

De invloed van menstruatie op stemmingsklachten: een lacune belicht

N.M. Batelaan

In dit nummer van het *Tijdschrift voor Psychiatrie* bespreken de zussen Terwisscha van Scheltinga de mogelijke invloed van hormonale schommelingen op stemmingsklachten bij vrouwen in de premenopauzale periode.¹ Zij bespreken pathofysiologie, mogelijke diagnoses en behandelopties. Een casus van een vrouw met langdurige stemmingsproblemen illustreert hoe hormonale schommelingen het psychiatrisch toestandsbeeld mede kunnen bepalen, en hoe nuttig behandeling kan zijn. De auteurs roepen op bij elke anamnese bij een vrouw met depressieve klachten voor de menopauze de invloed van de menstruatie op stemmingsklachten te evalueren, en zo nodig behandeling in te stellen. Dit artikel is daarmee een praktisch handvat voor de dagelijkse klinische praktijk.

Maar de auteurs doen meer dan dat. Ze laten zien dat hormonale invloeden op stemmingsklachten in ons werkveld nog een blinde vlek vormen. Daarnaast illustreren deze auteurs (de één psychiater, de ander gynaecoloog) de aanwezigheid van een kloof tussen de psychiatrie en de somatiek.

De blinde vlek

Informatie over gezondheid en ziekte is vooral gebaseerd op onderzoek bij (blanke) mannen; in de media worden deze mannen ook wel aangeduid als 'Norman' en 'Refman'. De focus op mannen is verklaarbaar. Zo werd eind jaren zeventig van de vorige eeuw aangeraden vrouwen in de vruchtbare levensfase uit te sluiten van onderzoek om gezondheidsrisico's voor de baby bij een eventuele zwangerschap te voorkomen (www.orwh.od.nih.gov/toolkit/recruitment/history). Door alleen mannen te onderzoeken hoefde men bij de interpretatie van onderzoeksuitkomsten bovendien geen rekening te houden met de versturende invloed van wisselende hormoonspiegels. Men vond de focus op mannen geen probleem, vanuit de veronderstelling dat onderzoeksbevindingen bij mannen ook voor vrouwen zouden gelden. Dat bleek niet het geval.

Na aanvankelijke adviezen om ook vrouwen te includeren in onderzoek, volgde in de Verenigde Staten in de jaren negentig van de vorige eeuw wetgeving die gold voor al het onderzoek dat door de National Institutes of Health (NIH) werd gefinancierd. Het werd een vereiste dat in al het klinische onderzoek vrouwen werden geïnccludeerd, en dat op grond van verzamelde gegevens een analyse van man-vrouwverschillen mogelijk moest zijn.

AUTEUR

Neeltje Batelaan, psychiater, GGZ inGeest, en universitair hoofddocent, Amsterdam UMC, locatie VUmc.

Correspondentie

Neeltje Batelaan (n.batelaan@ggzingeest.nl).

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 25-11-2022.

Ook in Nederland werd seksespecifieke zorg een aandachtspunt. In 2015 werd de kennisagenda 'Gender en Gezondheid' opgesteld, gevolgd door het onderzoeksprogramma 'Gender en Gezondheid' bij ZonMw tussen 2016 en 2020, met een totaal budget van 12 miljoen euro. Er is de afgelopen jaren meer aandacht voor seksespecifieke zorg, blijkt uit boeken en symposia over dit onderwerp en uit het feit dat subsidieverstrekkers eisen dat in elk onderzoek aandacht is voor seksespecifieke verschillen.

Toch is de achterstand in kennis over ziekte en gezondheid bij vrouwen nog niet ingehaald. In de periode dat ik dit artikel schreef, bood de Stichting Voices for Women een petitie aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (<https://gezondheidvrouwen.petities.nl/>). Hierin werd onder andere benoemd dat door de focus op het mannenlichaam hormoongerelateerde klachten onvoldoende worden herkend. De ondertekenaars verzochten de minister dan ook om meer onderzoek te laten doen naar de gezondheidsklachten van vrouwen, waarbij zij cyclus- en hormoongebonden klachten specifiek noemden.

