

„Postnatale” depressie

G.F. KOERSELMAN, PSYCHIATER

In dag- en weekbladpers, op radio en televisie en zelfs in bioscopen wordt tegenwoordig uitzonderlijk veel aandacht besteed aan de „postnatale depressie” („PND”). Deze term is ongelukkig gekozen, omdat „postnataal” iets zegt over de pasgeborene, terwijl het gaat over depressies bij jonge moeders. Men kan daarom beter spreken over „post partum-depressie”. Er is geen eensluidend antwoord beschikbaar op de vraag hoe de huidige golf van publiciteit kon ontstaan. Elementen van een verklaring kunnen zijn: inductie door de publiciteitsmedia, een onbekend vaak voorkomen van post partum-depressies, bevrijding van vrouwen uit schaamte- en schuldgevoel over moederlijk dysfunctioneren.

De huidige publiciteit heeft een aantal consequenties die potentieel gevaarlijk zijn.¹ Het gevaar dat dreigt, is tweërlei: (1) De diagnose „PND” wordt ten onrechte gesteld; (2) andere diagnoses worden daardoor ten onrechte niet gesteld. In de publiciteit wordt de „postnatale depressie” beschreven als een ziekte-eenheid: een vast symptomencomplex met een vaste ziekte-oorzaak. Omtrent de ziekte-oorzaak circuleren twee opvattingen: volgens sommigen is „PND” een hormonale stoornis, volgens anderen is de oorzaak sociaal, nl. het verkommeren van jonge moeders in de nieuwbouwwijken. Het kan voor vrouwen onnodig belastend zijn als ze ten onrechte zouden moeten menen een dergelijke ziekte te „hebben”. Maar ernstiger is dat de (gezochte?) pseudo-zekerheid omtrent de oorzaak kan leiden tot het miskennen van andere oorzaken van post partum-depressies of het miskennen van andere psychosyndromen na de baring. Dit kan schadelijk en zelfs levensgevaarlijk zijn.

Nu zich in toenemende mate vrouwen melden met psychische klachten en symptomen na de partus of met de zelf gestelde diagnose „PND” (soms zelfs nulliparae of vrouwen in de menopauze! (Loendersloot 1982, Persoonlijke mededeling)), doet men er goed aan zich steeds het volgende voor ogen te houden:

1. De symptomencomplexen van psychische stoornissen in de kraambed- of lactatiefase kunnen zeer verschillend zijn. Afwijkingen kunnen voorkomen in iedere „psychische tractus”:

– De conatieve functie. Men kan zowel apathische lusteloosheid als rusteloze gedrevenheid met ongecontroleerde impulsiviteit vinden.

– De emotionele functie. Angst, woede, hypomane opwinding en depressie komen voor. Opvallend is vooral de affectieve labiliteit.

– De cognitieve functie. Het denken kan vertraagd, versneld of verward zijn. De realiteitstoetsing kan zodanig falen dat dwanggedachten, overwaardige denkbeelden of wanen optreden. Het waarnemen kan hallucinatoir gestoord zijn. Ook de geheugenfunctie kan zijn aangetast.

– Bewustzijn en oriëntatie. Het bewustzijn kan verlaagd zijn; desoriëntatie kan tot verbijstering leiden.

– Gedrag. Het gedrag kan instabiel worden; de verzorging van het kind kan zeer onaangepast zijn („ongelukjes”!) en de impulsiviteit kan tot suïcide of infanticide leiden.

Het begin van de symptomen kan acuut, subacuut of sluipend zijn. „Goede” en „slechte” momenten wisselen elkaar af; dit kan miskennen van de stoornis veroorzaken. Bij één patiënte kunnen in beginsel alle genoemde afwijkingen voorkomen. Als de stoornissen in de cognitieve functie en (of) het bewustzijn op de voorgrond staan, is het een ernstige fout van een post partum-depressie te spreken; er is dan een puerperale psychose of amentieel syndroom, waarvoor terstond klinische antipsychotische behandeling nodig is om calamiteiten te voorkómen.

2. Bij de pathogenese spelen zowel somatische als psychische mechanismen een rol. Psychisch functioneren wordt fysiologisch bepaald door een geïntegreerd samenspel van vooral de hypothalamus en het limbische systeem, de hersenstam en de neocortex. Psychologisch moet er een geïntegreerde samenhang zijn van het conatieve en het emotionele systeem enerzijds met het cognitieve en bewustzijnssysteem anderzijds. De lichamelijke en de psychische systemen beïnvloeden elkaar wederkerig. Factoren die de functie van één onderdeel verstoren, kunnen het evenwicht in het gehele samenspel verloren doen gaan.

3. Hieruit volgt dat vele factoren van oorzakelijke betekenis kunnen zijn:

– Somatische factoren: aandoeningen die de hersenfunctie beïnvloeden, moeten worden uitgesloten. Neurologisch en internistisch lichamelijk onderzoek is absoluut noodzakelijk, zo nodig aangevuld met laboratoriumonderzoek. Lichamelijke factoren kunnen rechtstreeks een organisch psychosyndroom veroorzaken, maar ze kunnen ook door verstoring van de psychische integratie een psychopathogenetisch proces opwekken. Onder invloed van lichamelijke ziekten kunnen dan niet alleen neurotische mechanismen worden geactiveerd, maar kunnen ook psychotische desintegratieprocessen ontstaan.

