

# Een behandeling van postpartumdepressie (PPD)

E. ENGELS

*verpleegkundige-postpartumdeskundige*

PROF. DR. A.A. HASPELS

*hoogleraar gynaecologie*

Het grootste deel van de vrouwen met een postpartumdepressie (PPD), jaarlijks zo'n 22.000, komt bij de huisarts terecht. Als de huisarts de postpartumdepressie herkent, dan wordt deze met wisselend succes, veelal met antidepressiva, behandeld. Als de behandeling als onvoldoende ervaren wordt, dan wordt de patiënt doorverwezen naar de psychiater (veelal RIAGG), de psycholoog of een praatgroep. Gynaecologen zijn over het algemeen niet thuis in deze problematiek. Aangezien naast de medicamenteuze behandeling aandacht en een goede begeleiding een minstens even belangrijke rol spelen bij de behandeling van PPD, ligt hier behalve een taak voor maatschappelijk werk, consultatiebureaus, thuiszorg en gespecialiseerde gezinsverzorgende (GGV) ook een rol voor vrienden en familie van de patiënt. Immers 63% van de PPD-patiënten in deze studie voelde zich alleen, 82% meende niet te voldoen aan de eisen die zijzelf aan het moederschap stelt en 76% piekerde veel. (Tijdschr Huisartsgeneeskd 2003;20(9):xx-xx.)

Sinds Hippocrates is het klinici opgevallen dat er een verband bestaat tussen stemmingsstoornissen en de periode postpartum. Dit verband is in 1994 in de officiële psychiatrische nomenclatuur verschenen toen de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4e editie (DSM-IV) de depressieve episode die binnen 4 weken na de bevalling begint, definieerde. Deze periode correspondeert met snelle hormonale veranderingen die kunnen bijdragen tot het ontstaan van een depressie bij vrouwen die daar gevoelig voor zijn. Ondanks het feit dat het verleidelijk is om postpartumdepressie alleen te wijten aan een daling van hormoonspiegels, kunnen verscheidene andere factoren een rol spelen, zoals een stressvolle gebeurtenis, depressie in de anam-

nese en stemmingsstoornissen in de familie.<sup>1</sup> Epidemiologische studies hebben aangetoond dat de prevalentie van PPD in de weken kort na de bevalling ongeveer 10% is. Ofschoon dit niet afwijkt van de niet aan geboorte gerelateerde prevalentie van depressie, worden gedurende de eerste maand na de bevalling driemaal zoveel vrouwen depressief als in een controlegroep, dus de bevalling moet gezien worden als een krachtige luxerende factor.<sup>2</sup> In de Verenigde Staten komt bij 10 tot 20% van de vrouwen een ernstige depressie binnen 6 maanden na de bevalling voor.<sup>3</sup> Door verhoogde bewustwording bij het publiek lijkt het alsof een postpartumdepressie tegenwoordig vaker voorkomt. Of dit waar is, is niet bekend, maar een feit is dat de postpartumdepressie nog steeds te weinig herkend wordt, met soms ernstige gevolgen voor de gezinssituatie. Er is toenemend bewijs dat een postpartumdepressie geassocieerd is

met een verstoorde cognitieve en emotionele ontwikkeling van het kind, vooral bij jongens. De oorzaak van deze verstoring moet gezocht worden bij een verstoord communicatiepatroon tussen de moeder en haar kind.<sup>4</sup> Een vroege diagnose van een postpartumdepressie met behulp van bijvoorbeeld de Edinburgh Postnatal Depression Scale en het snel instellen van een behandeling kan deze negatieve consequenties grotendeels voorkomen.<sup>3</sup>

Een PPD begint bij 56% van de patiënten binnen de eerste maand na de bevalling en bij 88% binnen 6 maanden. De duur van de PPD wijkt niet af van andere depressies en spontane remissie treedt na 2 tot 6 maanden op. Sommige depressieve symptomen kunnen echter tot een jaar na de bevalling blijven bestaan. Vrouwen, die eerder een PPD hebben doorgemaakt, hebben circa 40-60% kans op een herhaling na een volgende zwan-

