

## DE BEHANDELING VAN PUERPERAALPSYCHOSEN MET PERFENAZINE (TRILAFON) EN LITHIUMCARBONAAT

door R. M. SILBERMANN, zenuwarts, F. BEENEN, psycholoog en  
G. R. VAN DEN BERG, assistent-geneesheer  
Uit de Psychiatrische kliniek (hoofd Prof. Dr. P. C. Kuiper) van het  
Wilhelmina Gasthuis, Amsterdam

Van oudsher kent men in de psychiatrische kliniek ziektebeelden die bijzondere zorg met zich meebrengen voor arts en verpleging. Zij zijn berucht om de heftigheid, de agressiviteit en het suicidegevaar waarmee zij gepaard kunnen gaan en vooral om hun onrust, die soms de gang van zaken van een gehele afdeling ontwricht. Wij noemen: katatone, maniakale en psychopatische opwindingstoestanden, de raptus melancholicus, vele symptomatische psychosen, bepaalde organische beelden (vooral de post-encephalitische en post-traumatische defektoestanden) en de puerperaal psychosen.

Met de komst der moderne psychofarmaka is veel ten goede veranderd en kan een groot gedeelte van de patiënten lijdende aan deze ziektebeelden zó behandeld worden, dat zij binnen enkele dagen veel minder gevaar, angst en onrust opleveren voor zichzelf en voor hun omgeving. In de laatste jaren zijn naar onze ervaring nog slechts sommige organische resttoestanden en vooral de puerperaalpsychosen veelal resistent gebleken tegen de gebruikelijke sedativa, tranquillizers en neuroleptica.

Tot begin 1965 werden in onze kliniek de patiënten met puerperaalpsychosen behandeld met langzaam stijgende, meestal vrij hoge doseringen van de bekende neuroleptica of met combinaties daarvan. De meest gebruikte middelen waren: chloorpromazine (largactil), perfenazine (trilafon), levopromazine (nozinan), promazine (prazine), haloperidol (serenase), reserpine en rescinnamine, al dan niet onderling gecombineerd of in combinatie met promethazine (phenergan) en opiaten met scopolamine. Daarbij werd zogenaamde roborende therapie gegeven en er werd veel vitamine C toegediend op grond van het onderzoek van DE SMIT en DE WAART (1962). Dikwijls trad een verbetering op, maar deze bleek meestal van tijdelijke aard te zijn: na enkele dagen of weken ontstond vaak een recidief, ondanks handhaven of verhogen van de doses der medikatie waarmee de patiënte tevoren verbeterd was. Deze recidieven kenmerkten zich veelal door een nog foudroyantere symptomatologie dan het beeld bij opname. Bij sommige patiënten trad ettelijke malen een dergelijk recidief op bij verschillende medikatie. Eénmaal werd in de afgelopen vijf jaar een electro-shockkuur toegepast, zonder gunstig resultaat.

Het begrip 'puerperaalpsychose' is te vaag om het als diagnose en zeker te vaag om het als nosologische eenheid te hanteren. In het puerperium kan men een aantal psychiatrische syndromen onderscheiden, die on-

- danks hun verschillen niet altijd scherp van elkaar af te grenzen zijn:
- a *Het hyperesthetisch-emotioneel (pseudo-neurastheen) syndroom*. Dit is in lichte mate fysiologisch bij ieder kraambed. Klassiek zijn de zgn. 'kraamvrouwentranen', die vanaf de tweede à derde dag op kunnen treden.
  - b *Depressieve syndromen*, met name vitaal-depressieve beelden, neurastheen-depressieve beelden enz.
  - c *Paranoïd-hallucinatoire syndromen*, die door hun verloop en vaak ook op grond van de anamnese gekenschetst moeten worden als schizofrene Schübe.
  - d *Het amentieële syndroom of de amentia*. Hoewel amentieële beelden een enkele maal optreden in het kader van symptomatische psychosen (wij zagen in onze kliniek patiënten met een amentieel syndroom bij een uremie en bij een barbituraatintoxicatie), beschouwen wij de amentia post-partum als de puerperaalpsychose bij uitstek. De amentia wordt in ons land en b.v. in Duitsland als afzonderlijk ziektebeeld beschouwd KRAUS, 1961, RÜMKE, 1960; Psychiatrie der Gegenwart Bd II, 1960). Het centrale symptoom is het voortdurend wisselen van de helderheid van het bewustzijn.\*

De complete symptomatologie van het amentieële syndroom omvat:

- 1 *Telkens wisselende helderheid van het bewustzijn* (in tegenstelling tot het delier, dat géén heldere momenten heeft volgens Nederlands en Duits psychiatrisch taalgebruik).

