma. Ik moet nu dus ook nog vervolgens gaan borstvoeding geven, ik wil gewoon even een dag of drie helemaal niks, alleen maar slapen. (M1)

Ik had me ook niet kunnen voorstellen voordat ik kinderen had, hoe het was om je zo te voelen en wat voor een effect een bevalling op je kan hebben en je hormonen op je kan hebben. (M7)

Alle moeders beschrijven het belang van rust en goed slapen, om te kunnen herstellen van de bevalling, en mentaal en fysiek moeder te kunnen zijn. Tegelijkertijd blijkt daar een groot knelpunt te liggen.

Ja, eigenlijk helemaal niet meer slapen, heel veel spanning, geklooi met de borstvoeding en ja, ook door die spanning. (M2)

Bovenstaande lichamelijke ervaringen worden door de moeders ook wel verklaard door hormonale schommelingen en de schade veroorzaakt door de bevalling. De PPD zelf brengt echter ook lichamelijke sensaties met zich mee, zoals bij onderstaande moeder die een gevoel van zwaarte omschrijft.

Een gevoel wat ik voel en wat er ook echt zit, een soort blok in je buik... Het liefst dan de hele dag in mijn bed willen liggen. Elk geluidje is teveel.... (M4)

In het inleidende stukje van deze paragraaf werd de ervaring met overprikkeling en aversie bij de PPD genoemd. Deze blijken ook lichamelijk te worden ervaren. Een van de moeders beschrijft het gevoel wat de PPD haar bracht als ze haar dochter hoorde huilen.

Als ik [mijn dochter] hoorde huilen - alsof er spijkers op mijn armen en rug kwamen. De gedachte daarbij... Dan dacht ik: houd alsjeblieft je kop. Tot erger. (M4)

Alle moeders ervaren de lichamelijke ervaringen als overheersend en niet te negeren.

Emoties

Uit de narratieven blijken verschillende emoties een rol te spelen in de PPD. De meest genoemde emoties zijn verdriet en teleurstelling, boosheid en angst.

Zoals in voorgaande paragraaf reeds genoemd, kan het huilen van de baby specifieke lichamelijke sensaties opwekken. Verschillende moeders beschreven een emotionele reactie als kenmerkend voor de PPD.

Ook boosheid soms, van houd alsjeblieft je mond want ik kan daar nu niet tegen. Want dan voel ik me nog slechter, dus wees jij nou maar in ieder geval vrolijk. (M3)

Naast verdriet, teleurstelling en boosheid, noemen alle moeders angst als kenmerkende emotie van de PPD, zoals angst voor hun eigen intrusieve gedachten¹³.

En ook als ik bovenaan de trap stond- we woonden in een flat en we hadden een betonnen trap naar beneden- dan had ik die kleine in mijn armen en dan stond ik daar bovenaan en dan dacht ik: als ik hem nu loslaat, is het klaar. (M6)

Tegelijkertijd blijkt er een grote drempel te zijn deze angsten kenbaar te maken, uit angst voor het oordeel van anderen en de gevolgen hiervan.

En dat je eigenlijk, doordat je niet weet waar je naartoe moet, omdat je heel bang bent dat je opgenomen moet worden of omdat je kinderen bij je weggehaald worden omdat je van die rare gedachten hebt en dat je je niet capabel voelt als moeder. (M5)

Naast angst voor het oordeel van anderen, blijkt uit de narratieven angst voor het verliezen van de controle over de eigen geestelijke gezondheid.

Op een gegeven moment word je ook echt bang dat je gek wordt. (M5)

Daarnaast vertellen verschillende moeders over het gevecht met hun somberheid, die ze niet konden overwinnen.

Ja, en dat is zo'n teleurstelling dat je daar dan ook helemaal niet meer uitkomt of zo. (M2)

Maar ook als de PPD minder prominent aanwezig is, is het verdriet om deze zwarte periode niet verdwenen, aldus onderstaande moeder.

Ja, er is wel verdriet, want die tijd met [mijn dochter], dat ze zo klein is, zo vertederend, die krijg ik nooit meer terug. (M5)

¹³ Angstige gedachten waarin de moeder haar kind schaadt (van der Veldt, Lok, Pop-Purceleanu, Tendolkar, & van Eijndhoven, 2015)

Samenvattend beschrijven de moeders emoties die intern versterkt worden door de PPD, zoals angst voor de eigen gedachten en teleurstelling, maar ook emoties die versterkt worden door externe factoren, zoals boosheid om een huilend kind, of angst voor het oordeel van anderen.

5.1.2 Moederschap & PPD

In dit deel van het hoofdstuk zal dieper worden ingegaan op de ervaring van moederschap met een PPD. Allereerst zal er aandacht besteed worden aan de verwachtingen van de participanten, vervolgens aan de ervaringen met de betekenis van het moederschap zelf. Daarna wordt beschreven wat de ervaring van deze moeders is met liefde en verbinding en ten slotte komt de ervaring met gevoelens van schuld en falen ten tijde van de PPD aan bod.

Verwachtingen

De verwachting omtrent het moederschap blijkt uiteenlopend en verschillend per moeder. Zo waren er moeders met een duidelijk positief beeld, door eerdere ervaringen met het moederschap of door wat ze om zich heen zagen:

Als ik dacht aan dat beeld . . begon ik te stralen . . . Dat was echt wel het plaatje dat ik voor ogen had . . . Ik zag ons al zitten met dat gezinnetje, samen op vakantie, leuke dingen doen, lekker knutselen, koekjes bakken. (M7)

Een andere moeder had eveneens positieve verwachtingen, gekleurd door de beschikbare informatie over moederschap. Achteraf zou ze graag een realistischer beeld hebben gehad.

Ja, ik denk vooral wat je ziet op tv, in films, social media, boeken- Ja, ik vond dat niet perse dat er overal een heel realistische weergave van de werkelijkheid was. (M1)

Ook waren er moeders die aanvankelijk al minder rooskleurige verwachtingen hadden. Zo werd één van de moeders voor een PPD gewaarschuwd door de psychologe waar ze onder behandeling was voor paniekaanvallen.

De kans is gewoon heel groot. Dat heeft ze mij gelukkig nooit verteld. Ze heeft mij wel verteld dat de kans groter is. Maar niet dat kans heel groot was. (M3)

Daarnaast had één van de moeders ervaring met een PPD na de geboorte van haar eerste kind, wat ervoor zorgt dat zij terughoudender en minder onbevangen aan een volgende zwangerschap denkt.

Een klein jaartje geleden kwam er bij ons de wens voor een tweede kindje . . . Maar door de depressie die ik had na de geboorte van [de oudste]... Ja, wordt dat toch even in een ander perspectief gezet. (M6)

Voor één waren de verwachtingen overwegend positief door eigen jeugdervaringen.

Ik heb zelf gewoon een prima jeugd gehad, dus ik dacht: Nou, ongeveer zo, maar dan nog ietsje beter natuurlijk. (M2)

Voor een ander echter bleken de verwachtingen van het moederschap negatief gekleurd te zijn door ervaringen met haar eigen moeder.

Daar had ik juist wel heel lage verwachtingen. Maar wat ik heel moeilijk vond toen ik zelf moeder werd, was dat ik dacht: goh, hoe kan het dat jij dingen op een bepaalde manier deed zoals je deed, want ik zou dat dus heel anders doen. (M1)

Moederschap

Op de vraag wat moederschap voor hen betekent, geeft het merendeel van de participanten in eerste instantie een positief antwoord. Zo vertelt een moeder over de vreugde door haar kinderen.

Ja, het mooie is de onvoorwaardelijke liefde, de uitgestrekte armpjes die op je af komen rennen, het knuffelen samen in het grote bed, de mooie tekeningen die ze voor je maken. Volledige overgave die hebben, naar ze kijken als ze slapen. (M1)

Toch worden er kanttekeningen bij deze positieve ervaringen geplaatst. Onzekerheid en piekeren blijken een prominente plaats te hebben in het moederschap met een PPD. Sommige moeders zochten dan ook veel bevestiging bij anderen.

Ja, doordat ik dus heel vaak bevestiging vroeg, bijvoorbeeld, aan mijn man of aan mijn vriendinnen. Of een boek dat ik had en dat boek dat sloeg ik dan tachtig keer per dag open omdat dat was dan waar ik antwoord in ging vinden. Maar ik had echt geen idee van dat ik eigenlijk ook gewoon op mijn moedergevoel kon vertrouwen. (M1)

Andere moeders echter, vertelden de twijfels en onzekerheden over het moederschap voor zich te houden en veel te piekeren.

Ik zorgde voor allebei mijn kinderen, ik deed wat ik als moeder moest doen. Mijn hoofd, mijn hoofd, dat maakte overuren. (M5)

Veel van hen beschrijven dat ze teleurgesteld en bang waren dat de negatieve emoties van de PPD, niet bij de PPD hoorden, maar dat deze emoties inherent zijn aan het moederschap. Een moeder had graag iemand gehad die tegen haar had gezegd:

Ja, nee, maar je voelt je nu zo niet omdat je moeder bent, maar omdat je een depressie hebt. (M2)

Liefde

Tijdens de PPD bleken de meeste moeders te worstelen met de liefde voor hun kind. Ze wilden niets liever dan van hun kind houden, maar het gevoel bleef uit.

Maar het meeste pijn- Je hebt een mooi meisje gekregen en je houdt er niet van. Dat is het ergste. Het gevoel is er niet. Ik heb een gezonde dochter. Nou, rot op met die fucking roze wolk want die is er gewoon niet. (M4)

Een andere moeder nam bewust de tijd om te proberen een gevoel van liefde op te wekken, maar vertelt dat de PPD dat gevoel belemmerde.

Dus dan probeer je bewust te kijken. En op dat moment beseft je wel dat het natuurlijk een heel leuk kind is, maar dat wil niet zeggen dat het nog steeds, hier, vanbinnen, zo voelt. (M3)

Waar sommige moeders een gevoel van leegte ervoeren, bleken er anderen te zijn die wel degelijk gevoelens hadden voor hun kind. Alleen de zo gewenste liefde bleef uit.

En [mijn dochter] lag daar, in de box of in de wieg of waar dan ook en als ik dan naar haar keek, dan voelde ik dat helemaal niet. Ik voelde geen liefde. Ik voelde heel veel tegen haar, voor haar. Behalve wat ik zo graag wilde voelen en dat was liefde. (M7)

Toch lijkt deze ervaring niet voor alle moeders op te gaan. Eén van de moeders vertelt gelijk liefde te voelen voor haar kindje, maar zich niet in staat te voelen deze liefde te uiten door de heftigheid van de (post)partum periode en een traumatische, langdurige bevalling. Haar ervaring met bevallen heeft een rol gespeeld in de start van de PPD, aldus deze moeder.

Ja, gek genoeg was dat er dus wel meteen. Ik was wel echt meteen heel roze, maar ik was dus zo kapot van die bevalling dat ik dus eigenlijk ook meteen zoiets had van, ja, jullie moeten mij even met rust laten, want wat mij net is overkomen is zo kut. (M1)

Samenvattend komt uit alle narratieven verdriet en frustratie met betrekking tot liefde voor het kind. Alle moeders blijken hiernaar op zoek te zijn, maar ervaren belemmering door de PPD of trauma door de bevalling.

Schuld

Uit de narratieven blijkt dat de bovenstaande worsteling met het gevoel van liefde ook schuldgevoelens met zich mee kan brengen, bijvoorbeeld omdat moeders vinden dat hun kindje die moederliefde nodig heeft om veilig te kunnen hechten.

En iedereen zegt dan altijd: die eerste tijd en dat is zo belangrijk en die hechting tussen moeder en kind. Want had mijn kind dan dus straks geen goede hechting? Kreeg ze hier op latere leeftijd problemen mee? Wordt ze straks een onhandelbaar kind omdat ik haar nu niet de liefde gaf die ze zo hard nodig had? Zij kon hier toch niks aan doen? (M7)

Bovenstaande ervaring met schuldgevoel richt zich op de toekomst, wat er mogelijk zou kunnen gebeuren doordat een moeder een PPD doormaakt. Tegelijkertijd kan het schuldgevoel zich ook op gebeurtenissen in het heden richten. Zo zijn er moeders die het moeilijk vinden hun kindje

te troosten. Anderen bleken moeite te hebben hun eigen gevoel los te koppelen van dat van hun baby.

Maar het is wel zo dat het heel moeilijk is, vond ik, om ervanuit te gaan dat je kindje niet depressief is, zeg maar. Dus daarom is dat huilen ook vaak zo moeilijk om aan te horen, omdat dat dan klinkt als, oh, die is net zo ongelukkig als ik. (M2)

Ten slotte brengen de in paragraaf 5.1.2 genoemde intrusieve gedachten niet alleen angst met zich mee, maar ook schuldgevoel.

Dus dan liepen we bijvoorbeeld op een brug en dan dacht ik, goh, als ik de kinderwagen nu loslaat dan is ze dood en vervolgens dacht ik, oh, maar wat denk ik nu? Dan ben ik vast een heel slechte moeder. Dus nou ja, dat had ik heel erg en heel veel schuldgevoel en heel veel schaamte over alles wat ik dacht. (M1)

Falen

Schuldgevoel en een gevoel van falen lijken vaak hand in hand te gaan. Een moeder vertelt zich schuldig te voelen, omdat ze het idee heeft niet adequaat voor haar kindje te kunnen zorgen.