**Sleutelwoorden:** antidepressiva, cognitieve en emotionele ontwikkelingsstoornis, hormonale veranderingen.

gerschap en de duur van de postpartumdepressie is dan significant langer.<sup>2,5,6</sup>

Er is geen direct bewijs dat een hormonale onbalans een postpartumdepressie veroorzaakt, maar wel indirect bewijs. Bij vrouwen met 'maternity blues' is aangetoond dat de spiegel van de progesteronmetaboliet allopregnanolon, een anxiolytische  $\alpha$ -aminobutyraatagonist, significant lager is.<sup>3</sup> De daling van hormoonspiegels na de bevalling werd nagebootst door aan vrouwen met en zonder postpartumdepressie in de anamnese hoge doseringen oestradiol en progesteron toe te dienen en deze onder dubbelblinde condities te stoppen. Bij de vrouwen met postpartumdepressie in de anamnese werd significant vaker een stemmingsverandering gevonden.

Dalton legde al in 1971 verband tussen PPD en het premenstrueel syndroom (PMS). Haspels en Loendersloot introduceerden in Nederland de behandeling van PMS en PPD met dydrogesteron.<sup>7-9</sup> In een placebogecontroleerde studie werden 150 patiënten met PMS behandeld. Dydrogesteron bleek statistisch significant beter dan placebo voor de psychische symptomen van PMS, met name voor depressie.<sup>7</sup> In 1983 vermeldden Loendersloot en Engels in een publicatie dat 83% van de patiënten met PPD, die onvoldoende response gaven op een behandeling met progesteron, goed reageerden op dydrogesteron.<sup>9</sup>

### Doel van het onderzoek

Om inzicht te verkrijgen in de resultaten van toepassing van dydrogesteron bij de behandeling van postpartumdepressie zijn de gegevens van alle patiënten verzameld en geanalyseerd, die in 1999 en 2000 werden gezien voor de behandeling of preventie van PPD.

## Resultaten

### Therapie

In de jaren 1999 en 2000 werden in totaal 200 patiënten gezien voor behandeling van postpartumdepressie. Het merendeel was niet tevreden over de behandeling tot dan toe. De meeste patiënten kwamen op het spreekuur via artikelen uit tijdschriften, tv-programma's of door mond-tot-mondreclame (84%). De overige 16% werd doorverwezen via de verloskundige, het maatschappelijk werk, de wijkverpleging, de gezinsverzorging, de huisarts en enkelen via de psychiater. Van de patiënten werd 42% op dat moment behandeld door de huisarts, 21% door een psychiater, 12% door een psycholoog, 4% door een gynaecoloog en 5% met een alternatieve geneeswijze. De gemiddelde leeftijd van de vrouwen was 35 jaar (spreiding 24-48 jaar). Het tijdsinterval tussen de bevalling en het begin van de PPD-klachten en het tijdsinterval tussen de bevalling en het eerste consult staan aangegeven in tabel 1.

Uit deze tabel blijkt dat bij 95% van de patiënten de PPD-klachten binnen 6 maanden na de bevalling begonnen zijn, maar dat de helft pas na meer dan een jaar na de bevalling voor advies gekomen is en een

kwart zelfs pas na meer dan 2 jaar. Het lange interval tussen het optreden van PPD-klachten en de bevalling heeft meestal te maken met het minderen van de borstvoeding. Onder anderen Asher heeft aangetoond dat tijdens het puerperium een stijging van het prolactine correleert met een daling op de Hamilton Anxiety Rating Scale.<sup>10</sup> Als het prolactinegehalte in het bloed daalt tijdens het minderen van de borstvoeding dan lijkt, als vatbaarheid voor PPD latent aanwezig is, PPD alsnog te kunnen optreden.

De zwangerschap was voldragen bij 93% en bij 64% van de vrouwen vond de bevalling spontaan plaats. Tijdens de zwangerschap zijn bij 15% van de vrouwen complicaties opgetreden en 17% is klinisch bevallen. Bij 12% van de moeders en bij 16% van de baby's waren er complicaties tijdens de kraamperiode en 7% van de baby's was opgenomen in een NICU (neonatale intensive care unit). Door tweederde van de vrouwen werd borstvoeding gegeven en de helft is orale anticonceptie gaan gebruiken. Tijdens de kraamperiode hadden vrijwel alle patiënten een partner en had ongeveer de helft al kinderen.