- 2 *Verbijstering* ('Ratlosigkeit'). Deze extreme angst lijkt het gevolg te zijn van het voortdurend wegglijden van het contact met de omgeving.

Hiernaast bestaan bijna altijd zowel

- 3 *Hallucinaties of pseudohallucinaties* van één of meer zintuigen als
- 4 *Waandenkbeelden* of waanachtige denkbeelden, betrekkingsideeën, e.d.

Verder vindt men:

- 5 *Grote onrust en sterke ontremming*, zowel verbaal als motorisch. Vaak is er een wilde bezigheidsdrang. Hierbij kunnen acute agressieve ontledingen optreden. Ook ziet men:
- 6 *Stemmingsstoornissen*, die dikwijls snel wisselend van aard zijn, van diep depressief tot maniforme extase. In het acute stadium overweegt vaak de manische ontremming. Veelal treedt daarbij dysforie en prikkelbaarheid op.

De combinatie van voortdurend fluktuerende angst en maniforme expansiviteit geeft de amentia haar specifieke karakter.

---

\*In de Angelsaksische literatuur beschouwt men onze 'amentia' als een snel wisselend 'delire'. Men spreekt er dan ook van 'post-partum delirium' (Klein, 1967, Normand, 1967; Shainess, 1966; Hamilton, 1962). In de Franse literatuur spreekt men van 'délire' en daarnaast van 'état confusionnel' (Ey, Bernard, Brisset, 1960). Overigens betekent het Angelsaksische 'amentia' oligofrenie ('primary amentia') of dementie ('secondary amentia').

De amentia als puerperaalpsychose moet gedifferentieerd worden van organisch-cerebrale toestanden, die in het puerperium onder een amentueel beeld kunnen verlopen, b.v. het zgn. 'kraamhoofd' (DE MOL VAN OTTERLO, 1954; POSTHUMUS MEYES & SIKKEL, 1962). De differentiatie met de schizofrene Schub in het puerperium is in de acute fase vrijwel onmogelijk. Een aantal op 'echte amentia' gelijkende beelden moet later, op grond van het ongunstige verloop, als schizofrenie worden gediagnosticeerd.

De puerperaalpsychose ontstaat doorgaans geleidelijk. Statistisch blijken de meeste psychosen zich rond de tiende dag post partum volledig ontwikkeld te hebben (PAULEIKOFF, 1964). Aan het feitelijke *psychotische* beeld gaat zonder uitzondering een prodromaal stadium vooraf. De vrijwel altijd optredende labiliteit van de kraamvrouw, het hyperesthetisch-emotioneel syndroom post partum, verergert en gaat gepaard met een kwellende slapeloosheid (in de Angelsaksische literatuur: 'painful sleeplessness'). De patiënte gaat tobben over allerlei futiliteiten en wordt toenemend onrustig. Er kan dan b.v. verbale ontremming, overactiviteit in het huishouden en impulsief gedrag ontstaan. Bij kortdurende observatie en miskenning van de anamnese kan de ernst van de toestand gemakkelijk onderschat worden. Dan kan het 'onverwacht' komen tot een acute paniek of plotselinge katastrofale uitbarstingen, zoals suicides en heterocides, b.v. van de neonatus (RÜMKE, 1944). Op grond hiervan behoort ons inziens iedere patiënte met een dreigende psychotische decompensatie in het puerperium terstond, en desnoods tegen haar zin, te worden opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis.

Puerperaalpsychosen zijn al uit de antieke tijden bekend. In ons land werden zij o.a. door WEEBERS (1893) en STEENBERGEN—VAN DER NOORDA (1941) in hun dissertaties bestudeerd.