Kijk, achteraf denk ik, joh, is helemaal niet dat falen. Je was gewoon heel erg hard je best aan het doen. Maar toen dacht ik echt van, oh, mijn baby slaapt nog niet door, dat is mijn schuld. Of, oh, mijn baby drinkt die fles niet leeg, oh, dat doe ik verkeerd. Terwijl als mijn man de fles gaf en ze dronk hem niet op, dan zei hij gewoon: Oh, ze heeft denk ik niet zoveel trek. Ja, dat kwam ook niet in me op. (M1)

Voor een andere moeder was de angst om te falen een omslagpunt, de start van haar PPD.

Toen kwam de kraamzorg en dat was een heel onzeker jong meisje, dat ik dacht- Opeens voelde ik zoiets van, dit gaat niet meer goed komen. (M2)

Hierna had ze het gevoel dat er een zwarte deken over haar heen viel, waar ze niet onderuit leek te kunnen komen. De angst om te falen bleef. Dit falen kan letterlijk worden genomen, als onvermogen tot zorgen voor een kind.

Ik kon [mijn dochtertje] niet verzorgen. Ik wist niet eens wat haar voedingsritme was. Ik kon haar niet verschonen. (M4)

Andere moeders beschrijven het falen meer als alles overheersend, waarbij ze de vrouw die ze kenden zijn kwijt geraakt.

Ik had zo het gevoel te falen in alles. Ik was niet meer de vrouw die ik van [mijn man] was. Ik voelde me niet meer de moeder die ik me eigenlijk al jaren voelde, ook door onze eerste zoon. Dat was altijd allemaal supergoed gegaan. Ik snapte er niks van. (M5)

Schuldgevoel blijkt in alle narratieven een prominente rol te hebben en lijkt steeds samen te hangen met onvermogen, zowel op praktisch gebied (onvermogen tot zorgen) als emotioneel (onvermogen tot liefde).

5.1.3 De ander & PPD

In dit deel van het hoofdstuk zal dieper worden ingegaan op de ervaringen met een PPD in relatie tot anderen. Allereerst zal er aandacht besteed worden aan relationaliteit in het algemeen, vervolgens aan de ervaring van moeders met betrekking tot de relatie tot en verbinding met hun naasten ten tijde van de PPD. Daarna wordt de ervaring met (on)begrip beschreven en ten slotte wordt de rol van sociale media in de ervaring met PPD uitgediept.

Relationaliteit

Uit de narratieven komt naar voren dat de relatie met anderen de PPD beïnvloedt, en vice versa. Eén van de moeders heeft altijd een moeizame relatie met haar ouders gehad, maar had een hele hechte relatie met haar oma. Voor deze moeder betekende het overlijden van haar oma het kantelpunt, daar begon voor haar de PPD.

Wat ik verwacht had was de roze wolk en dat had ik eigenlijk alles behalve. En dat begon eigenlijk al in de zwangerschap, omdat mijn oma toen overleed. Weet je, toen donderde ik echt al heel hard van die roze wolk af. (M1)

Tegelijkertijd vertelt zij over het belang de mensen om haar heen en hun hulp en steun bij het (h)erkennen van de PPD.

Een paar hadden het al eerder door dan ikzelf. Dus mijn beste vriendin belde mij op een gegeven moment op, die zei: oh joh, ik weet niet wat er met jou aan de hand is, maar ik herken jou niet. Wat is er nou? En toen zei ik, ja, ik weet het niet zo goed. En toen zei ze: nou, probeer het dan toch maar te vertellen . . . Ik weet niet wat ik had gedaan als ze dat niet had uitgevraagd, dan had het misschien nog wel veel langer geduurd. (M1)

Doordat deze vriendin doorvroeg en ruimte gaf om te vertellen, ontstond er ruimte voor zorg binnen hun relatie.

In dat gesprek kon ik ook eindelijk vertellen hoe het echt ging. En zij zei, oh joh, ik begrijp het en ik zal vaker hierheen komen om je te helpen. Nou ja, dat was wel heel fijn. (M1)

Een andere moeder vertelt over de invloed van de PPD op de mensen om haar heen. De moeder van haar partner is opgegroeid met een depressieve moeder, wat de situatie voor beiden zwaarder maakte dan het al was.

Dus die zat daar niet op te wachten. Ja logisch, want dat riep ook weer oud zeer op. Ja, ik bedoel, de intentie was helemaal oké en ze deden enorm hun best. En dat is ook super belangrijk geweest, maar ik denk wel dat ik meer nodig had gehad dan dat. (M2)

Door het verleden van haar partner voelde deze moeder zich bezwaard over haar PPD en werd de drempel hoger om hulp te vragen, daar ze haar partner niet (extra) wilde belasten. Achteraf vertelt ze over de belangrijke steun die haar partner geboden heeft, door er te zijn en te blijven.

Ja, het belangrijkste is, denk ik, iemand die een beetje hoop houdt . . . En die ook gewoon goed voor je baby zorgt. Gewoon de dagelijkse steun, ja, vooral erbij blijven. Hoe lastig het ook is . . . gewoon niet weg ervan lopen, dat heeft hij niet gedaan en dat zou natuurlijk ook heel goed gekund hebben. (M2)

De in paragraaf 5.1.3 beschreven worstelingen met liefde voor hun kind, heeft voor sommige moeders ook weerslag op hun relatie. Eén moeder voelde tijdens de PPD zoveel afstand van haar kind dat ze adoptie overwoog.

Dus, ik wist wel dat als ik zou gaan kiezen voor adoptie of weet ik veel wat, dat het mijn huwelijk zou kosten. (M3)

Tegelijkertijd vertelt ze dat ze wel kon genieten van het beeld van haar man, knuffelend met hun zoon.

Ja, want ik was zelfs zo gedistantieerd, . . . dat ik ernaast zat en ik dacht: oh wat schattig, dat moeten wij ook eens doen. (M3)

Het duurde lang voordat de PPD van deze moeder naar de achtergrond verdween, met behulp van een adequate behandeling. De PPD bleef hierdoor lange tijd van invloed op de verbinding die ze had met haar zoon.

En dan ga je dus nagaan en dat mijn zoon ook op een gegeven moment zei: mama, je praat liever tegen de kat dan tegen mij. (M3)

Het gebrek aan verbinding en een gevoel van afstand wordt door andere moeders onderschreven.

Wat me heel erg heeft aangegrepen, is wel echt de eenzaamheid die je ervaart, als je je zo voelt. (M5)

Verschillende moeders beschrijven ook de moeite met het onderhouden van relaties tijdens hun PPD.

Ik verwachtte ook niks van mensen, want dat is als je depressief bent ook, he? (M2)

Tevens blijkt een verminderde behoefte aan contact met anderen.

Ik wilde gewoon in mijn cocon zitten. (M3)

Samenvattend lijkt het hier te schuren. Enerzijds is er behoefte aan contact met naasten, wordt hun aanwezigheid als helpend en steunend ervaren. Anderzijds lijkt er geen ruimte te zijn voor anderen door gebrek aan energie en verwachting, maar ook behoefte aan rust en alleen zijn.

(On)Begrip

Uit de narratieven blijkt (on)begrip een grote rol te hebben in de verbinding met anderen. Waar begrip ruimte voor steun kan geven, zoals in voorgaande paragraaf beschreven, lijkt onbegrip deze ruimte kleiner te maken.

En die eerste dagen . . . Ik kan er nu nog om huilen, zal ik maar zeggen. Ik bedoel, ik voel het nu nog gewoon opkomen, het pure onbegrip, jij zit daar en de rest zit daar en die zitten allemaal gezellig te doen en te knuffelen met de baby. (M3)

Na openheid door de moeders over hun PPD lijken de meeste reacties begripvol. Toch wordt de plank ook regelmatig misgeslagen, door relativerende opmerkingen of doordat anderen uitgebreid vertelden over hun eigen problemen na de bevalling. Deze moeder voelt de afstand tot anderen vergroten door deze opmerkingen en minder ruimte voor haar eigen verhaal.

Ik had wel gemerkt, als iedereen het weet, de meesten reacties zijn natuurlijk allemaal lief en aardig en ze wensen me beterschap, maar er waren ook veel reacties van... Ik had na de bevalling smetvrees en ik had na de bevalling dit en dat- Iedereen deed opeens rare dingen na de bevalling. (M3)

Een andere moeder onderschrijft dit en merkt hoe moeilijk het is uit te leggen wat er gebeurt en wat ze voelt, waardoor ze het uitleggen opgeeft.

Heel veel mensen hadden geen idee. En in het begin heb ik er ook alles aan gedaan om iedereen zo ver mogelijk tot in detail uit te leggen hoe ik me voelde en toch merkte ik bij heel veel mensen ook van, de boodschap komt niet aan, je hebt nog steeds geen idee. Ik kan het je ook niet uitleggen hoe ik me voel, wat ik voel. Het is niet uit te leggen, het is niet in woorden te beschrijven wat er gebeurt met je. (M7)

De angst voor een oordeel van anderen door onbegrip voor de situatie speelt eveneens een belangrijke rol in het zoeken naar verbinding en steun van anderen.

Bij de nabije omgeving is het ook vrij moeilijk om er iets over te vertellen. Dan zit het tussen de oren, laat ze maar naar een psycholoog gaan. Het zit tussen de oren, ze is gek. Dat werd niet letterlijk zo gezegd, maar zo voelde het wel. (M5)

Tegelijkertijd lijkt het voor de moeders met een PPD zelf ook moeilijk te begrijpen én te onderkennen wat er gebeurt.

Ik ging gewoon door, ik ben gewoon nog gaan werken. Ik dacht: ja, het zal er allemaal wel bij horen, hormonen. (M4)

Een andere moeder vertelt zichzelf niet meer te begrijpen tijdens de PPD.

Waar je zelf gelukkig van wordt of wat jou- Hoe je in elkaar zit. Ik bedoel, als het op een ander moment was gebeurd, had ik het ergens veel makkelijker kunnen begrijpen, dan nu. (M2)

Het onbegrip tijdens de PPD lijkt samen te hangen met het moment waarop de depressie ontstaat, namelijk rondom een gebeurtenis die veelal samenhangt met hoopvolle verwachting en geluk. De ervaring van de participanten duidt erop dat anderen het moeilijk vinden met de PPD om te gaan en de PPD daardoor negeren of relativiseren. Tegelijkertijd begrijpen de moeders het zelf niet goed, ze hadden verwacht gelukkig te zijn met de geboorte van hun kind.

Aandacht voor de PPD

Zoals uitgelegd in de methodesectie van dit onderzoek, zijn de geselecteerde participanten allen naar buiten getreden met hun verhaal. Uit de narratieven blijkt dat alle moeders meer aandacht zouden willen voor de PPD en er daarom voor gekozen hebben hun verhaal openbaar te maken.

Ja, ik heb op een gegeven moment een blog geschreven over mijn postnatale depressie omdat ik dacht, nou er zijn vast nog wel meer moeders die zich net zo voelen en die er ook niet durven te praten. Dus ik dacht, als ik het nou op papier zet en dan ziet iemand anders daar misschien wel steun in, weet je? Ik dacht, al help ik daar maar één moeder mee. (M1)

Op deze ervaringsverhalen komen veel positieve reacties, maar ook (voor)oordelen en onbegrip.

Maar ook negatieve ervaringen dus ook onder die post, bijvoorbeeld met moeders die dan zeiden van joh, stel je niet zo aan, iedereen voelt zich weleens vervelend, even je schouders eronder, we hebben allemaal weleens een dipje. (M1)

Hoewel deze verhalen openbaar zijn en iedereen vrij is te reageren op wat voor manier dan ook, komen deze negatieve reacties hard binnen.

Nee, dat kon ik er echt niet bij hebben, nee. En ik ben ook wel- Ik ben ook heel direct ook van mezelf, maar ik was toen zo kwetsbaar dat ik dat echt heel moeilijk vond en uiteindelijk heb ik volgens mij wel nog iets gezegd, tegen diegenen. Omdat ik echt dacht, joh, flikker op, je hebt echt geen idee hoe dit werkt. (M1)

Opvallend is dat hoe minder anoniem de website, hoe gematigder de reacties zijn. Op een *social media* platform als Instagram zijn de reacties vaak milder, daar kan een afgesloten account aangemaakt worden, niet inzichtelijk voor anderen. Daarnaast kan daar minder makkelijk anoniem gereageerd worden.

Ik bedoel, mijn blogs worden overal gepubliceerd op allemaal plaatsen, Babybytes en Kids en Kurken en Flair, maar ik lees nooit meer de reacties eronder. Nee, gewoon uit zelfbescherming. Op mijn eigen Instagram wel, maar daar is niemand die dat doet. Heel grappig omdat de meesten dan toch aanvoelen van ja, we hoeven dat niet te proberen ofzo. (M1)

Deze ervaring, afgezet tegen voorgaande twee paragrafen, lijkt erop te duiden dat zwakte alleen in beslotenheid getoond mag worden. In de anonieme openbaarheid van het internet wordt van moeders verwacht dat ze zich sterk tonen, en blijken anderen zich minder beschroomd te voelen hun oordeel te geven.