**Tabel 1. Tijdsintervallen tussen de bevalling en het begin van de PPD-klachten en het eerste consult.**

<i>Tijdsinterval tussen bevalling en begin PPD-klachten</i>	<i>Aantal (N=200)</i>
- t/m 1 week	91
- van 1 tot 4 weken	34
- van 4 weken tot 6 maanden	65
- meer dan 6 maanden	8
- onbekend	2
<i>Tijdsinterval tussen de bevalling en het eerste consult</i>	<i>N=200</i>
- 3 maanden of minder	25
- 3 tot 6 maanden	27
- 6 maanden tot 1 jaar	41
- 1 tot 2 jaar	51
- meer dan 2 jaar	56

In de literatuur is veel gepubliceerd over risicofactoren die bijdragen aan het ontstaan van postpartumdepressie. De factoren staan vermeld in tabel 2.

Postpartumdepressie is in grote lijnen niet wezenlijk anders dan een depressieve stoornis die zich op een ander moment in het leven voordoet.<sup>2</sup> DSM-IV omschrijft postpartumdepressie dan ook als 'depressieve stoornis' met als specificatie 'begin postpartum'. Vrouwen met een matige tot ernstige depressie realiseren zich

meestal goed dat er sprake is van een duidelijke verandering in hun gemoedstoestand. Deze kan zich behalve als somberheid ook frequent uiten als prikkelbaarheid en dysforie. Een opvallende psychomotorische remming wordt meestal niet gezien en de intensiteit van de depressie kan sterk wisselen. Dat de 200 patiënten met PPD voldeden aan de diagnostische criteria van een depressieve episode volgens DSM-IV blijkt uit tabel 3. Er is sprake van een 'atypische' depressie als de postpartumdepres-

sie verschilpunten vertoont met een 'gewone' depressie. Deze verschilpunten zijn vooral prikkelbaarheid, vijandigheid, slaapzucht, eetluststijging en omgekeerde dagschommeling van de gemoedstoestand.<sup>11</sup> Naast de in tabel 3 vermelde diagnostische symptomen van depressie kunnen de in tabel 4 vermelde klachten ook bijdragen om een postpartumdepressie te diagnosticeren. In tabel 4 staan alleen de klachten vermeld die bij meer dan 50% van de vrouwen werden gezien.

De angst om haar baby iets aan te doen, werd door 30% van de PPD-patiënten gemeld en 40% gaf aan niets meer voor haar baby te voelen of onvoldoende van haar baby te houden. Psychotische kenmerken zoals achterdocht of een gestoorde realiteitsbeleving werden door een op de vijf patiënten aangegeven en de aanwezigheid van wanen of hallucinaties door slechts 3%. Lichamelijke klachten zoals maagdarmklachten (23%), hoofdpijn (36%), hartkloppingen (32%), kortademigheid (24%) en droge mond (24%) zijn specifiek.

Voordat de patiënten contact opnamen, was 80% al behandeld voor deze depressieve episode en zeven vrouwen waren opgenomen geweest op een psychiatrische afdeling. De psychofarmaca die na de bevalling bij de patiënten met PPD werden toegepast, staan vermeld in tabel 5.

Van de 200 vrouwen werd tijdens het eerste consult 50% als ernstig tot zeer ernstig ziek beoordeeld, 38% als duidelijk ziek en 12% als redelijk ziek. Bij al deze vrouwen is de schildklierfunctie (TSH) nagekeken, maar er werden vrijwel nooit afwijkende waarden gevonden. Slechts drie patiënten werden voordat ze op consult kwamen al met levothyroxine behandeld en bij één patiënt werd met deze behandeling gestart. Er werd naar ge-

