

Post-partum depressie

Een pilot-studie naar vóórkomen en hulpzoekgedrag in de huisartspraktijk

K.G. GROENEVELD
B.P. PONSIOEN
A. PRINS

Groeneveld KG, Ponsioen BP, Prins A. Post-partum depressie. Een pilot-studie naar vóórkomen en hulpzoekgedrag in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1994; 37(13); 579-80.

Samenvatting In welke mate huisartsen een post-partum depressie herkennen, is onbekend. Voor dit onderzoek werden 60 vrouwen uit vier huisartspraktijken twee à zes maanden post partum geïnterviewd met behulp van de Research Diagnostic Criteria. De diagnose depressie werd gesteld bij acht vrouwen (13 procent). Slechts twee van deze vrouwen waren bij de huisarts bekend als depressief: één van hen had zich aanvankelijk met somatische klachten gepresenteerd, de ander had zich direct met depressieve klachten tot de huisarts gewend. Het lijkt waarschijnlijk dat veel vrouwen niet spontaan met depressieve klachten (durven) komen. Huisartsen, CB-artsen en verpleegkundigen doen er goed aan alert te zijn op een mogelijke post-partum depressie binnen deze groep vrouwen.

Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Erasmus Universiteit Rotterdam, Postbus 1738, 3000 DR Rotterdam.

K.G. Groeneveld, medisch studente;
B.P. Ponsioen, huisarts te Brielle;
Prof.dr. A. Prins, huisarts te Krimpen a/d IJssel.

Correspondentie: Prof.dr. A. Prins.

Inleiding

Het klinische beeld van de post-partum depressie verschilt weinig van een depressie die buiten de post-partum periode optreedt. Centraal staat een sombere stemming, die in intensiteit van dag tot dag sterk kan wisselen en 's avonds vaak het ergst is (dit laatste in tegenstelling tot de 'gewone' depressie). De post-partum depressie kan gepaard gaan met een intense vermoeidheid en prikkelbaarheid. Verder zijn er vaak klachten over gebrek aan eetlust, een verminderd denk- of concentratievermogen, inslaap- en soms ook doorslaapstoornissen en verlies van libido. Vaak treden schuldgevoelens op als gevolg van het denkbeeld geen 'goede moeder' te zijn. De depressieve stemming hoeft niet altijd op de voorgrond te staan: vaak zal de moeder er pas over praten wanneer er expliciet naar gevraagd wordt; zijzelf legt vaker de nadruk op haar gevoelens van uitputting, angst, prikkelbaarheid en huilbuien. Soms staan lichamelijke klachten, zoals hoofdpijn en rugpijn, op de voorgrond.¹

Onderzoeken naar de incidentie en prevalentie van post-partum depressie geven zeer verschillende resultaten. Deze verschillen kunnen verklaard worden door verschillen in de criteria voor depressie, de grootte van de patiëntenpopulatie, de gebruikte methode en de duur van de observatie. De belangrijkste prospectieve studies waarbij gebruik gemaakt werd van zelfrapportagelijsten en/of semi-gestructureerde interviews, leveren prevalentiecijfers op van 5 tot 20 procent.² *Pop* vond onder 293 Nederlandse vrouwen een incidentie van post-partum depressie van 21 procent. De puntprevalentie varieerde van 6 tot 14 procent, met een piek rond 10 weken na de bevalling.² Hoeveel vrouwen met post-partum depressie door de huisarts worden herkend en behandeld, is voor zover bekend nog nooit eerder in Nederland onderzocht.