5.1.4 Meer dan een moeder met PPD

In dit deel van het hoofdstuk zal dieper worden ingegaan op de betekenis van de PPD voor de moeder als individu. Hoewel de moeders hier tijdens de PPD zelf minder aandacht voor hadden,

ze blijken vooral aandacht voor hun kind en naasten te hebben, vertellen ze wel degelijk over individuele ervaringen met (zelf)zorg en verantwoordelijkheden.

Professionele zorg

Alle participanten hebben op enig moment tijdens hun PPD te maken gehad met institutionele zorg, variërend van opname tot contact met de huisarts en gesprekken bij een psycholoog. Een aantal van hen had positieve ervaringen en heeft baat gehad bij professionele hulp. Eén van de moeders vertelt over haar ervaring met een opname op de PAAZ¹⁴.

Dus ik ben opgenomen en dat was echt een verademing. Ja, het was- Het klinkt een beetje stom, maar het was voor mij gewoon rust. Het was gewoon puur rust. (M3)

Volgens deze moeder heeft het echter langer geduurd dan nodig voordat onderkend werd dat ze een PPD had. De verloskundige stelde vast dat dat niet zo kon zijn, zes weken na de bevalling.

Dus die [verloskundige] zei nou, dat kan niet hoor, want dat krijg je meestal pas na zes maanden. (M3)

Een eerdere ervaring met PPD zorgt ervoor dat een andere moeder alles op alles zet om te voorkomen dat ze weer in een dusdanige PPD zou komen na de geboorte van haar tweede kind.

Ik zat aan de slaappillen, ik had ontspanningspillen, ik ging naar de psycholoog, ik ging naar de huisarts, alles om ervoor te knokken om dit te boven te komen en dit niet weer zo'n lange, ellendige shitzooi mee te maken. (M4)

Tegelijkertijd blijkt uit de narratieven het belang van het opbouwen van een relatie met de betrokken hulpverlener. Alleen op die manier wordt de ruimte ervaren om volledige openheid te geven.

¹⁴ Psychiatrische afdeling algemeen ziekenhuis

En zelfs bij de psycholoog duurde dat nog echt wel een paar sessies voordat ik over die intrusies durfde te vertellen, want ik schaamde me daar zo verschrikkelijk voor. Dat ik echt dacht, nou, als ik dit vertel, dan sluiten ze me op. (M1)

Naast de openheid van de moeder met de PPD is het van belang dat de hulpverlener naar haar luistert. Hierdoor kan worden voorkomen dat er een standaard, niet passende behandeling wordt ingezet.

Mensen wisten zelf ook niet wat er aan de hand was. De huisarts heb ik ook contact mee gehad, die schreef onmiddellijk antidepressiva voor. Nee, die heb ik dus toen ook braaf geslikt, maar achteraf denk ik: Ja, dat was niet handig. Het heeft ook niet zoveel effect gehad. (M2)

Dat geldt voor de medicamenteuze behandelingen, maar ook voor een psychologische behandeling.

Ik ben toen ook nog wel door de huisarts naar een psycholoog gestuurd. En ik heb echt niks tegen psychologen, echt niet, maar als je in de verkeerde hoek zit en je gaat naar een psycholoog en je vertelt hoe je je voelt en die gaat wroeten in je verleden- Wat er al gevoelsmatig voor mij er gewoon helemaal niks mee te maken had. Er was daar namelijk voor mij geen enkele aanleiding, niks, om me zo te voelen. (M5)

Een andere moeder onderschrijft dat. Zij voelde zich alleen staan in de zoektocht naar passende hulp.

Ik ben vooral ook verbaasd om te merken, de verschillende visies die erop zijn, verschillende aanpakken die erop zijn, en dat je dus daarbinnen je weg moet vinden in wat bij jou past. (M6)

Uit de narratieven blijkt vooral het belang van gehoord en gezien worden binnen een professionele zorgrelatie, als voorwaarde voor het vinden van een passende behandeling. Op het moment dat er te snel conclusies worden getrokken, is het risico groot dat de behandeling niet passend is, waardoor de PPD langer aanhoudt dan wellicht nodig is.

Zorg voor jezelf

Zelfzorg staat in de peripartum periode voor veel vrouwen op een lager pitje, vandaar de organisatie van kraamzorg in Nederland. Het gebrek aan zelfzorg lijkt in hogere mate te gelden tijdens de PPD.

Eén moeder vertelt dat haar prioriteit bij het zorgen voor haar zoontje lag, waarna door de PPD geen energie en ruimte meer was voor zichzelf te zorgen.

Maar ondanks dat het dan met hem zo goed ging, ging het met mij helemaal niet goed. Er zijn dagen geweest dat ik niks anders kon doen dan alleen maar huilen en dat ik amper voor mezelf kon zorgen. (M6)

Een andere moeder benadrukt het belang van zelfzorg na de geboorte van haar tweede kindje. Na de geboorte van haar oudste maakte ze een PPD door, die verergerde door gebrek aan zelfzorg.

Zoals dus slaap. Genoeg slapen en die lat niet zo hoog leggen, niet al dat bezoek... Ik denk dat dat ook wel heel erg geholpen heeft. (M2)

Waar alle moeders soms gebrek aan zelfzorg ervaren, is gebrek aan zelfzorg door de invalidering van de PPD een onvermogen dat zichzelf neerwaarts versterkt. Hierdoor kan een vicieuze cirkel ontstaan, waarbij de PPD in stand blijft.

Verantwoordelijkheid

Verschillende moeders vertellen over hun moeite met de balans tussen verantwoordelijkheid en de invaliderende ervaring met PPD. Zoals beschreven verloor één van de moeders haar zeer dierbare oma tijdens haar zwangerschap. De verantwoordelijkheid voor dit ongeboren kindje maakte dat ze minder ruimte had voor haar rouwproces.

Ja en dan ga je wel door, want je hebt een kindje in je buik, dus je moet door en je gaat ook wel door. Maar dat was zo ontzettend ploeteren. (M1)

De ervaring van een andere moeder sluit hierbij aan. Zij voelt de verantwoordelijkheid op te staan, door te gaan, maar de PPD maakt het zwaar.

Je moet eruit, dus je gaat er wel uit, maar eigenlijk wil je blijven liggen en heb je er helemaal geen reet zin in. (M4)

Uit de narratieven blijkt het verantwoordelijkheidsgevoel van de moeders groot. Tegelijkertijd kan het verlangen naar het (tijdelijk) opgeven hiervan overheersend zijn.

Al was het alleen maar dat ik in de kreukels in het ziekenhuis lag, voor mijn part. Dat ik niks hoefde te doen, in een bed liggen, verzorgd werd. De verantwoordelijkheden die ik had als moeder en als partner, hoefde ik dan ook allemaal even niet meer, want dan kon ik het ook letterlijk niet meer. (M7)

Waar sommige verantwoordelijkheden niet te delen lijken, zoals de zorg door een moeder voor haar ongeboren kind, geldt dat voor andere verantwoordelijkheden in mindere mate. Zo beschrijft één van de moeders hoe ze haar man belt voor het overnemen van de verantwoordelijkheid voor de zorg voor haar kind.

En ik heb ook wel mijn man af en toe gebeld: hé, je moet naar huis komen, want het gaat niet meer. (M3)

Bovenstaand voorbeeld past bij het delen van verantwoordelijkheid, maar ook bij (afgeleide) afhankelijkheid. Hier zal in paragraaf 5.5.1 meer aandacht aan worden besteed.

5.2 Tweede analyse - met zorgethische lens

Uit voorgaande blijkt de geleefde ervaring van PPD voor iedereen anders, de contextualiteit en diversiteit van de ervaringen is groot. Waar de één voornamelijk positief gekleurde verwachtingen heeft, bijvoorbeeld door eigen (jeugd)ervaringen of beschikbare informatie, is dat voor de ander anders. Ook dit kan te maken hebben met (jeugd)ervaringen, of een eerder doorgemaakte PPD. Ook ziet de PPD er voor iedereen anders uit. De één beschrijft dat de nadruk ligt op angst, bijvoorbeeld voor de eigen (intrusieve) gedachten, waar voor de ander schuldgevoel, falen of gebrek aan liefde en verbinding op de voorgrond staat in de ervaring met de PPD. In zowel de interviews als de documentaire is opvallend dat de moeders vooral nadruk leggen op de praktijk van het zorgen voor hun kind en de relatie met hun kind en met anderen.

Er wordt in de narratieven weinig aandacht gegeven aan hun eigen, impliciete, ervaringen en emoties.

Door middel van het nogmaals analyseren van de data, met afhankelijkheid en kwetsbaarheid als lens, kwamen tekstpassages die niet direct uit het eerste codeerproces kwamen wél in beeld en geven de data een complexere ervaring weer. Deze analyse voegde een extra laag aan de data toe.

5.2.1 Afhankelijkheid

De participanten beschrijven de peripartum periode als één van toegenomen afhankelijkheid. Zo beschrijft één moeder de afhankelijkheid van de verloskundige tijdens haar bevalling. Deze moeder gaf aan graag pijnstilling te willen, maar bleek afhankelijk van het oordeel van de verloskundige van dienst en zelf weinig inbreng te hebben.

Dus ik zei, ik wil naar het ziekenhuis. Nee, zei ze, je doet het prima, je hoeft geen pijnstilling. (M3)

Ook later had ze een dergelijke ervaring, toen een andere verloskundige bij haar op huisbezoek was, een aantal weken na de bevalling. Ze vertelde over haar somberheid en sprak haar vermoeden van een PPD uit.

Dus die zei van, nou, dat kan niet hoor, want dat krijg je meestal pas na zes maanden. En dan hoor je dat zo aan, dan denk je: muts, je weet gewoon niet waar je het over hebt. Ik bedoel, ja, je staat met je rug tegen de muur. (M3)

Deze reactie maakte dat de betreffende moeder aan zichzelf ging twijfelen en de vraag om hulp uitstelde.

Een andere moeder voelt zich afhankelijk van een adequate behandeling ter voorkoming van een PPD, en heeft het gevoel hier zelf weinig invloed op te hebben. Geen enkele keuze lijkt een goede.

Als ik voor antidepressiva kies, dan zijn er nog twee keuzes in. Je kan het preventief gaan nemen, dus al tijdens mijn zwangerschap en dat het dan ten tijde van de bevalling eigenlijk optimaal werkt, of ik kan ervoor kiezen het pas te gaan nemen als er eventueel klachten gaan ontstaan. Dat is niet zeker. De kans is zeker aanwezig dat ik klachten

krijg, omdat ik dat na mijn eerste bevalling ook heb gehad. Maar de kanttekening daarbij is wel, als ik het pas ga innemen als ik klachten krijg, dan moet het- Het heeft wel echt tijd nodig om in te werken, een week of zes, zeven, waarvan het de eerste twee weken echt slechter gaat. En dan denk ik, dat wil ik eigenlijk helemaal niet. Dus voor mijn gevoel heb ik- Ja, is het niet echt een keuze. (M6)

Weer een ander voelde zich afhankelijk van de beschikbare informatie en de mensen om haar heen om een goede moeder te kunnen zijn.

Ja, doordat ik dus heel vaak bevestiging vroeg, bijvoorbeeld, aan mijn man of aan mijn vriendinnen. Of een boek dat ik had en dat boek dat sloeg ik dan tachtig keer per dag open omdat dat was dan waar ik antwoord in ging vinden. (M1)

Ook afgeleide afhankelijkheid heeft een prominente rol in de geanalyseerde narratieven. Dit blijkt door het voorbeeld in paragraaf 5.4.3 waar een moeder haar man belt, om de zorg voor hun zoon over te nemen op het moment dat het haar niet meer lukt. Een ander voorbeeld is:

En ik zie me ook nog wel gaan, dat ik opeens hem oppakte en naar mijn broer reed. En gewoon zeg: alsjeblijft, je moet hem even een uur houden, ik moet even gewoon niks. (M3).

In beide voorbeelden lukt het de moeder zelf niet voor haar kind te zorgen, maar kan zij haar zorgende rol ook niet zomaar opgeven en is ze afgeleid afhankelijk van de hulp van anderen om voor zichzelf te kunnen zorgen.

5.2.2 Kwetsbaarheid

Net als voor afhankelijkheid geldt ook voor kwetsbaarheid dat deze is toegenomen tijdens de peripartum periode. Fysieke en mentale kwetsbaarheid gaan in deze periode vaak hand in hand. Zo maakte de moeder uit onderstaand voorbeeld trauma's op beide gebieden door.

En toen, nou ja, kreeg ik een heel traumatische bevalling overheen . . . Dan hadden we nog de factor van het verlies van mijn oma wat echt gigantisch veel impact had . . . Ja, het was echt wel een beetje te veel allemaal. (M1)

Beide lijken een factor te zijn geweest in de ontwikkeling van een PPD, naast een erfelijk component.

Het is ook erfelijk, dus mijn moeder had het bijvoorbeeld ook en ik had het ook. (M1)

Een andere moeder beschrijft hoezeer ze haar eigen fysieke en mentale grenzen in de gaten moet houden om de PPD te begrenzen.