**Tabel 2. Risicofactoren in de patiëntengroep.**

Risicofactoren	Aantal (N=200)
Psychosociale factoren	
- zich alleen voelen na de bevalling	63%
- depressieve stemming voor de bevalling	16%
- stressvolle gebeurtenis, zoals werkeloosheid	12%
- huwelijksproblemen of slechte relatie met partner	11%
Psychiatrische factoren	
- familiale belasting	54%
- premenstrueel syndroom	46%
- postpartumdepressie in de anamnese	28%
- gebruik van antidepressiva voor de zwangerschap	10%
- gebruik van antidepressiva tijdens de zwangerschap	2%

**Tabel 3. Symptomen van een depressieve episode volgens DSM-IV.**

Symptomen van depressieve episode	Aantal (N=200)
<i>DSM-IV (klachten bestaan bijna elke dag)</i>	
- depressieve stemming gedurende het grootste deel van de dag	97%
- duidelijke vermindering van interesse of plezier in (bijna) alle activiteiten	99%
- moeheid of verlies van energie	99%
- verminderde concentratie of besluiteloosheid	99%
- gevoelens van waardeloosheid of onterechte schuldgevoelens	89%
- slapeloosheid of slaapzucht	86%
- psychomotorische gejaagdheid of remming	72%
- gewichtsverandering (afname of toename), af- of toegenomen eetlust	64%
- terugkerende gedachten aan de dood of suïcidegedachten	48%
De symptomen beperken het beroepsmatig of sociaal functioneren significant	97%

streeft om alle bestaande behandelingen van PPD met psychofarmaca af te bouwen (tabel 5). Bij 145 patiënten werd geadviseerd dydrogesteron cyclisch te doseren gedurende 2 weken per maand in een dosis van 20 mg per dag. Deze dosering werd indien nodig individueel verhoogd tot 40 mg per dag. Bij 10 patiënten kon de cyclische dosering niet zonder klachten tot nul worden teruggebracht; bij hen werd de behandeling met 10 mg per dag voortgezet. De cyclische behandeling vond bij 104 patiënten plaats in combinatie met orale anticonceptie. Gedurende de stopweek van de orale anticonceptie werd de behandeling met dydrogesteron gestopt of respectievelijk verlaagd. Bij 45 vrouwen werd continue inname van dydrogesteron geadviseerd. Naast dydrogesteron werd bij 198 patiënten ook een continue behandeling met pyridoxine (50-100 mg per dag) geadviseerd. De behandeling werd 184 keer voorgeschreven door de huisarts, 10 keer via de gynaecoloog, 1 keer via de psychiater en 5 keer via anderen. Gedurende deze behandeling hadden de patiënten na het eerste consult gemiddeld 8 keer telefonisch contact. Naast de combinatie dydrogesteron en pyridoxine werd bij 31 patiënten een behandeling met antidepressiva gestart (tabel 5). Het effect van de behandeling was gemiddeld na 5,5 weken merkbaar. De totale duur van de behandeling bedroeg gemiddeld 56 weken (spreiding 1-144 weken). De dosering dydrogesteron die werd toegepast was gemiddeld 25 mg per dag en er werd gemiddeld 76 mg pyridoxine aan toegevoegd. Tijdens de evaluatie van de behandeling werden 174 patiënten (87%) als genezen beoordeeld, 19 als een beetje ziek, 3 als redelijk ziek en 1 patiënt als duidelijk ziek. Tijdens de behandeling met dydrogesteron ondervonden 33 patiën-

**Tabel 4. Andere kenmerkende klachten voor PPD.**

<i>Overige PPD-klachten</i>	<i>Aantal (N=200)</i>
- Angst of spanning	98%
- Patiënt lijdt aan een herkenbare periode met verhoogde prikkelbare stemming	96%
- Patiënt meent niet te voldoen aan de eisen die zichzelf aan het moederschap stelt	82%
- 's Nachts voortdurend piekeren over dezelfde thema's (cognitief rumineren)	76%
- Patiënt heeft het gevoel dat alles vreemd en onwezenlijk is	76%
- Patiënt heeft het gevoel dat ze niet goed voor haar kind zorgt	72%
- Er is sprake van libidoverlies	64%
- Transpireren	63%