Hoewel moeders in het kraambed wel medische aandacht krijgen, zou het mogelijk zijn dat de meeste depressieve moeders geen hulp zoeken of krijgen. Het spontane beloop van de post-partum de-

pressie is zeker niet altijd ongecompliceerd en gunstig te noemen. Hoewel het merendeel van de patiënten na 6 maanden tot een jaar verbeterd, kan de depressie zonder behandeling 1-1,5 jaar aanhouden.³ Volgens een onderzoek van *Cogill et al.* zou een post-partum depressie bij de moeder een negatieve invloed zou hebben op de ontwikkeling van het kind. Schadelijke effecten zouden onder andere zijn: geringere gewichtstoename, gedragsproblemen, stoornissen in de cognitieve ontwikkeling, groei- en affectieve stoornissen.⁴

Wij formuleerden voor dit onderzoek de volgende vraagstelling:

- Hoe dikwijls komt de post-partum depressie voor in een groep vrouwen tussen de twee en zes maanden post-partum?
- Welke klachten die mogelijk verband houden met de depressie, worden aan de huisarts gepresenteerd en hoe worden deze klachten door de huisarts geïnterpreteerd?

Methode

Het onderzoek vond plaats in een groepspraktijk in Krimpen a/d IJssel en drie huisartspraktijken in Brielle. In Krimpen werden alle vrouwen die in de periode 15 december 1992 t/m 19 januari 1993 het consultatiebureau bezochten met een baby van 2 tot 6 maanden, uitgenodigd deel te nemen aan het onderzoek. In de Brielse praktijken werden alle vrouwen die 2-6 maanden post partum waren, schriftelijk benaderd door de huisarts.

Alle vrouwen die wilden meewerken aan het onderzoek, werden in de periode van 6 januari 1993 t/m 9 maart 1993 thuis geïnterviewd, in alle gevallen door dezelfde persoon. De klinische diagnose depressie werd – conform het onderzoek van *Pop* – gesteld met behulp van een gestructureerd interview, bestaande uit vier hoofdvragen volgens de 'Research Diagnostic Criteria' (RDC). Deze diagnostische criteria zijn de voorlopers van de DSM-III-criteria; ze zijn destijds door *Spitzer et al.* ontwikkeld voor onderzoeksdoeleinden.⁵ Onderscheid wordt gemaakt tussen grote

('major') en kleine ('minor') depressies. Bij een grote depressie zijn ten minste vijf uit een lijst van acht depressieve symptomen positief, bij een kleine depressie drie of vier.

Het aantal en de aard van de contacten met de huisarts vanaf de bevalling tot het moment van interview werden vastgesteld aan de hand van de gegevens van de betreffende huisarts.

Resultaten

Slechts één vrouw weigerde mee te werken aan het onderzoek. In totaal werd deelgenomen door 60 vrouwen: 24 uit Brielle en 36 uit Krimpen a/d IJssel. Hun leeftijd varieerde van 21 tot 40 jaar (gemiddelde leeftijd 29 jaar). Van de bevallingen hadden er 5 klinisch, 24 poliklinisch, en 31 thuis plaatsgevonden; 25 vrouwen waren primiparae en 35 multiparae.

Acht vrouwen hadden volgens de RDC-criteria een post-partum depressie (13 procent). De demografische kenmerken van deze vrouwen verschilden niet wezenlijk van de kenmerken van de totale onderzoekspopulatie. Bij drie vrouwen ging het om een grote depressie.

Bij twee van de acht vrouwen bij wie de diagnose post-partum depressie werd gesteld, was de huisarts hiervan op de hoogte. Beide vrouwen hadden een grote depressie. Eén van hen had zich aanvankelijk vooral met somatische klachten gepresenteerd, hetgeen had geresulteerd in één verwijzing naar de gynaecoloog en één naar de internist. Na 15 arts-patiënt contacten in een periode van vier maanden was de diagnose depressie gesteld. De andere patiënte had zich wel met depressieve symptomen gepresenteerd. In dit geval werd reeds in het eerste consult ingegaan op angstgevoelens en gevoelens van teleurstelling.

Van de overige zes patiënten bij wie de diagnose depressie werd gesteld, hadden er twee in het geheel geen contact gehad met de huisarts; de andere vier hadden wel

contact gehad, maar hadden daarbij niet-depressieve klachten genoemd: pijnlijke mictie, obstipatie, spierpijn, eczeem, verkoudheid en acute sinusitis.