Vorige week ging het wel goed. Maar het is dit weekend gewoon knudde. Te veel gedaan, dat weet ik ook wel, maar je wil ook graag gewoon weer normaal meegaan, laten zien dat je het kan. (M4)

Soms lijkt kwetsbaarheid uit het niets te komen, één van de moeders beschrijft dat haar PPD haar overviel, dat ze het niet had zien aankomen.

Ik moet zeggen, bij mij was het eigenlijk de eerste twee dagen, ging het eigenlijk- Was ik echt een roze wolk. Daarna was het in één keer afgelopen. Echt een soort zwarte deken. (M2)

Naast de intrinsieke kwetsbaarheid, ervaren de meeste moeders ook een extrinsieke kwetsbaarheid. Deze vorm van kwetsbaarheid komt naar voren in contact met anderen, bijvoorbeeld door zich kwetsbaar op te stellen bij het delen van hun verhaal. Dat maakt kwetsbaar voor het oordeel en de mening van anderen.

Toen zeiden ze van, nou, je kan het beter bekend maken en toen heb ik gewoon een mailtje naar iedereen eruit gegooit van, jongens, zus en zo is er aan de hand . . . Je krijgt vragen, je krijgt commentaar, je krijgt dingen die ik wilde vermijden. (M3)

Een andere moeder deelt deze ervaring met kwetsbaarheid ten opzichte van anderen, als ze haar ouders wil vertellen over haar PPD.

Dus ik verwachtte van hen ook niet heel veel steun, maar ik had dat wel heel erg nodig. Eigenlijk zag ik een beetje op tegen de teleurstelling die dat gesprek zou gaan brengen en dat klinkt heel negatief, maar ik dacht, dat kan ik er eigenlijk niet bij hebben. (M1)

Ten slotte brengt ook de PPD zelf kwetsbaarheid met zich mee, verschillende moeders beschreven hun herstelproces als machteloosmakend, ze leken zelf geen invloed te hebben.

Ik vond het zo frustrerend om zo machteloos te zijn. Dat je gewoon zelf niet actief kunt bijdragen aan je herstel, zo voelde het voor mij. (M6)

Deze machteloosheid maakt kwetsbaar, door zelf niet te kunnen bijdragen aan herstel ontstaat kwetsbaarheid voor terugval of verergering van de klachten passend bij de PPD.

5.3 Conclusie

In dit hoofdstuk stond de derde deelvraag centraal: ‘Wat is de geleefde ervaring van moeders met een PPD en spelen afhankelijkheid en kwetsbaarheid daarin een rol?’ Op het eerste deel, de buitenste laag, van deze vraag is het moeilijk een eenduidig antwoord te geven. De geleefde ervaring is immers voor iedereen anders. De eerder genoemde contextualiteit en diversiteit is groot. Eigen jeugdervaringen, omgeving, (psychische) voorgeschiedenis drukken allen hun stempel op de beschreven ervaringen van de moeders.

De eerste analyse van deze ervaringen blijkt echter onvoldoende recht te doen aan de complexiteit van de ervaringen met de PPD. Een tweede analyse van deze ervaringen, met de zorgethische concepten afhankelijkheid en kwetsbaarheid als lens, geven een verdieping van de ervaringen. Deze concepten blijken als rode draad door alle narratieven te lopen, hoewel de ervaring met deze concepten voor alle moeders anders is. Eén van de moeders omschrijft haar kwetsbaarheid en afhankelijkheid bij het doormaken van een heftige, traumatiserende bevalling, voor een ander ligt het zwaartepunt op het omgaan met verbinding met en liefde voor de mensen om haar heen.

Een volledig, eenduidig antwoord is er op deze deelvraag dus niet te geven. Wel geven de verhalen inzicht in de ervaring van moeders met een PPD en de rol van afhankelijkheid en kwetsbaarheid hierbinnen.

6. Zorgethische discussie

In dit hoofdstuk zullen de theoretische bevindingen uit hoofdstuk 2 en 3 kritisch in verband worden gebracht met de empirische bevindingen uit hoofdstuk 5 om een antwoord te kunnen formuleren op de laatste deelvraag: ‘Wat kunnen de verworven inzichten bijdragen aan goede zorg voor vrouwen met een PPD vanuit zorgethisch perspectief?’

Als kader voor het beantwoorden van deze vraag is gekozen voor de drietrup van geleefde ervaringen, praktijken van zorg en de manier waarop de samenleving politiek-ethisch georganiseerd is, zoals benoemd in hoofdstuk 2. In dit onderzoek zijn inzichten opgedaan op al deze lagen en een combinatie van deze drie wordt gezien als het meest vruchtbaar voor zorgethiek (Leget et al., 2017).

In paragraaf 6.1 wordt onderzocht hoe de geleefde ervaringen van de moeders met een PPD in verhouding staan tot de theoretische inzichten uit hoofdstuk 2 en 3. Hierbij is aandacht voor de mogelijke verdieping of verrijking van deze theorie. In paragraaf 6.2 zal dieper worden ingegaan op de ervaringen met de PPD binnen zorgpraktijken, waarbij aandacht zal zijn voor zowel professionele als private zorg. Vervolgens zal in paragraaf 6.3 worden stilgestaan bij de plaats die de PPD heeft in de samenleving en wat de invloed van de in hoofdstuk 3 beschreven discoursen is op de ervaringen van moeders met een PPD. Ten slotte zullen in de conclusie aanbevelingen voor goede zorg worden gegeven.

6.1 Geleefde ervaringen

In het voorgaande hoofdstuk is stilgestaan bij de ervaringen van moeders met een PPD. In deze paragraaf worden deze ervaringen vergeleken met het literatuuronderzoek uit hoofdstuk 2 en 3 en wordt onderzocht hoe deze elkaar mogelijk kunnen aanvullen en nuanceren.

6.1.1 Afhankelijkheid en kwetsbaarheid

Vanuit de zorgethische literatuur wordt beredeneerd dat iedereen in meer of mindere mate afhankelijk is van anderen en fundamenteel kwetsbaar (Engster, 2018; Kittay, 1999; Tronto, 2013; Van Heijst, 2005; Van Nistelrooij et al., 2017). Echter, in het neoliberale discours over moederschap wordt van moeders verwacht dat zij zelfredzaam zijn en hun eigen onafhankelijkheid als individu in stand houden (Brown et al., 1997; McCabe, 2016). Tegelijkertijd is de boodschap vanuit het huidige discours dat een moeder gelukkig,

evenwichtig en positief hoort te zijn om goed voor haar kind te kunnen zorgen (Scharp & Thomas, 2017; Rizzo et al., 2012). Zowel vanuit de literatuur als de empirie blijkt dat vrouwen met een PPD zich niet in staat voelen aan deze verwachtingen te voldoen. Zij beschrijven zich schuldig te voelen over hun somberheid en het falen in de zorg voor en verbinding met hun kind. Toch blijft de ervaren afhankelijkheid en kwetsbaarheid impliciet. Het gevoel van verantwoordelijkheid is groot, wat de drempel om hulp te vragen hoger maakt. Daarnaast staan angst en schaamte de vraag om hulp in de weg. Schaamte voor hun eigen gedachten, angst om gek te worden, een moeder vertelt: “op een gegeven moment word je ook echt bang dat je gek wordt” (M5). Een aantal van de geïnterviewde moeders zijn bang dat hun kind bij hen wordt weggehaald als ze vertellen over de PPD, of hebben ervaring met onbegrip en (ver)oordelen na openheid over hun PPD: “En dat je eigenlijk, doordat je niet weet waar je naartoe moet, omdat je heel bang bent dat je opgenomen moet worden of omdat je kinderen bij je weggehaald worden omdat je van die rare gedachten hebt en dat je je niet capabel voelt als moeder” (M5). Van Heijst (2005) en Tronto (2013) stellen beiden iets vergelijkbaars vast, namelijk dat mensen graag als autonoom en onafhankelijk gezien worden. Met name Van Heijst (2005) beschrijft de negatieve connotatie van het woord afhankelijkheid (zie paragraaf 2.1.4). Haar visie wordt onderbouwd door deze studie, waaruit blijkt dat de moeders moeite hebben met het toegeven van hun afhankelijkheid.

Uit de empirie blijkt tevens een ander knelpunt. De meeste moeders ervaren behoefte aan rust, niets te hoeven, terug te keren naar hoe het was en wie ze zelf waren: “dus ik ben opgenomen en dat was echt een verademing. Ja, het was- Het klinkt een beetje stom, maar het was voor mij gewoon rust. Het was gewoon puur rust” (M3). Ze lijken zichzelf kwijt te raken in hun nieuwe rol en de PPD. Sommige moeders met een PPD raken zichzelf dusdanig kwijt, dat het niet eens in ze op komt om hulp of steun te vragen. Zo uit één van de moeders zelfs de wens om aangereken te worden door een auto, zodat ze niets meer hoeft en een ‘geldige’ reden heeft om verzorgd te worden. Om hulp vragen blijkt moeilijk. Een aantal van de geïnterviewde moeders vertelt zich pas te realiseren dat ze de zelfzorg uit het oog zijn verloren als een ander er expliciet naar vraagt, hoewel uit de interviews ook blijkt dat er een vicieuze cirkel kan ontstaan op het moment dat moeders met een PPD de zorg voor zichzelf uit het oog verliezen. Hier komt de afgeleide afhankelijkheid van Kittay (1999) naar voren. Immers, om voor zichzelf te kunnen zorgen, is het noodzakelijk dat iemand de zorg voor de baby overneemt. Er moet zorg voor de zorgverlener zijn, zodat deze in staat blijft te zorgen. Echter, bij een PPD lijkt dit gecompliceerder. De PPD kan zo invaliderend zijn dat ook met zorg voor de moeder, zij (tijdelijk) helemaal niet in staat is tot zorgen. Dat neemt uiteraard niet weg dat zij zorg nodig

heeft. In het huidige discours heerst het idee dat alleen de ‘echte’ moeder weet wat de beste zorg is voor het kind en de ‘hulp’ moet superviseren, terwijl Ruddick (1989) stelt dat eenieder die zich substantieel toewijdt aan de behoefte van een kind een moeder is (Mullin, 2005). Een moeder zou niet alleen moeten staan in de zorg voor haar kind (Kittay, 1999; Ruddick, 1989). Kwetsbaarheid en afhankelijkheid blijven en zijn niet gekoppeld aan de peripartum periode, hoewel het daarin zichtbaarder is en meer aan de oppervlakte.

6.1.2 Vasthouden en loslaten

De peripartum periode blijkt er één van vasthouden en loslaten. In het neoliberale discours lijkt van moeders te worden verwacht dat ze hun nieuwe rol gelukzalig omarmen en zonder moeite afscheid nemen van hun lijf en leven zoals ze dat kenden (Rizzo et al., 2012; Suter et al., 2015). Tegelijkertijd blijkt uit onderzoek naar de PPD dat dit niet zo makkelijk gaat als in het discours verwacht wordt. Moederschap wordt als een paradoxale ervaring omschreven, waarbij geluk en verlies hand in hand gaan (Held & Rutherford, 2012; Kantrowitz-Gordon, 2013). Uit de empirische data van dit onderzoek echter, blijkt dat voor vrouwen die een PPD meemaken vooral verlies, frustratie en somberheid op de voorgrond te staan. Verschillende moeders beschrijven heel graag gelukkig te willen zijn en van hun kind te willen houden, maar het niet te kunnen voelen: “Maar het meeste pijn- Je hebt een mooi meisje gekregen en je houdt er niet van. Dat is het ergste. Het gevoel is er niet. Ik heb een gezonde dochter. Nou, rot op met die fucking roze wolk want die is er gewoon niet” (M4). Voor hen werd de ervaring met moederschap pas paradoxaal na het opklaren van de PPD. Pas toen was er ruimte voor verdriet en rouw wegens het afscheid van het leven zoals ze dat kenden en om een periode die zo gelukkig had moeten zijn: “Ja, er is wel verdriet, want die tijd met [mijn dochter], dat ze zo klein is, zo vertederend, die krijg ik nooit meer terug” (M5). Tegelijkertijd ontstond er op het moment dat de PPD naar de achtergrond verdween, ruimte voor geluk en liefde. Deze ervaring past bij de maternale ambivalentie zoals beschreven door Adams (2014, p. 4), waarbij moeders tegelijkertijd het verlangen tot koestering alsook afwijzing van hun kind ervaren.

Een andere balans met betrekking tot vasthouden en loslaten betreft zelfopoffering, want in hoeverre laat je als moeder de zorg voor jezelf los om voor je kind te kunnen zorgen? Zelfopoffering blijkt in de literatuur een omstreden begrip. Binnen het neoliberale discours wordt van moeders verwacht dat ze hun kinderen op de eerste plaats zetten, ook al gaat dit ten koste van henzelf (Scharp & Thomas, 2017). Dit is een beeld wat bestreden wordt door feministen, aldus Van Nistelrooy (2013). Hoewel de zorgethiek zijn oorsprong in het feminisme vindt, schetst Van Nistelrooy (2013) een ander beeld, waarbij zorg een zekere vorm

zelfopoffering behelst. In de narratieven heeft zelfopoffering een prominente rol, moeders beschrijven steeds eerst voor hun kind te zorgen, waarbij ze zichzelf uit het oog verliezen: “Ik zorgde voor allebei mijn kinderen, ik deed wat ik als moeder moest doen. Mijn hoofd, mijn hoofd, dat maakte overuren” (M5). Uit zowel de empirie als de theorie van dit onderzoek blijkt dat moeders met een PPD zich tekort voelen schieten. Zij lijken dit te willen compenseren door zo goed mogelijk voor hun kind te zorgen en zoveel mogelijk aan de (uiterlijke) verwachtingen van zorgen te willen voldoen.