**Tabel 5. Toegepaste psychofarmaca bij de behandeling van de depressieve episode vanaf de bevalling.**

<i>Medicatie</i>	<i>Aantal (N=200)</i>			
	<i>Voor eerste consult</i>	<i>eerste consult en daarna</i>	<i>afgebouwd</i>	<i>gestart</i>
Antidepressiva	94	60	44 (16)*	31
- paroxetine	41	30	22 (12)	14
- fluoxetine	10	4	3	-
- fluvoxamine	8	5	4 (1)	-
- sertraline	-	1	1	2
- citalopram	-	-	-	3
- venlafaxine	6	3	2 (1)	-
- mirtazapine	7	5	4	2
- clomipramine	5	6	4 (2)	1
- amitriptyline	2	3	3	2
- meerdere	12	3	1	6
- andere/onbekend	3	-	-	1
Anxiolyticum/ slaapmedicatie	45	20	15 (4)	9
- oxazepam	23	8	5 (2)	3
- zolpidem	3	1	1	1
- diazepam	2	-	-	1
- temazepam	2	-	-	1
- meerdere	6	6	5 (2)	1
- overige	9	5	4	2
Antipsychoticum	7	5	4 (1)	-
- risperidon	1	-	-	-
- pimozide	1	1	-	-
- olanzapine	1	1	1 (1)	-
- haloperidol	1	1	1	-
- in combinatie met lithium	3	2	2	-

\* Tussen haakjes staat het aantal patiënten bij wie de medicatie meer dan 6 maanden na het eerste consult is afgebouwd.

ten bijwerkingen, waarbij onttrekkings- of doorbraakbloedingen de meest voorkomende klacht waren (21). Verder werden gemeld: hoofdpijn (3), huiduitslag (3), misselijkheid (3), acne en moeheid (1), oedeem in de handen (1) terwijl 1 patiënt last had van moeheid, transpireren en licht geïrriteerd raakte.

#### Preventie

In de jaren 1999 en 2000 werden in totaal 113 vrouwen gezien voor preventie van postpartumdepressie met medeweten van de huisarts. Zij allen hadden na een eerdere zwangerschap PPD doorgemaakt en 27 van hen al meerdere malen. Bij 24 van deze 27 vrouwen was de PPD na een volgende bevalling ernstiger dan na de eerste keer en bovendien trad bij 12 vrouwen na de eerste bevalling geen PPD op, maar na de tweede bevalling wel. Uit onderzoek is gebleken dat PPD een herhalingskans van 40-60% heeft na een volgende zwanger-

schap en dat de PPD dan significant langer duurt.<sup>2,5,6,11</sup>

Van de 113 vrouwen waren er 7 depressief tijdens de zwangerschap, van wie er 5 tijdens de zwangerschap werden behandeld met antidepressiva. De gemiddelde leeftijd van de vrouwen was 36 jaar (spreiding 26-43 jaar). Het preventieadvies is afhankelijk van de ernst van de eerdere PPD. Meestal komt dit uit op een dosering van 60 mg dydrogesteron per dag, waarvan de eerste 60 mg dydrogesteron binnen 12 uur na de partus gegeven moet worden in een dosis van 20 mg iedere 4 uur. Daarna werd dagelijks 60 mg dydrogesteron gegeven, iedere 8 uur 20 mg (3x daags 20 mg, als dagdosis). Daaraan werd standaard elke dag 50 mg pyridoxine (vitamine B<sub>6</sub>) toegevoegd. Een vrouw die borstvoeding geeft, zal meestal langer dydrogesteron moeten slikken dan een vrouw die dat niet doet, omdat daling van het prolactinegehalte in het bloed tijdens het afbouwen van de borst-

voeding PPD lijkt te kunnen induceren (zie eerder). Het is verstandig eerst de borstvoeding af te bouwen en daarna héél geleidelijk de dydrogesteron. Bij 8 vrouwen (7%) trad ondanks de preventie toch PPD op. Tijdens de behandeling met dydrogesteron ondervonden 24 patiënten bijwerkingen, waarbij onttrekkings- of doorbraakbloedingen (9) en hoofdpijn (8) de meest voorkomende klachten waren. Verder werden gemeld: duizeligheid (2), migraine (2), misselijkheid (1), huiduitslag (1), icterus (1) en slaperigheid (1), terwijl 1 patiënt last had van tintelingen in de ledematen en een opgeblazen gevoel.