De amentia in het puerperium werd vrij algemeen als een symptomatische psychose van zuiver exogene oorsprong beschouwd. Sinds het intreden van de multicausale denkwijze in de psychiatrie (zie ook KUIPER, 1957 en 1965) werd steeds duidelijker, dat juist bij de puerperaalpsychosen naast factoren van lichamelijke aard (hormonale ontzwangering, hoeveelheid fluxus, eventueel optredende infecties, eclampsie, enz.) tevens psychische en sociale problemen van belang zijn.

Zoals gezegd werden voor de behandeling van amentie in het puerperium in onze kliniek vóór 1965 talrijke medicijnen of medicijnkombinaties met wisselend, ten hoogste matig succes gebruikt. Uiteraard werd bij falen op andere medicijnen of combinaties overgegaan, totdat men uiteindelijk, na een reeks wisselende medikaties definitieve resultaten boekte. Meestal werden de medikaties die niet aansloegen na enkele dagen tot een week vervangen door andere. Al met al geeft het aantal overschakelingen de maat voor het aantal mislukkingen en recidieven goed weer. Bij een reeks van de laatste zes patiënten vóór 1965 werd een totaal van 32 medicijnen of combinaties ervan gebruikt.

Wij zochten geruime tijd naar een medicijn of medicijnenkombinatie, waarbij na goed aanslaan van de therapie geen of minder recidieven zouden optreden. De medikatie moest bij voorkeur injecteerbaar zijn wegens de grote onrust en sterke afweerreacties der patiënten en zo scherp mogelijk gericht op zgn. 'target-symptoms' (zie o.a. VAN PRAAG, 1966). De volgende overwegingen zijn dus van belang:

- a de medikatie moet antipsychotisch gericht zijn;
- b de medikatie moet aangrijpen op de enorme ontremming, onrust en het expansieve, vaak zelfs uitgesproken manifforme karakter van het beeld;
- c de medikatie moet zo min mogelijk de helderheid van het bewustzijn aantasten. Hoe meer versuffing, hoe meer dalingen van het bewustzijn, hoe meer contactverlies met de realiteit en hoe meer angst en onrust er zullen optreden. *Om deze reden zijn ons inziens barbituraten bij de behandeling van de amentia gecontraïndiceerd.*

Van de injecteerbare medicijnen hadden wij met haloperidol (serenase) en perfenazine (trilafon) de beste resultaten. Haloperidol is een krachtige niet-hypnotische antagonist van agitatie van elke oorsprong (o.a. COLLARD, 1960; WORTIS, 1963). Perfenazine heeft ook een zeer goede werking tegen agitatie, bovendien is het sterk anti-psychotisch, met relatief weinig ongewenste bijwerkingen (VAN PRAAG, 1966; AYD, 1961; SIMPSON et al., 1964). Naar onze ervaringen treden bijwerkingen bij perfenazine minder frekwent en minder langdurig op dan bij haloperidol.

Toen rond eind 1964 aan een patiënte (patiënte I) met een puerperaal-psychose van het type amentia tot en met de 97ste dag een vijftiental medicijnen of medicijnen-kombinaties was toegediend bleek, dat zij op perfenazine (sinds de 69ste dag toegediend in combinatie o.a. met rescinnamine en later met chloorprothixeen (taractan) weliswaar het beste had gereageerd en zelfs psychosevrij was geweest, maar dat zij nog steeds zeer heftige ontremmingsverschijnselen vertoonde; er bestond een maniform beeld. Nu is van lithiumcarbonaat bekend dat deze stof, hoewel niet injecteerbaar, een goede werking heeft tegen maniforme opwindingstoestanden (VAN PRAAG, 1966; SCHOU, 1959; RICE, 1956). PLOEGSMA (1963) wees op de mogelijkheid lithiumcarbonaat te combineren met chloorpromazine. Toen wij bij handhaving van de perfenazinemedikatie aan onze patiënte lithiumcarbonaat gaven, was er na twee dagen reeds een opvallende verbetering te constateren. De verbetering zette door en er ontstond geen recidief.