6.2 Praktijken van zorg

Zorgethiek conceptualiseert zorg als relationeel, waardoor geleefde ervaringen niet op zichzelf staan. Zij vinden immers plaats in zorgpraktijken. In de tweede laag van de ‘drietrap’, staan praktijken van zorg centraal en wordt ingegaan op ervaringen met zorg en wat deze kunnen betekenen voor goede zorg (Leget et al., 2017).

6.2.1 Institutionele zorgpraktijken

Uit de literatuur komt naar voren dat de geboorte- en jeugdgezondheidszorg, naast sociale media en naasten een belangrijke rol spelen bij het tot stand komen van keuzes rondom moederschap en daarmee de zorg voor kinderen. McCabe (2016) stelt dat verloskundigen de stem en de keuzevrijheid van moeders willen vergroten, maar daarbij voorbij gaan aan diegenen die geen keuze kunnen maken, waardoor het risico groot is dat zij worden gezien als ‘onvolkomen consumenten’. Dit beeld wordt onderschreven door de empirische bevindingen. Een groot deel van de participanten vertellen hoe er voorbij wordt gegaan aan hun keuzes, tijdens de bevalling al. Een van de moeders gaf tijdens haar zwangerschap aan dat ze wilde bevallen met pijnbestrijding echter, door de verloskundige van dienst werd voor haar besloten dat dat niet nodig was: “Dus ik zei, ik wil naar het ziekenhuis. Nee, zei ze, je doet het prima, je hoeft geen pijnstilling” (M3). Deze moeder was door het geweld van de bevalling niet in staat er tegenin te gaan. Een andere moeder vertelt dat zij een keuze moest maken met betrekking tot de behandeling van haar PPD, maar niet in staat was de voor- en nadelen tegen elkaar af te wegen. Sterker nog, zij was nauwelijks in staat voor zichzelf te zorgen. Waar de participanten zich minderwaardig voelen als moeder, partner en lid van de samenleving door de PPD, lijkt dit versterkt te worden door de opgelegde autonomie van het neoliberale discours, waarbinnen geen ruimte is voor afhankelijkheid en kwetsbaarheid. Het is de vraag of de beoogde *empowerment* door de geboorte- en jeugdzorg het doel niet voorbij schiet. Door het tonen van

een discours ‘natuurlijke en normale’ bevallingen, worden moeders aangemoedigd hun aangeboren houding en kracht jegens moederschap te herpakken, zo betoogd McCabe (2016). Het beoogde doel van deze *empowerment* is het bevorderen van keuzevrijheid, psychologische en spirituele kracht (McCabe, 2016). Tegelijkertijd blijkt uit zowel de empirische als theoretische bevindingen van dit onderzoek dat moeders extra kwetsbaar en afhankelijk zijn tijdens de peripartum periode. Hierdoor is het maken van weloverwogen keuzes en het vinden van (al dan niet aangeboren) kracht niet altijd mogelijk. Uit zowel de empirische bevindingen van dit onderzoek als uit de theorie blijkt dat er vaak voorbij wordt gegaan aan de wensen van de barende (DeBaets, 2017). Het voorbij gaan aan de wensen van de moeder tijdens de bevalling, blijkt negatieve gevolgen te hebben voor zowel moeder als kind (Hidalgo-Lopezosa, Hidalgo-Maestre, & Rodríguez-Borrego, 2017). Het belang van relationaliteit, vertrouwen en communicatie is in deze kwetsbare periode groot (DeBaets, 2017).

Een opvallende bevinding vanuit het empirische onderzoek is dat deze moeders niet makkelijk om hulp vragen. Een verklaring hiervoor zou kunnen liggen in angst voor het (voor)oordeel van anderen, maar ook in het internaliseren van het neoliberale beeld van de zelfredzame, autonome en gelukkige moeder. Moeders zouden geen hulp nodig moeten hebben. Daarnaast, als ze besluiten dat hulp nodig is, lijken zij eerder professionele hulp te zoeken dan hulp van naasten. Dit past bij het neoliberale paradigma, waarin markten in alle behoeften voorzien (Ganti, 2014, Tronto, 2017). Voor zorgbehoeften betreden we dan ook vaak de publieke ruimte waarin institutionele, publieke zorg, in onze (zorg)behoeften moeten voorzien, zoals te vinden in ziekenhuizen (Tronto, 2017). Echter, deze geprofessionaliseerde zorg lijkt tekort te schieten als de ander niet goed gezien of gehoord wordt (Van Heijst, 2008b). Een voorbeeld wordt gegeven door M3, waarbij de verloskundige beoordeeld dat ze geen PPD kan hebben: “Dus die [verloskundige] zei nou, dat kan niet hoor, want dat krijg je meestal pas na zes maanden”. Deze verloskundige lijkt de zorgvrager onvoldoende echt te zien. Hier komt het belang van de fasen van zorg zoals beschreven door Tronto (1993) naar voren. In de vierde fase beschrijft zij het belang van afstemming, is de geleverde zorg adequaat? Deze moeder werd niet gezien in haar nood, er heeft geen afstemming plaats gevonden, wat leidde tot inadequate zorg.

6.2.2 Private zorgpraktijken

Zoals in voorgaande paragraaf al te lezen is, lijkt de drempel naar zorg hoog voor de moeder met een PPD. Uit de empirische bevindingen blijkt ook de ervaren afstand tot naasten groot. Deels wegens de behoefte aan rust en isolement, maar ook de benaderbaarheid van de moeder met een PPD lijkt hier een rol in te spelen. Veel moeders vertellen en proberen te laten zien dat

het goed gaat, zodat de ander op afstand blijft. Uit zowel de empirie als de literatuur blijkt een in- en extern stigma op de PPD te rusten, waardoor moeders uit schaamte en gevoel van falen anderen op afstand houden: “Bij de nabije omgeving is het ook vrij moeilijk om er iets over te vertellen. Dan zit het tussen de oren, laat ze maar naar een psycholoog gaan. Het zit tussen de oren, ze is gek. Dat werd niet letterlijk zo gezegd, maar zo voelde het wel” (M5). Ook het niet willen belasten van anderen is meermaals in de narratieven terug te lezen. Tegelijkertijd is in deze zelfde narratieven te lezen dat de behoefte aan zorg er wel degelijk is en de opluchting groot is als er naasten zijn die doorvragen en signaleren dat het niet goed gaat: “Een paar hadden het al eerder door dan ikzelf. Dus mijn beste vriendin belde mij op een gegeven moment op, die zei: oh joh, ik weet niet wat er met jou aan de hand is, maar ik herken jou niet. Wat is er nou? En toen zei ik, ja, ik weet het niet zo goed. En toen zei ze: nou, probeer het dan toch maar te vertellen . . . Ik weet niet wat ik had gedaan als ze dat niet had uitgevraagd, dan had het misschien nog wel veel langer geduurd” (M1).

Een korte verkenning met behulp van zoekmachine *Google* leert dat er vele fora zijn voor moeders met een PPD. Uit de literatuur blijkt al dat er veelal een positiever discours heerst binnen deze groepen, wat de drempel naar het zoeken van steun verlaagt (Moore et al., 2016). Ook hier lijkt ‘*othering*’ een rol te spelen. Waar moeders met een PPD veel tegen onbegrip vanuit hun omgeving en professionele zorg aan blijken te lopen, vinden ze hier (h)erkenning. Of, met de woorden van Van Heijst (2008b): “zorgafhankelijkheid of lijden aan een ziekte vormt, kortom, ook een sociale categorie waarin lotgenoten dingen gemeen hebben over de grenzen van hun religie of etniciteit heen.” Deze veelheid aan fora lijkt te duiden op een behoefte aan gezien worden, aan steun en wellicht betekenisgeving aan de PPD. Voortbordurend op Ruddicks (1989) *maternal thinking* zou geconcludeerd kunnen worden dat ook deze fora bijdragen aan het ontwikkelen van een specifieke vorm van maternale kennis, waar in contact met anderen gezocht wordt naar de juiste keuzes en bepalen van waarden. Ruddick (1989) benadrukt het belang van onderlinge gesprekken voor moeders, waarin zij leren door verhalen van anderen en oefenen in het vertellen van hun eigen verhaal. Zij spreekt echter over onderlinge ontmoetingen, ten tijde van het verschijnen van haar boek *Maternal Thinking, Toward a Politics of Peace* in 1989 waren internetfora nog niet toegankelijk voor een wijdverspreid publiek en gemeengoed, zoals nu.

De focus van zorg lijkt bij moeders met een PPD niet bij zichzelf te liggen, maar bij het zorgen voor hun kind. De verwachting van de moeders sluit aan bij het maatschappelijke en wetenschappelijke discours, waarbij moederlijke liefde als vanzelfsprekend gezien wordt, alsmede het automatisch zorgen voor een kind (Van Heijst, 2008b). De discrepantie tussen de

verwachting en praktijk blijkt groot, moeilijk te overbruggen en potentieel schadelijk. Als een moeder het moederschap anders of gecompliceerder beleeft als beschreven in het huidige discours, kan dit angst en schaamte met zich meebrengen, wat het risico op een PPD vergroot (Held & Rutherford, 2012; Nicolson, 1999; Rizzo et al., 2012). Alle moeder-kindrelaties zijn ambivalent en een bron van spanning en conflict (Adams, 2014; Stone, 2012; Van Heijst, 2008b). Op het moment dat hier een PPD doorheen speelt, zijn de spanning en conflict echter meer prominent aanwezig, zoals bijvoorbeeld blijkt uit de ervaring van M4: “Als ik [mijn dochter] hoorde huilen – alsof er spijkers op mijn armen en rug kwamen. De gedachte daarbij... Dan dacht ik: houd alsjeblieft je kop. Tot erger.” Ook M3 beschrijft een dergelijke ervaring: “Ook boosheid soms, van houd alsjeblieft je mond, want ik kan daar nu niet tegen. Want dan voel ik me nog slechter, dus wees jij nou maar in ieder geval vrolijk.” De ervaren spanning en conflict worden tevens uitvergroot doordat goed moederschap niet met een PPD verenigbaar is in het huidige discours, waardoor moeders met een PPD zichzelf als ‘slechte moeder’ zien (Scharp & Thomas, 2017).

Uit de narratieven blijkt dat de meeste moeders negatieve ervaringen hebben met zowel de institutionele als private zorg. Zij lopen tegen onbegrip en *otherness* aan, niet alleen bij anderen, maar ook bij zichzelf. Hierdoor lijken ze zichzelf en de verbinding met anderen kwijt te raken. Tegelijkertijd leidt dit tot inadequate zorg, omdat hun nood én niet gezien wordt én ook weggedrukt wordt door het neoliberale discours, maar ook door gebrek aan afstemming met en door zorgprofessionals, waardoor schaamte en angst het risico op een PPD vergroten, of een rol spelen bij het in stand houden van de PPD.

6.3 De plaats van de PPD in de samenleving

In de laatste laag van de ‘drietrup’ wordt gekeken naar de politiek-ethische ordening van de samenleving (Leget et al., 2017). In het theoretisch deel van dit onderzoek is stilgestaan bij de beïnvloedende discoursen, alsmede hun politieke context. Hoewel hier in de interviews geen expliciete aandacht aan is besteed, levert een dialectische verbinding van de theorie met de empirie toch interessante inzichten op met betrekking tot de plaats van de PPD in de samenleving.

6.3.1 Politieke organisatie

In paragraaf 2.2. wordt ingegaan op het sociaal-politieke aspect van de moeder-kindrelatie. Tronto (1993) stelt dat er een relatie is tussen zorg en macht, waarbij zorg beperkt wordt tot het

private domein en wordt uitgesloten van het publieke debat. Zorg en zorgenden (veelal vrouwen) worden geëvalueerd. Dit lijkt een grote rol te spelen in het denken over moederschap en wat vrouwen als ‘normaal’ internaliseren, namelijk dat zij terug moeten naar hun producerende en consumerende rol. Dit blijft vooral impliciet in de empirische bevindingen. Toch blijkt uit citaten als: “Ik ging gewoon door, ik ben gewoon nog gaan werken. Ik dacht: ja, het zal er allemaal wel bij horen, hormonen” (M4) of: “Vorige week ging het wel goed. Maar het is dit weekend gewoon knudde. Te veel gedaan, dat weet ik ook wel, maar je wil ook graag gewoon weer normaal meegaan, laten zien dat je het kan” (M4) dat moeders worden benaderd en zichzelf uiten als een ‘rationele, kiezende consument’ veeleer dan als vrouwen die een nieuw bestaan hebben, dat verbonden is met het kind.