Premenstruele stemmingsstoornis

Wanneer we kijken naar de premenstruele stemmingsstoornis lijkt die oproep terecht. In Nederland zijn er ruim 3,5 miljoen vrouwen van 15-50 jaar (www.cbs.nl), de leeftijdsperiode die als vruchtbare levensfase wordt gezien. Wanneer we rekenen met de prevalentie voor de premenstruele stemmingsstoornis die de auteurs aanhalen (3-8%), hebben in Nederland dus globaal 100.000 tot 300.000 vrouwen deze stoornis. In België gaat het om

75.000 tot 200.000 vrouwen (www.statbel.fgov.be). Het gaat dus om een substantieel aantal patiënten die, zoals blijkt uit het artikel, nog niet altijd de zorg krijgen die nodig is.

De multidisciplinaire richtlijnen en de huisartsstandaarden beperken zich inderdaad tot behandeladviezen voor de depressieve stoornis in engere zin.^{2,3} Bovendien worden in deze richtlijnen wel differentiaaldiagnostische overwegingen van de depressieve stoornis gegeven, maar ontbreekt de premenstruele stemmingsstoornis in het rijtje. Ook zijn de werkzame medicamenten ondanks voldoende evidentie in Nederland niet voor de indicatie geregistreerd, zoals beschreven in het artikel.

Toch lijkt er gaandeweg ook meer aandacht te komen voor de premenstruele stemmingsstoornis. In de DSM-IV viel de premenstruele dysfore stoornis nog onder de restcategorie ‘depressieve stoornis NAO’ (niet anderszins omschreven), en waren slechts voorgestelde researchcriteria beschikbaar. In de DSM-5 zijn duidelijke criteria vastgesteld, is de naamgeving iets gewijzigd, en kan nu de diagnose premenstruele stemmingsstoornis worden gecodeerd. Navraag leert ook dat hormonale componenten bij stemmingsproblematiek besproken worden in het landelijke APO-onderwijs voor psychiaters in opleiding. Dit artikel helpt mee om het hiaat aan te kaarten.

De kloof

De kloof tussen psychiatrie en somatiek wordt duidelijk: hoewel het één probleem betreft (namelijk klachten die vrouwen ervaren voorafgaande aan de menstruatie) zijn er twee vakgebieden die zich ermee bezighouden (de gynaecologie en de psychiatrie), die elk hun eigen stoornis hebben geformuleerd. De psychiater definieert de premenstruele stemmingsstoornis, een diagnose

die psychische symptomen vereist. De gynaecoloog hanteert het premenstruele syndroom als diagnostische entiteit, die ook zonder de aanwezigheid van psychische klachten kan worden gesteld. Eén probleem, twee vakgebieden, twee diagnoses, en ja, in lijn hiermee ook een psychiatrische behandelroute (antidepressiva) en een gynaecologische (hormoonbehandeling).

Besluit

Deze kloof lijkt groot, maar eigenlijk is dat niet nodig. Want bij beide diagnoses staan de cyclusgebonden periodieke klachten centraal en houdt men de klachten prospectief bij voordat de diagnose wordt gesteld. En hoewel niet vereist, worden bij het premenstruele syndroom sommige psychische klachten wel als karakteristiek bestempeld. De auteurs stellen dan ook terecht dat de behandeladviezen van het premenstruele syndroom goed toepasbaar zijn op de premenstruele stemmingsstoornis. Laten we daar in de psychiatrische dagelijkse praktijk gebruik van maken. En laten we in de toekomst samen optrekken met onze gynaecologische collega's met als doel één diagnostisch label, vergelijkend onderzoek naar de diverse therapeutische opties ongeacht waar de vrouw zich meldt, en één gezamenlijke aanpak.

LITERATUUR

- 1 Terwisscha van Scheltinga AF, Terwisscha van Scheltinga JA. Het herkennen en behandelen van premenstruele stemmingsklachten. *Tijdschr Psychiatr* 2023; 65: 40-5
- 2 Spijker J, Bockting CLH, Meeuwissen JAC, e.a. Multidisciplinaire Richtlijn Depressie (derde revisie). Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een depressieve stoornis. Utrecht: Trimbos-instituut; 2013.
- 3 Nederlands Huisartsen Genootschap. NHG-standaard Depressie. Utrecht: NHG; 2022.