In totaal 19 vrouwen hadden zich tot de huisarts gewend met klachten van gynaecologische aard of klachten die direct of indirect verband hadden met de post-partum periode. Van de acht vrouwen met post-partum depressie hadden er twee de huisarts met gynaecologische klachten gecompileerd.

In de groep vrouwen zonder depressie was het gemiddeld aantal arts-patiënt contacten 2,1, in de groep mét depressie was dat 3,9. Dit hoge gemiddelde werd echter veroorzaakt door de twee vrouwen met een bekende depressie: zij hadden respectievelijk 10 en 15 consulten. Bij de overige zes patiënten met depressie varieerde het aantal consulten van 0 tot 2.

Beschouwing

Opvallend was dat van de acht vrouwen bij wie de diagnose depressie werd gesteld, er zeven afkomstig waren uit Krimpen a/d IJssel en slechts één uit Brielle. Mogelijk hangt dit samen met het feit dat in Brielle zwangerschap en bevalling begeleid worden door de huisarts.

Het door ons gevonden percentage (13 procent) komt redelijk overeen met de resultaten van *Pop* en diverse andere onderzoekers. Gezien het ontbreken van een controlegroep is het echter niet mogelijk vast te stellen of dit cijfer hoger ligt dan de prevalentie van depressie in een 'normale' groep vrouwen. In de twee gepubliceerde studies met een controlegroep werd echter geen verschil in prevalentie gevonden tussen de studie- en de controlegroep. Wel werden in de post-partum groep vaker depressieve symptomen vastgesteld.^{6,7}

Behalve in onderzoeksprojecten, is het gebruik van screeningsprogramma's voor psychische problemen in de huisartspraktijk af te raden.⁸ Toch lijkt ook uit deze pilot-studie naar voren te komen dat vrou-

wen in de post-partum periode een verhoogd risico lopen op het optreden van een depressieve episode, terwijl uit de interviews bleek dat veel vrouwen niet spontaan met depressieve klachten (durven) komen. Aangezien de behandelingsmogelijkheden de laatste jaren aanzienlijk verbeterd lijken,⁹ doen huisartsen, consultatiebureau-artsen en verpleegkundigen er goed aan alert te zijn op een mogelijke depressie bij deze groep vrouwen.

Literatuur

- 1 Kortmann FAM. Postnatale depressie, een wetenswaardig verschijnsel. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 1983; 38: 1031-43.
- 2 Pop VJM. Thyroid dysfunction and depression in the post partum period [Dissertatie]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1991.
- 3 Klompenhouwer JL, Van Hulst AM. Psychiatrische stoornissen bij kraamvrouwen. Ned Tijdschr Geneesk 1994; 138: 1009-14.
- 4 Cogill SR, Caplan HL, Alexandra H, et al. Impact of maternal postnatal depression on the cognitive development of young children. BMJ 1986; 292: 1165-7.
- 5 Spitzer RI, Endichott J, Robins E. Research diagnostic criteria: rationale and reliability. Arch Gen Psychiatry 1978; 35: 773-82.
- 6 O'Hara MW, Zekoski EM, Philipps LH, Wright EJ. Controlled prospective study of post-partum mood disorders: Comparison of childbearing and non-childbearing women. J Abnormal Psychol 1990; 99(1): 3-15.
- 7 Troutman BR, Cutrona CE. Nonpsychotic postpartum depression among adolescent mothers. J Abnormal Psychol 1990; 99: 69-78.
- 8 Bensing JM, Verhaak PFM. Psychische problemen in de huisartspraktijk veelvormiger en diffuser dan in de psychiatrie. Ned Tijdschr Geneesk 1994; 138: 130-5.
- 9 Ormel J, Van den Brink W, Van der Meer K, et al. Prevalentie, signalering en beloop van depressie in de huisartspraktijk. Ned Tijdschr Geneesk 1994; 138: 123-6. ■