Er is een druk op de private zorg ontstaan, waarbij wordt verwacht dat ouders en andere informele zorgverleners een volwaardige rol als producent en consument vervullen in het publieke domein, alsmede een volwaardig zorgende rol in het private domein. Rizzo et al. (2012) stellen dat de ervaren prestatiedruk van *intensive mothering* geassocieerd wordt met een hogere prevalentie van de PPD. Dit sluit aan bij de gedachten van Rich (1986) over de druk van moederschap als institutie, waarbij weinig ruimte is voor de verliezen die gepaard gaan met het moederschap en de transitie naar en integratie van de nieuwe rol als moeder. Zij pleit voor het serieus nemen van deze verliezen en het aanmoedigen van vrouwen hierover. Zo zou de PPD als gezond proces gezien kunnen worden, in plaats van als pathologische reactie op een ‘gelukkige gebeurtenis (Nicolson, 1999).

6.3.2 Discoursen

Een opvallende bevinding uit zowel de literatuur als de empirie is dat het idee van een ‘goede moeder’ veelal niet verenigbaar is met een psychiatrische aandoening. Dit hangt samen met het idee dat een goede moeder evenwichtig en gelukkig zou moeten zijn, alsmede rationeel en consumerend (McCabe, 2016; Pozniak, 2017; Rizzo et al., 2012; Tronto, 1993, 2013). Tegelijkertijd lijkt de druk van dit discours een rol te spelen in een hogere prevalentie van de PPD. De ervaring van het moederschap wordt door verschillende onderzoekers beschreven als een paradoxale ervaring (Held & Rutherford, 2012; Kantrowitz-Gordon, 2013). De geïnterviewde moeders hebben, net als Held & Rutherford (2012) gesignaleerd dat deze paradoxale ervaringen niet zijn doorgedrongen in het huidige discours en proberen een bijdrage te leveren aan het beïnvloeden van dit discours, door hun ervaring openbaar te maken, bijvoorbeeld door het schrijven van boeken en blogs. Waar Moore et al. (2016) beschrijven dat in de anonimiteit van online ‘zelfhulpgroepen’ vaak een positiever discours ten aanzien van de

PPD heerst, is de ervaring van de moeders juist ‘hoe anoniemer, hoe negatiever’. Op hun blogs komen vaak negatieve, relativiserende of badinerende reacties, terwijl dat op minder openbare websites als *Instagram* nauwelijks of niet gebeurt.

Onbegrip lijkt een rol te spelen in het tot stand komen van deze reacties, waarbij de timing van de PPD een grote rol lijkt te spelen. Dit blijkt vanuit het huidige discours, waarin het moederschap een gelukkige ervaring zou moeten zijn, en wordt onderschreven door de empirie: “Waar je zelf gelukkig van wordt of wat jou- Hoe je in elkaar zit. Ik bedoel, als het op een ander moment was gebeurd, had ik het ergens veel makkelijker kunnen begrijpen, dan nu” (M2).

6.4 Conclusie

Met behulp van de bevindingen uit dit hoofdstuk kan een antwoord worden geformuleerd op de laatste deelvraag “Wat kunnen de verworven inzichten bijdragen aan goede zorg voor vrouwen met een PPD vanuit zorgethisch perspectief?”. Deze bevindingen werden geformuleerd in drie stappen, naar de ‘drietrup’ van de Utrechtse zorgethiek.

Kijkend naar de geleefde ervaring van moeders met een PPD, kan gezegd worden dat het belangrijk is dat ze echt gezien en gehoord worden. De drempel om zelf om hulp te vragen blijkt hoog, vooral door moeite met kwetsbaarheid, angst en schaamte. Door te vragen en echt te luisteren wordt de drempel naar zorg lager. Een belangrijke kanttekening hierbij is dat vanuit zorgethiek geen eenduidig antwoord gegeven kan worden op de vraag hoe deze zorg eruit zou moeten zien. De uitgangsvraag van de Utrechtse zorgethiek is: wat is goede zorg, gegeven deze particuliere situatie? Hierbij kan alleen de zorgontvanger zelf bepalen wat goede zorg is (Tronto, 1993). Verder ontstaat met het moederschap een nieuwe fase in het leven van de vrouw. Het is voor haar en haar naasten belangrijk hier oog voor te hebben en te onderzoeken of zij behoefte hebben aan aandacht of ritualisering hiervan (Albers, 2016).

Het zien en luisteren zou echter niet beperkt moeten blijven tot de naasten van de moeder, maar ook moeten worden doorgetrokken naar professionele zorgverleners. Zij spelen een rol in de ontwikkeling (in het discours) van ‘neoliberale moeders’. Binnen het discours waar zij aan bijdragen blijkt echter weinig ruimte voor de paradoxale ervaring welke kenmerkend lijkt voor moederschap. Zij zouden een rol kunnen spelen in het aanpassen van dit discours. Tegelijkertijd lijkt het veel gebruikte *empowerment* niet de meest geschikte methode om de positie en stem van vrouwen te versterken, daar diegenen die niet in staat zijn keuzes te maken gemarginaliseerd worden. De onvoorspelbaarheid van de bevalling draagt ook niet bij

aan de keuzevrijheid zoals deze nu is vormgegeven. Van tevoren gemaakte keuzes en vastgelegde wensen worden niet altijd uitgevoerd. Het betrekken van naasten, die de barenden of kraamvrouwen een stem kan geven, zou kunnen bijdragen aan goede zorg.

Tegelijkertijd zou de investering in een langduriger contact met één verloskundige behulpzaam kunnen zijn in het aansluiten bij de wensen en keuzes van vrouwen. Door vertrouwen en effectieve communicatie kan er een beter begrip over en weer ontstaan (DeBaets, 2017). De financiering en organisatie van de geboortezorg zou de begeleiding door die ene verloskundige mogelijk moeten maken.

Hierop voortbordurend en in navolging van Kittay (1999), maar ook Tronto (2017) is het voor goede zorg van belang te bedenken dat moeders meer zijn dan consumerende en rationele wezens, maar kwetsbaar in hun zorgende rol. Om zorghethisch goed te kunnen handelen is het voor de zorgverleners, maar ook voor de moeders zelf, van belang te weten welk discours rondom moederschap gangbaar is in de neoliberale samenleving, en waar dit voor druk oplevert voor in de rol en ervaring van moeders. Met bewustzijn komt de mogelijkheid tot het aanpassen van dit discours, waardoor er ruimte ontstaat voor de paradoxale dimensie van moederschap.

7. Eindconclusie en aanbevelingen

In dit onderzoek werd een antwoord gezocht op de vraag: “Wat is de betekenis van de zorgethische concepten ‘kwetsbaarheid’ en ‘afhankelijkheid’ als kritische noties op het gangbare discours rondom zorgen en moederschap, spelen deze concepten een rol in de geleefde ervaringen van vrouwen met een PPD en welke inzichten levert het kijken vanuit zorgethisch perspectief op voor goede zorg aan deze vrouwen?”. Om deze hoofdvraag te kunnen beantwoorden werd een literatuuronderzoek gedaan naar de *critical insights* afhankelijkheid en kwetsbaarheid, gebruik makend van zorgethische literatuur. Daarnaast werd een literatuuronderzoek uitgevoerd naar de maatschappelijke discourses met betrekking tot moederschap met een PPD. Vervolgens is er een empirisch onderzoek gedaan naar de geleefde ervaring van moeders met een PPD. Ten slotte zijn de theoretische en empirische bevindingen dialectisch met elkaar verbonden om aanbevelingen voor goede zorg aan vrouwen met een PPD te doen.

In dit hoofdstuk zal allereerst een eindconclusie getrokken worden, waarna zal worden afgesloten met aanbevelingen voor vervolgonderzoek.

7.1 Eindconclusie

Uit de bestudeerde zorgethische literatuur blijkt een kwetsbaar en afhankelijk mensbeeld, waarbij moeders toegenomen kwetsbaar zijn, doordat zij zorgen. Deze zorgtaken kunnen zowel fysiek als mentaal veeleisend zijn. Ook afhankelijkheid is zichtbaarder in het moederschap. In de peripartum periode, waar de fysieke afhankelijkheid is toegenomen, maar ook later door afgeleide afhankelijkheid. Afhankelijkheid en kwetsbaarheid lijken in alle narratieven een rol te spelen, hoewel de ervaring met deze concepten voor alle moeders anders is. Opvallend is tevens dat kwetsbaarheid en afhankelijkheid in alle narratieven veelal impliciet blijft, wat passend zou kunnen zijn bij het huidige, neoliberale discours. Uit de literatuurstudie met betrekking tot dit discours blijkt dat moeders worden geacht onafhankelijk te zijn en in staat te zijn de juiste, verantwoorde keuzes te maken voor zichzelf en voor hun kind(eren). Er wordt verwacht dat zij zelfdiscipline en impulscontrole hebben, goed voor hun lichaam zorgen, een rijk sociaal leven onderhouden en dat ze terugkeren naar hun producerende en consumerende rol. Tegelijkertijd lijken deze verwachtingen en rollen een aandeel te hebben in de (visie op) de PPD. Enerzijds mag je als moeder niet depressief zijn, want dat brengt risico's mee voor je

kind, anderzijds móét je gelukkig zijn, je hebt immers een kind gekregen. Moeders met een PPD lijken het moeilijk te vinden hulp te vragen, uit angst en schaamte voor hun eigen gedachten, maar ook door de visie op kwetsbaarheid en afhankelijkheid in het neoliberale discours: daar is geen ruimte voor. Echter, in de zorgethische visie is moederschap niet afhankelijk van een enkel individu, maar is het een gedeelde, uitvoerende, taak. Hierbij kan gesteld worden dat zorgen in het algemeen, maar ook moederschap specifiek, relationeel, situationeel en contextueel is. Uit de literatuurstudie blijkt, dat in het licht van kwetsbaarheid en afhankelijkheid, en in combinatie met de (ervaren) druk op moederschap, de PPD gezien kan worden als meer dan een psychiatrische aandoening of zwakte, maar als voortkomend uit de fundamentele kwetsbaarheid van de mens.

Om goede zorg vanuit zorgethisch perspectief te kunnen bieden, kan gezegd worden dat het belangrijk is dat de moeders met een PPD echt gezien en gehoord worden door zowel naasten als zorgverleners. Verder ontstaat met het moederschap een nieuwe fase in het leven van de vrouw, waarbij behoefte kan ontstaan aan aandacht hiervoor of ritualisering hiervan. Binnen het huidige discours, waar professionele zorgverleners aan bijdragen, blijkt weinig ruimte voor de paradoxale ervaring van het moederschap. De zorgverleners zouden een rol kunnen spelen in het aanpassen van dit discours. Daarnaast zou het betrekken van naasten, die de barenden of kraamvrouwen een stem kan geven, kunnen bijdragen aan goede zorg. Ten slotte is het voor goede zorg van belang ruimte te scheppen voor het idee dat moeders meer zijn dan consumerende en rationele wezens, maar kwetsbaar en afhankelijk zijn in hun zorgende rol.

7.2 Aanbevelingen

Vanuit dit kwalitatieve onderzoek zijn aanbevelingen te doen voor verder (zorgethisch) onderzoek. Zo heeft dit onderzoek zich toegespitst op de ervaringen van moeders met een PPD, vervolgonderzoek zou zich kunnen toespitsen op hun partners of andere nauw betrokken naasten om een rijker beeld te krijgen van de betekenis van en de ervaring met de PPD. Hetzelfde zou kunnen gelden voor het betrekken van een andere groep participanten, vrouwen met een PPD die niet in de openbaarheid zijn getreden met hun verhaal bijvoorbeeld. Een andere manier om een diverser beeld van de PPD te kunnen krijgen zou het betrekken van zorgverleners kunnen zijn. Zo zou er verder kunnen worden ingezoomd op de tweede laag van de drietrappige Utrechtse zorgethiek. Een laatste aanbeveling zou het includeren van moeders met een andere culturele achtergrond zijn. Hoe is de ervaring met de PPD vanuit een

andere cultuur en daarmee een ander discours, in een land als Nederland, waar het neoliberale discours heersend is?

8. Kwaliteit van het onderzoek

In dit hoofdstuk wordt beschreven welke maatregelen werden genomen om de kwaliteit van het onderzoek te waarborgen, alsmede de beperkende factoren. Hiertoe zal allereerst worden gereflecteerd op de kwaliteitscriteria zoals beschreven in de methodesectie van dit onderzoek, waarna stapsgewijs zal worden ingegaan op overige kwaliteits- en beperkende aspecten. Deze reflectie vindt plaats vanuit mij als onderzoeker, het ik-perspectief.