#### Discussie

In Nederland vinden per jaar ca. 220.000 bevallingen plaats. Uit epidemiologische gegevens is gebleken dat de prevalentie van PPD in de weken kort na de bevalling ongeveer 10% is, wat overeenkomt met jaarlijks ca. 22.000 nieuwe gevallen. De Edinburgh Postnatal Depression Scale wordt aanbevolen om PPD bij vrouwen op te sporen, maar kan leiden tot een substantieel aantal fout-positieve resultaten.<sup>12</sup> Het aantal PPD-patiënten dat om advies vraagt, is dus relatief klein, te weten 200 in twee jaar. Of en hoe de overige patiënten in de dagelijkse praktijk behandeld worden voor PPD, is niet bekend. Een bijzonder kenmerk van de groep van 200 patiënten is dat de PPD-klachten bij het merendeel van hen al lang bestaan (bij 74% langer dan 6 maanden). Mogelijk zijn dit vooral therapieresistente patiënten, omdat 78% van hen al behandeld was voor depressieve klachten. Uit recent onderzoek is gebleken dat 20% van de depressies na 2 jaar nog steeds niet geheel voorbij is.<sup>13</sup> Het is ook mogelijk dat dit een rol speelt. Bij intake werd 88% van de vrouwen als duidelijk tot zeer ernstig ziek

- ◆ Aandacht en begeleiding spelen een belangrijke rol bij moeders met een postpartumdepressie (PPD), naast de medicamenteuze behandeling met antidepressiva. Hier ligt dan ook een rol voor familie en kennissen.
- ◆ Volgens epidemiologische studies is de prevalentie van PPD in de eerste weken na de bevalling ongeveer 10%. Dit getal wijkt niet af van de niet aan geboorte gerelateerde depressie. Toch worden in de eerste maand na de bevalling drie keer zoveel vrouwen depressief als in een controlegroep.
- ◆ Het gevaar van niet-herkenning van PPD kan ernstige gevolgen hebben voor de gezinssituatie als gevolg van een verstoord communicatiepatroon tussen moeder en kind.
- ◆ PPD-klachten kunnen soms pas geruime tijd na de bevalling ontstaan. Het minderen van de borstvoeding speelt hierbij een rol.
- ◆ De kans op herhaling van PPD is ongeveer 40-60%; de duur van een volgende PPD is bovendien significant langer.
- ◆ In grote lijnen verschilt een postpartumdepressie niet wezenlijk van een depressieve stoornis op een ander moment in het leven.
- ◆ Bij langdurige PPD-klachten zijn goede resultaten geboekt met een combinatiebehandeling van dydrogesteron en pyridoxine.



beoordeeld. Na behandeling met de combinatie van dydrogesteron en pyridoxine werd 87% van de patiënten als genezen beoordeeld en 9% als een beetje ziek. Het effect van de behandeling was gemiddeld na 5,5 weken merkbaar. Naast de medicamenteuze behandeling spelen aandacht en een goede begeleiding een belangrijke rol bij de behandeling van PPD. In de literatuur wordt aangegeven dat gemiddeld 9 visites in 13 weken door getrainde medewerkers in de gezondheidszorg of een dagbehandeling gedurende 6 maanden in een daarin gespecialiseerde kliniek een veel grotere verbetering in de stemming van de moeder lieten zien dan standaard eerstelijnsgezondheidszorg bij patiënten met PPD.<sup>14,15</sup> Vergelijkbaar gunstige resultaten werden gevonden bij zes wekelijkse bezoeken door verpleegkundigen van een kinderkliniek, drie verschillende vormen van thuiszorg en interpersoonlijke psychotherapie.<sup>16-18</sup>

In tegenstelling tot wat in de literatuur wel beweerd wordt, kwam in deze studie de dagschommeling in de gemoedstoestand bij 97% van vrouwen met PPD overeen met wat gevonden wordt tijdens een depressieve stoornis die zich op een ander moment in het leven voordoet.<sup>11</sup> Ook werd gesignaleerd dat vrouwen met PPD géén last van 'baby blues' hadden voordat zich PPD ontwikkelde.