Niet lang hierna werd een patiënte (patiënte II) opgenomen, wier lijst van medicijnen op de 42ste dag zonder succes was gegroeid tot 5. Toen werd de combinatie van perfenazine met lithiumcarbonaat toegediend, waarna zij twee dagen later psychosevrij en duidelijk rustiger was. Het beeld was geheel verdwenen na zes dagen, de patiënte kreeg geen recidief.

Ter illustratie geven wij het verloop van de ziekte van patiënte I grafisch weer in fig. 1. Voor het opstellen van deze en de hierna volgende grafieken werd gebruik gemaakt van de beschrijving van de toestand der patiënten door de behandelend geneesheer en door de verpleging, zoals deze in de status te vinden was. De toestand der patiënten werd blind gescored door twee beoordelaars, onafhankelijk van elkaar en wel volgens onderstaande schaal:

*Schaal arts:*

- score 5: Het complete beeld, dus grote motorische en verbale onrust, wisselend bewustzijn, suicidaliteit, agressiviteit, angst, verbijstering, hallucinaties, wanen, stemmingsanomalie.
- score 4: Het complete bovenstaande beeld minus daadkrachtige suicidaliteit en motorische onrust. Dus alleen: verbaal onrustig, wisselend bewustzijn, angst, hallucinaties, wanen, stemmingsanomalie.
- score 3: Rustig. Geen duidelijke angst meer. Wel nog wisselend bewustzijn en eventueel wanen en hallucinaties.
- score 2: Bewustzijn is niet voortdurend helder. Depersonalisatie en derealisatie.
- score 1: Beeld is weg.