- Tijdens dit onderzoek heb ik steeds bewust stilgestaan bij mijn positie als onderzoeker, bijvoorbeeld door het bijhouden van een reflexief dagboek. Ik heb geprobeerd mijn eigen vooronderstellingen tussen haakjes te plaatsen. Ik ben mij er echter bewust van mijn referentiekader als moeder, verpleegkundige en ervaringsdeskundige. Tevens ben ik mij bewust van de invloed die ik heb op de constructie van het narratief, de verhalen worden immers in dialoog geconstrueerd, aldus Riessman (2008).
- Ik kan niet uitsluiten dat mijn eigen ervaringen met psychiatrie en moederschap een rol hebben gespeeld in dit onderzoek. Het kan zijn dat ik blinde vlekken heb ontwikkeld, waardoor ik zaken over het hoofd heb gezien.
- Middels een *membercheck*¹⁵ heb ik de participanten gevraagd om feedback op hun verhaal en de analyse hiervan. Twee participanten hebben hiervan gebruik gemaakt, hun aanvullingen zijn in het onderzoek verwerkt.
- Door het ordenen van de citaten met behulp van thema's heb ik gepoogd de analyse zo coherent mogelijk weer te geven. Hierbij heb ik de citaten op de voorgrond geplaatst om zo dicht mogelijk bij de taal van de participanten te blijven. Op deze manier heb ik ruimte geschept voor de meervoudigheid van de verhalen, met ruimte voor tegenstrijdigheden en open eindes.
- Er is sprake van een *selection bias*. Doordat ik ervoor gekozen heb vrouwen te interviewen die in de openbaarheid zijn getreden met hun verhaal, is een grote groep 'stille' moeders uitgesloten. De participanten waren makkelijk in contact en open over hun PPD. Wellicht heb ik hier indirect alleen aandacht gehad voor de zelfbewuste en mondige, 'goede patiënt' (Platenkamp, 2011).

¹⁵ Het voorleggen van eerste tentatieve bevindingen, narratief of analyse aan de participant voor feedback. Dit kan op verschillende momenten tijdens het onderzoek plaatsvinden. (Johnson & Parry, 2015)

- Ik heb gestreefd de validiteit en geldigheid van het onderzoek te vergroten door triangulatie van data (meerdere participanten in het empirisch onderzoek, alsmede gebruik van interviews en een documentaire), theorie (meerdere auteurs in het theoretisch onderzoek) en methoden (zowel empirisch als theoretisch onderzoek) (Patton, 2015). Onderzoekerstriangulatie was beperkt mogelijk, daar ik dit onderzoek primair alleen heb uitgevoerd. Desalniettemin zijn verschillende delen van het onderzoek met studiegenoten besproken en heeft mijn begeleider meegekeken en feedback gegeven.
- Ik heb de empirische bevindingen in de context van discours, maatschappij en politiek geplaatst. Ik had de achtergrond van het persoonlijk verhaal of narratief duidelijker kunnen maken door deze toe te voegen. Hier heb ik niet voor gekozen omdat het de anonimiteit van de participanten in gevaar zou kunnen brengen. Enkelen van hen hebben expliciet gevraagd (delen van) hun verhaal niet herkenbaar te publiceren.
- Vlak na de start van dit onderzoek brak er een pandemie uit, COVID-19 oftewel het coronavirus. Dit heeft invloed gehad op de wijze van interviewen, zowel de (meeste) participanten als ikzelf gaven de voorkeur aan een *face-to-face* interview, helaas kon dit door de beperkingen van de pandemie niet doorgaan. Wellicht waren de uitkomsten van interviews anders geweest in de meer persoonlijke sfeer van een *face-to-face* interview.

Literatuur

- Abetz, J., & Moore, J. (2018). “Welcome to the Mommy Wars, Ladies”: Making Sense of the Ideology of Combative Mothering in Mommy Blogs. *Communication, Culture and Critique*, 11(2), 265–281. <https://doi.org/10.1093/ccc/tcy008>
- Abi-Habib, R., & Luyten, P. (2013). The role of Dependency and Self-Criticism in the relationship between anger and depression. *Personality and Individual Differences*, 55(8), 921–925. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2013.07.466>
- Adams, S. L. (2014). *Mad Mothers, Bad Mothers, and What a “Good” Mother Would Do: The Ethics of Ambivalence*. New York: Columbia University Press.
- Ambrosini, A., & Stanghellini, G. (2012). Myths of motherhood. The role of culture in the development of postpartum depression. *Annali dell’Istituto Superiore di Sanità*, 48(3), 277–286. https://doi.org/10.4415/ann_12_03_08
- Barone, L., Carta, A., & Ozturk, Y. (2018). Social-emotional functioning in planned lesbian families: does biological versus non-biological mother status matter? An Italian pilot study. *Attachment & Human Development*, 22(2), 143–156. <https://doi.org/10.1080/14616734.2018.1528620>
- Baur, V., van Nistelrooij, I., & Vanlaere, L. (2017). The sensible health care professional: a care ethical perspective on the role of caregivers in emotionally turbulent practices. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 20(4), 483–493. <https://doi.org/10.1007/s11019-017-9770-5>
- Bittner, A., Junge-Hoffmeister, J., Treichel, T., Coenen, A., & Weidner, K. (2020). Maladaptive personality styles in a clinical sample of women with postpartum depression. *Journal of Affective Disorders*, 263, 318–325. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.151>
- Bonari, L., Pinto, N., Ahn, E., Einarson, A., Steiner, M., & Koren, G. (2004). Perinatal Risks of Untreated Depression during Pregnancy. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 49(11), 726–735. <https://doi.org/10.1177/070674370404901103>
- Briscoe, L., Lavender, T., & McGowan, L. (2016). A concept analysis of women’s vulnerability during pregnancy, birth and the postnatal period. *Journal of Advanced Nursing*, 72(10), 2330–2345. <https://doi.org/10.1111/jan.13017>
- Bowen, G. A. (2006). Grounded Theory and Sensitizing Concepts. *International Journal of Qualitative Methods*, 5(3), 12–23. <https://doi.org/10.1177/160940690600500304>

- Brown, S., Small, R., & Lumley, J. (1997). Being a 'good mother'. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *15*(2), 185–200. <https://doi.org/10.1080/02646839708404542>
- Charter, R., Ussher, J. M., Perz, J., & Robinson, K. (2018). The transgender parent: Experiences and constructions of pregnancy and parenthood for transgender men in Australia. *International Journal of Transgenderism*, *19*(1), 64–77. <https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1399496>
- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2018). *Qualitative Inquiry and Research Design*. Thousand Oaks, Canada: SAGE Publications.
- DeBaets, A. M. (2017). From birth plan to birth partnership: enhancing communication in childbirth. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *216*(1), 31.e1-31.e4. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2016.09.087>
- Engster, D. (2018). Care Ethics, Dependency, and Vulnerability. *Ethics and Social Welfare*, *13*(2), 100–114. <https://doi.org/10.1080/17496535.2018.1533029>
- Finlay, L. (2008). A Dance Between the Reduction and Reflexivity: Explicating the “Phenomenological Psychological Attitude”. *Journal of Phenomenological Psychology*, *39*(1), 1–32. <https://doi.org/10.1163/156916208x311601>
- Furman, R., Downey, E. P., & Jackson, R. L. (2004). Exploring the ethics of treatments for depression: The ethics of care perspective. *Smith College Studies in Social Work*, *74*(3), 525–538. <https://doi.org/10.1080/00377310409517733>
- Ganti, T. (2014). Neoliberalism. *Annual Review of Anthropology*, *43*(1), 89–104. <https://doi.org/10.1146/annurev-anthro-092412-155528>
- Gibson, C. L. (2019). Enacting Motherhood Online: How Facebook and Mommy Blogs Reinforce White Ideologies of the New Momism. *Feminist Encounters: A Journal of Critical Studies in Culture and Politics*, *3*(1–2), 1–11. <https://doi.org/10.20897/femenc/5912>
- Goodman, J. H. (2004). Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *Journal of Advanced Nursing*, *45*(1), 26–35. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02857.x>
- Guintivano, J., Manuck, T., & Meltzer-Brody, S. (2018). Predictors of Postpartum Depression. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, *61*(3), 591–603. <https://doi.org/10.1097/grf.0000000000000368>
- Heijst, A. van (2005). *Menslievende zorg*. Kampen: Klement,
- Heijst, A. van (2008a). Zorgethiek, een theoretisch overzicht. *Filosofie en Praktijk*, *29*(1), 7-18.

- Heijst, A. van (2008b). *Iemand zien staan*. Kampen: Klement.
- Held, L., & Rutherford, A. (2012). Can't a mother sing the blues? Postpartum depression and the construction of motherhood in late 20th-century America. *History of Psychology*, *15*(2), 107–123. <https://doi.org/10.1037/a0026219>
- Hidalgo-Lopezosa, P., Hidalgo-Maestre, M., & Rodríguez-Borrego, M. A. (2017). Birth plan compliance and its relation to maternal and neonatal outcomes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *25*(0), 1–6. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2007.295>Hirst, K. P., &
- Moutier, C. Y. (2010). Postpartum Major Depression. *American Family Physician*, *82*(8). Geraadpleegd van <https://www.aafp.org/afp/2010/1015/p926.pdf>
- Jeremiah, Emily . 2006. Motherhood to mothering and beyond: Maternity in recent feminist thought. *Journal of the Association for Research on Mothering* *8* (1-2): 21-33
- Johnson, C. W., & Parry, D. C. (2015). *Fostering Social Justice Through Qualitative Inquiry*. London & New York: Routledge.
- Kantowitz-Gordon, I. (2013). Internet Confessions of Postpartum Depression. *Issues in Mental Health Nursing*, *34*(12), 874–882. <https://doi.org/10.3109/01612840.2013.806618>
- Kittay, E. F. (1999). *Love's labor*. Abingdon, Verenigd Koninkrijk: Routledge.
- Kittay, E. F. (2011). The Ethics of Care, Dependence, and Disability*. *Ratio Juris*, *24*(1), 49–58. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9337.2010.00473.x>
- Lagercrantz, H., & Changeux, J.-P. (2009). The Emergence of Human Consciousness: From Fetal to Neonatal Life. *Pediatric Research*, *65*(3), 255–260. <https://doi.org/10.1203/pdr.0b013e3181973b0d>
- Lansford, J. E., Ceballo, R., Abbey, A., & Stewart, A. J. (2001). Does Family Structure Matter? A Comparison of Adoptive, Two-Parent Biological, Single-Mother, Stepfather, and Stepmother Households. *Journal of Marriage and Family*, *63*(3), 840–851. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2001.00840.x>
- Leget, C., van Nistelrooij, I., & Visse, M. (2017). Beyond demarcation: Care ethics as an interdisciplinary field of inquiry. *Nursing Ethics*, *26*(1), 17–25. <https://doi.org/10.1177/0969733017707008>
- Mattingly, C., & Lawlor, M. (2000). Learning from Stories: Narrative Interviewing in Cross-cultural Research. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, *7*(1), 4–14. <https://doi.org/10.1080/110381200443571>

- Maxwell, D., Robinson, S. R., & Rogers, K. (2018). "I keep it to myself": A qualitative meta-interpretive synthesis of experiences of postpartum depression among marginalised women. *Health & Social Care in the Community*, 27(3), e23–e36. <https://doi.org/10.1111/hsc.12645>
- McCabe, K. (2016). Mothercraft: Birth work and the making of neoliberal mothers. *Social Science & Medicine*, 162, 177–184. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.06.021>
- Millbank, J. (2008). The Limits of Functional Family: Lesbian Mother Litigation in the Era of the Eternal Biological Family. *International Journal of Law, Policy and the Family*, 22(2), 149–177. <https://doi.org/10.1093/lawfam/ebn001>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2018). *Onderzoek postpartum depressie*. Geraadpleegd van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/06/14/highlightsrapport-ta-ge-hey-campagne-postnatale-depressie>
- Moore, D., Ayers, S., & Drey, N. (2016). A Thematic Analysis of Stigma and Disclosure for Perinatal Depression on an Online Forum. *JMIR Mental Health*, 3(2), e18. <https://doi.org/10.2196/mental.5611>
- Mott, S. L., Schiller, C. E., Richards, J. G., O'Hara, M. W., & Stuart, S. (2011). Depression and anxiety among postpartum and adoptive mothers. *Archives of Women's Mental Health*, 14(4), 335–343. <https://doi.org/10.1007/s00737-011-0227-1>
- Mullin, A. (2005). *Reconceiving Pregnancy and Childcare*. Cambridge, Verenigd Koninkrijk: Cambridge University Press.
- Netsi, E., Pearson, R. M., Murray, L., Cooper, P., Craske, M. G., & Stein, A. (2018). Association of Persistent and Severe Postnatal Depression With Child Outcomes. *JAMA Psychiatry*, 75(3), 247. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.4363>
- Nicolson, P. (1999). Loss, Happiness and Postpartum Depression: The Ultimate Paradox. *Canadian Psychology / Psychologie canadienne*, 40(2), 162–178. <https://doi.org/10.1037/h0086834>
- Nistelrooy, I. van, (2014). Self-sacrifice and self-affirmation within care-giving. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 17(4), 519–528. <https://doi.org/10.1007/s11019-013-9523-z>

- Nistelrooij, I. van, Visse, M., Spekkink, A., & de Lange, J. (2017). How shared is shared decision-making? A care-ethical view on the role of partner and family. *Journal of Medical Ethics*, 43(9), 637–644. <https://doi.org/10.1136/medethics-2016-103791>
- Nistelrooij, van, I., & Visse, M. (2018). Me? The invisible call of responsibility and its promise for care ethics: a phenomenological view. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 22(2), 275–285. <https://doi.org/10.1007/s11019-018-9873-7>
- Noddings, N. (2013). *Caring: A Relational Approach to Ethics and Moral Education* (Second Edition, Updated editie). Los Angeles, USA: University of California Press.
- Patton, M. Q. (2015). *Qualitative Research & Evaluation Methods* (4de editie). Thousand Oaks, Canada: SAGE Publications.
- Pozniak, K. (2017). Neoliberal Pedagogies of Motherhood at an Ontario Early Years Centre. *Journal of the motherhood initiative for research and community involvement*, 8(1, 2).
- Riessman, C. K. (2008). *Narrative Methods for the Human Sciences*. Thousand Oaks, Canada: SAGE Publications.
- Rich, A. (1986). *Of Woman Born: Motherhood as Experience and Institution*. New York: W. W. Norton & Company.
- RIVM/Centrum Jeugdgezondheid, Dunnink, G., & Lijs-Spek, W. J. G. (2008). *Activiteiten Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0 -19 jaar per Contactmoment*. Geraadpleegd van <https://rivm.openrepository.com/bitstream/handle/10029/257990/295001001.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Rizzo, K. M., Schiffrin, H. H., & Liss, M. (2012). Insight into the Parenthood Paradox: Mental Health Outcomes of Intensive Mothering. *Journal of Child and Family Studies*, 22(5), 614–620. <https://doi.org/10.1007/s10826-012-9615-z>
- Ruddick, S. (1989). *Maternal Thinking*. Amsterdam, Nederland: Amsterdam University Press.
- Ruddick, S. (2009). On "Maternal Thinking". *Women's Studies Quarterly*, 37(3/4), 305-308. Retrieved October 10, 2020, from <http://www.jstor.org/stable/27740600>
- Scharp, K. M., & Thomas, L. J. (2017). “What Would a Loving Mom Do Today?”: Exploring the Meaning of Motherhood in Stories of Prenatal and Postpartum Depression. *Journal of Family Communication*, 17(4), 401–414. <https://doi.org/10.1080/15267431.2017.1355803>
- Sears, W. (1995). Attachment parenting: a style that works. *NAMTA Journal*, 20(2), 41±49.