– Psychische factoren zijn in staat fysiopathogenetische processen op gang te brengen: angst, woede en depressie beïnvloeden zowel neurochemische en

Afdeling Psychiatrie van het Sint Lucas Ziekenhuis te Amsterdam.

endocriene systemen als het autonome zenuwstelsel, afzonderlijk en in hun samenhang. Bovendien kunnen alle aspecten van het nieuwe moederschap het psychopathogeneseproces op gang brengen. Men moet zich wat dat betreft realiseren dat angst, woede en depressie zelf de uitdrukking zijn van resp. de waarneming van, het verzet tegen en de machteloosheid ten opzichte van een discrepantie tussen wensen en verlangens, normen en idealen, en de individuele beleving van de actuele situatie. In verband met het moederschap heeft deze discrepantie vaak het aspect van een ambivalentieconflict. Bijvoorbeeld: Er is een discrepantie tussen de wens zelf verzorgd te worden en de norm te moeten verzorgen, of tussen de wens door het kind bemind te worden en de ervaring dat het veeleisend en nog niet aanspreekbaar is, of tussen het verlangen een negatief vrouwelijk zelfgevoel in de moederrol te compenseren en de ervaring hoe zwaar het moederschap kan zijn. Dit leidt tot het naast elkaar voorkomen van gevoelens van liefde en woede ten opzichte van het kind, de eigen persoon of belangrijke anderen, zoals de partner of de eigen moeder. Een dergelijk ambivalentieconflict kan de psychische integratie zodanig belasten dat de patiënte decompenseert.

Het laatste is een belangrijk gegeven. Men moet zich realiseren dat psychische stoornissen in de post partum-periode, als ze niet de uiting zijn van een organisch psychosyndroom, geen ziekte-eenheid vormen in de strikte zin van een vast symptomencomplex met één oorzaak. Wij hebben daarentegen te maken met een decompensatie-syndroom. Een vergelijking met decompensatio cordis kan in dit verband verhelderend zijn: als het evenwicht tussen preload, contractiekracht en afterload verstoord wordt kan het hart, als ook de compensatie door spierhypertrofie te kort schiet, zijn pompfunctie niet meer vervullen. De decompensatie leidt dan tot stuwingsverschijnselen in de periferie, die met anatomisch en fysiologisch inzicht te begrijpen zijn. Evenzo geldt dat verstoring van het evenwicht tussen ten eerste de levenservaringen die op het moederschap hebben voorbereid, ten tweede de psychische draagkracht (bepaald door de lichamelijke weerstand, door intelligentie en integratievermogen, en door de sociale omgeving) en ten derde de psychische en lichamelijke last van het moederschap tot een psychische decompensatie kan leiden, zeker als de (hypertrofische) compensatie door middel van afweermecanismen te kort schiet. Er ontstaan dan emotionele stuwingsymptomen (zoals angst, woede, depressie) die met psychodynamisch inzicht te begrijpen zijn.²

De behandeling van een psychische decompensatie is in principe dan ook niet anders dan die van een hart-decompensatie:

1. Men moet eerst de afterload verlagen (hulp bij verzorging van de baby e.d.).

2. Men moet de contractiekracht versterken door:

– verbetering van de lichamelijke toestand door middel van rust, anemiebestrijding en eventueel aanvulling van hormoon- of vitaminetekort e.d.;

– ondersteuning van het zelfvertrouwen, praktische adviezen en begrip en zo nodig medicamenteuze bestrijding van desintegratie, en

– sanering van het sociale systeem, desnoods door opnemng.

3. Men moet de stuwingsymptomen bestrijden (bijvoorbeeld door tijdelijke behandeling met anxiolytica of antidepressiva).

Het eerste doel van de behandeling is de gedecompenseerde toestand terug te brengen tot een gecompenseerde. Daarvoor zijn maatregelen op al deze terreinen nodig. Pas in een veel latere fase kan worden overwogen om bijvoorbeeld ambivalentieconflicten psychotherapeutisch te laten behandelen.

Het bovenstaande is niet nieuw. De psychische stoornissen na de bevalling zijn al sinds Hippocrates beschreven en veelvuldig onderzocht.³ Uit de huidige golf van populaire publiciteit kan men afleiden dat niettemin veel individueel leed tot nu toe is miskend. Er lijkt echter ook een behoefte aan simplificatie te zijn die gevaarlijk is. Het postpartale psychosyndroom is, naar ik nog vereenvoudigd heb willen weergeven, bijzonder gecompliceerd. Juist daarom moet men zich bij diagnostiek en behandeling de beschreven principes goed voor ogen houden.

LITERATUUR

¹ Koerselman GF. Postnatale depressie. Over de gevaren van een mode-diagnose. Maandbl Geest Volksgezondh 1982; 37: 921-30.

² Malan DH. Individual psychotherapy and the science of psychodynamics. London: Butterworth, 1979.

³ Kane FJ Jr. Postpartum disorders. In: Kaplan HI, Freedman AM, Sadock BJ, eds. Comprehensive textbook of psychiatry. 3rd ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1980: 1343-8.

November 1982

Bladvulling

Lang voor de emancipatie

„De Vereenigde Staten tellen thans 470 Doctoressen, waarvan 390 de praktijk uitoefenen; 75 pCt daarvan waren ongehuwd toen zij de studiën begonnen, 19 pCt gehuwd en 6 pCt weduwen; 341 oefenden de gewone geneeskunde en 13 de Homoeopathie uit; 45 maakten eene specialiteit van Gynaecologie en 4 van Oogheelkunde; 77 vonden onmiddellijk, 34 in het eerste, 57 in het tweede, 34 en 14 in het derde en vierde jaar een voldoende middel van bestaan.”

EMILY POPE,
American Social Science Association

(Berigten Buitenland, Ned Tijdschr Geneesk 1882; 18: 2.)