## Conclusies

Postpartumdepressie is een veelvoorkomend ziektebeeld dat de laatste jaren veel aandacht krijgt, vooral in de op psychiatrie georiënteerde medische tijdschriften. Een feit is dat postpartumdepressie nog steeds te weinig herkend wordt, met soms ernstige gevolgen voor de gezinssituatie. De groep PPD-patiënten die in dit onderzoek beschreven is, zal niet re-

presentatief zijn voor de hele populatie, vooral omdat hun PPD-klachten al heel lang bestaan. Bij 86% van deze patiënten werd echter een zeer goed resultaat bereikt met de gedeeltelijk ook op ervaring berustende behandeling met dydrogesteron en pyridoxine, een combinatie die over het algemeen goed verdragen werd. Deze manier van behandelen van PPD is te overwegen als de PPD-klachten langdurig blijven bestaan. De preventie van PPD met deze behandeling laat een resultaat zien dat goed te noemen is, namelijk 7% herhaling bij een herhalingskans van 40-60%. ♦

## LITERATUUR

- 1 Wisner KL, Parry BL, Piontek CM. Postpartum depression. *N Engl J Med* 2002;347(3):194-9.
- 2 Klompenhouwer JL. Psychiatrische stoornissen in het kraambed: een overzicht. *Tijdschr Psychiat* 1996; 38:788-800.
- 3 Miller LJ. Postpartum depression. *JAMA* 2002;287(6):762-5.
- 4 Cooper PJ, Murray L. Postnatal depression. *BMJ* 1998;316:1884-6.
- 5 Cooper PJ, Murray D. Course and recurrence of postnatal depression. Evidence for the specificity of the diagnostic concept. *Br J Psychiat* 1995;166:191-5.
- 6 Pfuhlmann B, Franzek E, Beckmann H, Stober G. Long-term course and outcome of severe postpartum psychiatric disorders. *Psychopathology* 1999;32(4):192-202.
- 7 Haspels AA. A double blind placebo controlled multi-centre study of the efficacy of dydrogesteron in PMS. In: Keep PA van, Utian WH, editors. *The premenstrual syndrome*. Lancaster, England: MTP Press, 1981;81-92.
- 8 Haspels AA. Post Partum Depressie. *NVFB Bulletin* 1998;3(4):5-6.
- 9 Loendersloot EW, Hilverink E. Management of post-partum depression (PPD) in a special PPD clinic. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1983;2(1):53-6.
- 10 Asher I, Kaplan B, Modai I, Neri A, Valevski A, Weizmann A. Mood and hormonal changes during late pregnancy and puerperium. *Clin Exp Obstet Gynaecol* 1995;22(4):321-5.
- 11 Claes M, Maes M, Jacquemyn. Zijn er biologische factoren in de pathogenese van postpartum psychiatrische stoornissen aan te wijzen: een overzicht. *Acta Neuropsychiatrica* 1997;9(4):128-32.
- 12 Ebenhard-Gran M, Eskild A, Tambs K, Opjordsmoen S, Samuelsen SO. Review of validation studies of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 2001;104:243-9.
- 13 Spijker J, Graaf R de, Bijl RV, Beekman AT, Ormel J, Nolen WA. Duration of major depressive episode in the general population: results from NEMESIS. *Br J Psychiatry* 2002;181:208-13.
- 14 Holden JM, Sagovsky R, Cox JL. Counseling in a general practice setting: a controlled study of health visitor intervention in the treatment of postnatal depression. *BMJ* 1989;298:223-6.
- 15 Boath E, Cox J, Lewis M, Jones P, Pryce A. When the cradle falls: the treatment of postnatal depression in a psychiatric day hospital compared with routine primary care. *J Affect Disord* 1999;53:143-51.
- 16 Wickberg B, Hwang C. Counseling of postnatal depression: a controlled study on a population based Swedish sample. *J Affect Disord* 1996;39:209-16.
- 17 Cooper P, Murray L. Prediction, detection, and treatment of postnatal depression. *Arch Dis Child* 1997;77(2):97-9.
- 18 O'Hara MW, Stuart S, Gorman LL, Wenzel A. Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:1039-45.