- Seurer, L. (2015). *“She Can Be a Superhero, but She Needs Her Day Off”*: Exploring Discursive Constructions of Motherhood and Depression in Emerging Adult Talk Surrounding Maternal Depression. Graduate Studies at Digital Commons Denver University. Geraadpleegd van <https://digitalcommons.du.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1588&context=etd>
- Shorey, S., Chee, C., Ng, E., Chan, Y., Tam, W., & Chong, Y. (2018). Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, *104*, 235–248. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.08.001>
- Slomian, J., Honvo, G., Emonts, P., Reginster, J.-Y., & Bruyère, O. (2019). Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Women’s Health*, *15*, 1–55. <https://doi.org/10.1177/1745506519844044>
- Stone, A. (2012). *Feminism, Psychoanalysis, and Maternal Subjectivity* (1ste editie). Abingdon, Verenigd Koninkrijk: Routledge.
- Suter, E. A., Seurer, L. M., Webb, S., Grewe, B., & Koenig Kellas, J. (2015). Motherhood as Contested Ideological Terrain: Essentialist and Queer Discourses of Motherhood at Play in Female–female Co-mothers’ Talk. *Communication Monographs*, *82*(4), 458–483. <https://doi.org/10.1080/03637751.2015.1024702>
- Thorsteinsson, E. B., Loi, N. M., & Farr, K. (2018). Changes in stigma and help-seeking in relation to postpartum depression: non-clinical parenting intervention sample. *PeerJ*, *6*, e5893. <https://doi.org/10.7717/peerj.5893>
- Topçu, S., & Brown, P. (2019). The impact of technology on pregnancy and childbirth: creating and managing obstetrical risk in different cultural and socio-economic contexts. *Health, Risk & Society*, *21*(3–4), 89–99. <https://doi.org/10.1080/13698575.2019.1649922>
- Tronto, J. (1993). *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care*. New York, USA: Routledge.
- Tronto, J. (2012). Democratic care politics in an age of limits. In (S. Staab & S. Razavi, Reds.), *Global Variations in the Political and Social Economy of Care*. Abingdon, Verenigd Koninkrijk: Routledge.
- Tronto, J. (2013). *Caring Democracy, Markets, Equality, and Justice*. New York, United States of America: New York University Press.

- Tronto, J. (2017). There is an alternative: homines curans and the limits of neoliberalism. *International Journal of Care and Caring*, 1(1), 27–43. <https://doi.org/10.1332/239788217x14866281687583>
- Veldt, van der, M., Lok, P., Pop-Purceanu, M., Tendolkar, I., & Eijndhoven, van, P. (2015). Angststoornissen tijdens de zwangerschap en post-partumperiode. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 57(6), 415–423. Geraadpleegd van https://www.researchgate.net/profile/Philip_Eijndhoven/publication/278413329_Anxiety_disorders_during_pregnancy_and_the_post-partum_period/links/56f39d6e08ae81582bebb86f/Anxiety-disorders-during-pregnancy-and-the-post-partum-period.pdf
- Visse, M. (2014). Hermeneutisch narratief analyseren: creëren van mogelijkheden. *Kwalon*, 19(3). Geraadpleegd van https://www.tijdschriftkwalon.nl/scripts/shared/artikel_pdf.php?id=KW-19-3-18
- Vosman, F., & Niemeijer, A. (2017). Rethinking critical reflection on care: late modern uncertainty and the implications for care ethics. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 20(4), 465–476. doi:10.1007/s11019-017-9766-1
- Wildschut, H., & Boesveld, I. (2018). *Integrale Geboortezorg*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.

Grijze literatuur

- Adelaars, N. (2015, 8 juli). *Ervaring postnatale depressie - Deel I*. Geraadpleegd op 14 februari 2020, van <https://www.minime.nl/artikelen/888/ervaring-postnatale-depressie>
- Albers, S. (2016) *Leven geven betekenis geven*. (Masterthesis), Universiteit voor Humanistiek
- Anonymous_username. (2011, 6 december). *Iemand ervaring met postnatale depressie?* Geraadpleegd op 14 februari 2020, van <https://www.oudersvanu.nl/forums/onderwerp/1638601-iemand-ervaring-met-postnatale-depressie/>
- Barrow, F. (Producent) & Casebow, M. (Regisseur). (2019) *Mothers on the edge* (Documentaire). United Kingdom: BBC

- Draaijer, K. Hoeve, F. (Producten) & Graafmans, A-F.. (Regisseur). (2016). *Roze Wolk* [Documentaire]. Nederland: BALDR Film.
- EenVandaag. (2018, 14 juni). *Postnatale depressie is moeilijk bespreekbaar*. Geraadpleegd op 8 februari 2020, van <https://eenvandaag.avrotros.nl/item/postnatale-depressie-is-moeilijk-bespreekbaar/>
- Erp, B. van (2020, 4 februari). *Ben jij een goede moeder? Hiermee kun je jezelf testen!* Geraadpleegd op 14 februari 2020, van <https://www.me-to-we.nl/hoe-effectief-jouw-ouderschap-doe-de-quiz/>
- Ervaringsverhaal - zwangerschap: Moedergevoel maakt plaats voor postnatale depressie.* (z.d.). Geraadpleegd op 14 februari 2020, van <https://www.depressievereniging.nl/ervaringen/ervaringsverhalen/zwangerschap/ervaringsverhaal-zwangerschap/>
- Hakkenes, E. (2012, 12 mei). *Zó ben je een goede moeder*. Geraadpleegd op 14 februari 2020, van <https://www.trouw.nl/nieuws/zo-ben-je-een-goede-moeder~b2f3d260/?referer=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F>
- Middendorp, M. (2018, 26 november). *Goede moeder - Hoe word je een goede moeder? Tips om een goede moeder te zijn*. Geraadpleegd op 14 februari 2020, van <https://www.oudersenzo.nl/goede-moeder/>
- Ministerie van Algemene Zaken. (2020, 18 februari). *Veilig Thuis*. Geraadpleegd van <https://www.rijksoverheid.nl/contact/contactgids/veilig-thuis>
- Ministerie van Justitie en Veiligheid. (2019, 24 september). *Wat is het verschil tussen biologisch en juridisch ouderschap?* Geraadpleegd op 31 augustus 2020, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/ouderlijk-gezag/vraag-en-antwoord/biologisch-juridisch-ouderschap>
- NU.nl. (2018, 14 juni). *“Postnatale depressie blijkt moeilijk bespreekbaar”*. Geraadpleegd op 8 februari 2020, van <https://www.nu.nl/gezondheid/5312327/postnatale-depressie-blijkt-moeilijk-bespreekbaar.html>
- Platenkamp, C. (2011 april). *De goede patiënt: voor wie?* *NVBe-Nieuwsbrief*, 18(2). Geraadpleegd van <http://www.nvbe.nl>
- Westra, I. (2017, 4 april). *Loes had een postnatale depressie: De antidepressiva sloegen in als een bom*. Geraadpleegd op 14 februari 2020, van <https://www.telegraaf.nl/vrouw/1809776928/loes-had-een-postnatale-depressie-de-antidepressiva-sloegen-in-als-een-bom>

De Utrechtse Zorgethiek

Wat is het moreel goede in deze particuliere context?



Bijlage 2 Datamanagementplan

| 1 Administratieve informatie | | |
|---|--|--|
| 1. a | Projectnaam, hoofdonderzoeker, datum van dit plan en van eerdere versies | Masterthesis Roos Piet 17-2-2020 |
| 1. b | Wie is de eerstverantwoordelijke voor het datamanagement? | Begeleider: Inge van Nistelrooij |
| 2 Beschrijving van de data | | |
| 2. a | Worden bestaande data hergebruikt of nieuwe data gegenereerd? | Er wordt nieuwe data gegenereerd |
| 2. b | Om welke soort(en) data gaat het? | Interviewdata |
| 3 Standaarden en metadata, ofwel alles wat nodig is om de data te vinden en te benutten | | |
| 3. a | Welke metadatastandaarden worden gebruikt (<i>vindbaarheid</i>)? | Opslag via UvH |
| 3. b | Welke coderingen e.d. worden gebruikt die toekomstige koppeling met andere data mogelijk maken (<i>duiding, interoperabiliteit</i>)? | Versleuteld bestand |
| 3. c | Welke software en eventueel hardware wordt er gebruikt (<i>duiding, bruikbaarheid</i>)? | N.v.t. |
| 3. d | Wat wordt er gedocumenteerd en bewaard om replicatie mogelijk te maken? | Topiclijst en data-analyse |
| 4 Ethisch en juridisch | | |
| 4. a | Hoe wordt bij het verwerven of genereren van de data de hiervoor eventueel benodigde toestemming verkregen van dataleverancier/ proefpersonen? | Schriftelijk informed consent |
| 4. b | Hoe worden gevoelige gegevens beschermd tijdens en na het project? | Volgens richtlijnen van de UvH |
| 4. c | Zijn de data na het project – eventueel na een embargoperiode – als Open Access beschikbaar? | De originele data niet, de masterthesis na toestemming van participanten |
| 5 Opslag en archivering | | |
| 5. A | Hoe wordt voldoende opslag- en back-upcapaciteit tijdens het project geregeld, inclusief versiebeheer? | Volgens richtlijn UvH |
| 5. B | Waar en hoe lang worden de data na afloop van het project beschikbaar gesteld voor vervolgonderzoek en verificatie? | Volgens richtlijn UvH |

Bijlage 3 Wervingsmail

Mijn naam is Roos Hollander, getrouwd met Niek, moeder van Berend (10) en Clovis (8). Daarnaast ben ik sinds 2 jaar jeugdverpleegkundige op een consultatiebureau, na 15 jaar als psychiatisch verpleegkundige gewerkt te hebben. Naast mijn gezin en werk, ben ik bezig met een master Zorgethiek en Beleid aan de Universiteit voor Humanistiek. En vanuit die laatste hoedanigheid schrijf ik dit berichtje. Ik ga nu starten met de afrondende fase van de master, mijn afstudeeronderzoek. Mijn onderzoek zal betrekking hebben op moeders die een postpartum depressie hebben (gehad). Mijn interesse hierin is gewekt door mijn werk, maar ook doordat ik zelf moeder ben en zelf depressies heb (hoewel niet postpartum).

Het betreft een kwalitatief onderzoek, dus de focus ligt niet op cijfers en effectieve behandelingen, maar op de ervaring van de vrouwen zelf. Ik zou graag een steentje willen bijdragen aan het doorbreken van taboes en het begrijpen van postpartum depressies. Het gaat niet om het verklaren of het omgaan hiermee, dat zou meer psychologisch zijn.

Voor dit onderzoek zou ik graag een aantal vrouwen willen interviewen en jouw openheid met betrekking tot dit onderwerp sprak me erg aan. Ik zou je dan ook willen vragen of je hiervoor openstaat.

Ik hoor heel graag van je!

Bijlage 4 Topiclijst

Algemeen

Hoe zie jij het moederschap?

Verwachtingen

Wat waren jouw verwachtingen van het moederschap? Hoe zijn deze verwachtingen tot stand gekomen?

Hoe hebben deze verwachtingen invloed op je depressie gehad?

Verbondenheid

Wie zijn belangrijk voor je? Wie geven je steun?

Wat betekent je depressie voor relaties (partner / vrienden / familie)?

Depressie

Hoe ervaar je je depressie / wat betekent een depressie voor jou? Hoe kijk je tegen depressie aan?

Wat geeft / gaf je hoop?

Maatschappij

Hoe reageert je omgeving op je depressie?

Wat zijn jouw ervaringen met het praten over je depressie?