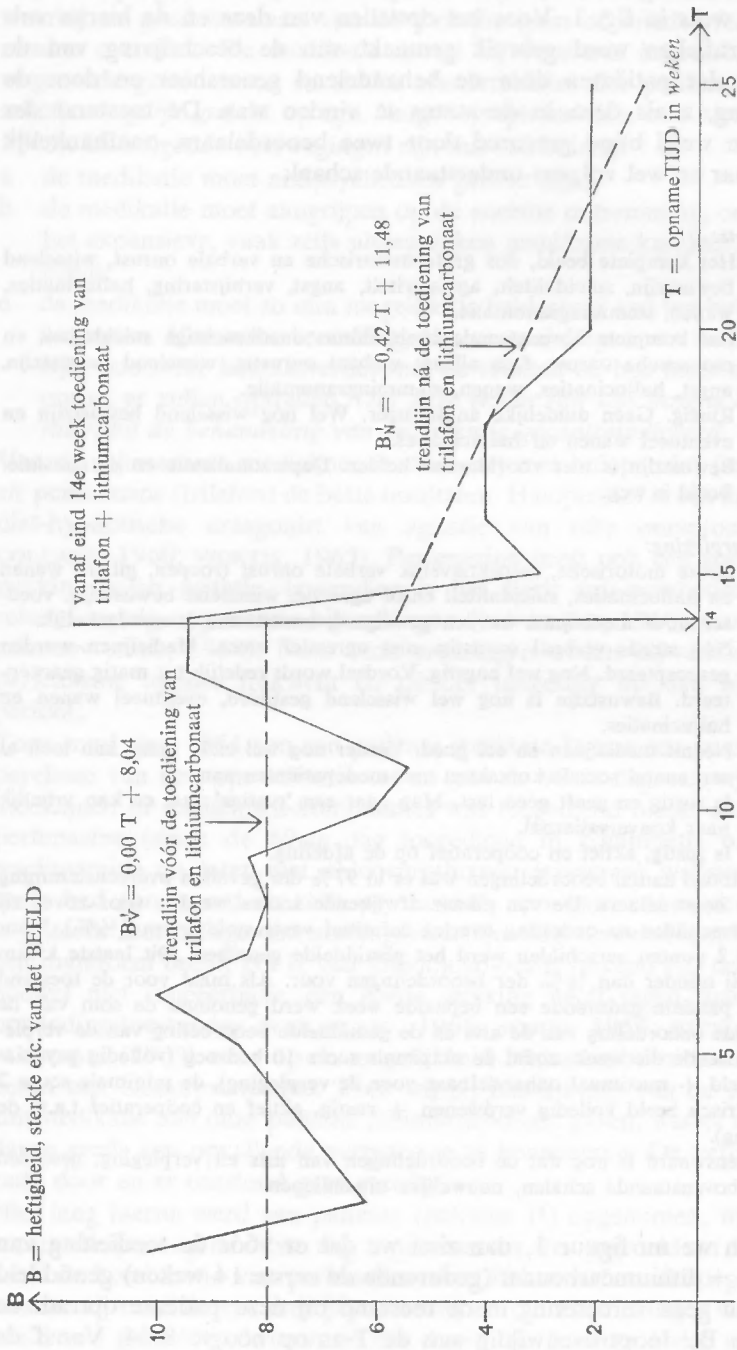
*Schaal verpleging:*

- score 5: Grote motorische, respektievelijk verbale onrust (roepen, gillen) wanen en hallucinaties, suicidaliteit en/of agressie, wisselend bewustzijn, voedsel en/of medicijnen worden geweigerd, onrustband is noodzakelijk.
- score 4: Nog steeds verbaal onrustig, niet agressief meer. Medicijnen worden geaccepteerd. Nog wel angstig. Voedsel wordt redelijk tot matig geaccepteerd. Bewustzijn is nog wel wisselend gestoord, eventueel wanen en hallucinaties.
- score 3: Neemt medicijnen en eet goed. Verder nog wel ziek, maar kan toch al een aantal sociale kontakten met medepatiënten aan.
- score 2: Is rustig en geeft geen last. Mag naar een 'rustige' zaal en kan vrijelijk naar konversatiezaal.
- score 1: Is rustig, actief en coöperatief op de afdeling.

Van het totaal aantal beoordelingen was er in 97% der gevallen overeenstemming bij beide beoordelaars. De van elkaar afwijkende scores werden voor zover zij 1 punt verschilden na onderling overleg definitief vastgesteld (ruim 2½%). Voor zover zij 2 punten verschilden werd het gemiddelde genomen. Dit laatste kwam slechts bij minder dan ½% der beoordelingen voor. Als maat voor de toestand van een patiënte gedurende een bepaalde week werd genomen de som van de gemiddelde beoordeling van de arts en de gemiddelde beoordeling van de verpleging gedurende die week, zodat de maximale score 10 bedroeg (volledig psychiatrisch beeld + maximaal onhandelbaar voor de verpleging), de minimale score 2 (psychiatrisch beeld volledig verdwenen + rustig, actief en coöperatief t.a.v. de verpleging).

Vermeldenswaard is nog dat de beoordelingen van arts en verpleging, gescored volgens bovenstaande schalen, nauwelijks uiteenliepen.

Bekijken we nu figuur 1, dan zien we dat er vóór de toediening van trilafon + lithiumcarbonaat (gedurende de eerste 14 weken) gemiddeld genomen geen verbetering in de toestand bij deze patiënte optrad: de trendlijn  $B_v^1$  loopt evenwijdig aan de T-as op hoogte 8,04. Vanaf de 97ste dag (eind veertiende week) werd trilafon + lithiumcarbonaat



Figuur 1, verloop van het beeld bij patiënte I, met trendlijnen vóór ( $B_V$ ) respectievelijk ná ( $B_N$ ) toediening van trilafoon + lithiumcarbonaat

toegediend en trad een blijvende verbetering op: ongeveer negen weken daarna snijdt de trendlijn Bn de lijn  $B=2$ , d.w.z. patiënte is dan zowel volgens arts als verpleging genezen (voor het berekenen van trendlijnen zie b.v. MORONEY, 1956).

Na patiënte II werden in de periode van begin 1965 tot juni 1966 zes\* patiënten opgenomen met een puerperaalpsychose van het type amentia. Zij kregen allen n.a.v. de beschreven gunstige ervaringen met deze combinatie vanaf het begin van hun verblijf in de kliniek perfenazine (trilafon) en lithiumcarbonaat. Voor elk van deze zes patiënten werd een trendlijn berekend, analoog aan de procedure beschreven bij patiënte I, met dit verschil dat er hier uiteraard niet twee doch slechts één trend werd nagegaan, aangezien van het begin af aan trilafon + lithiumcarbonaat werd toegediend.

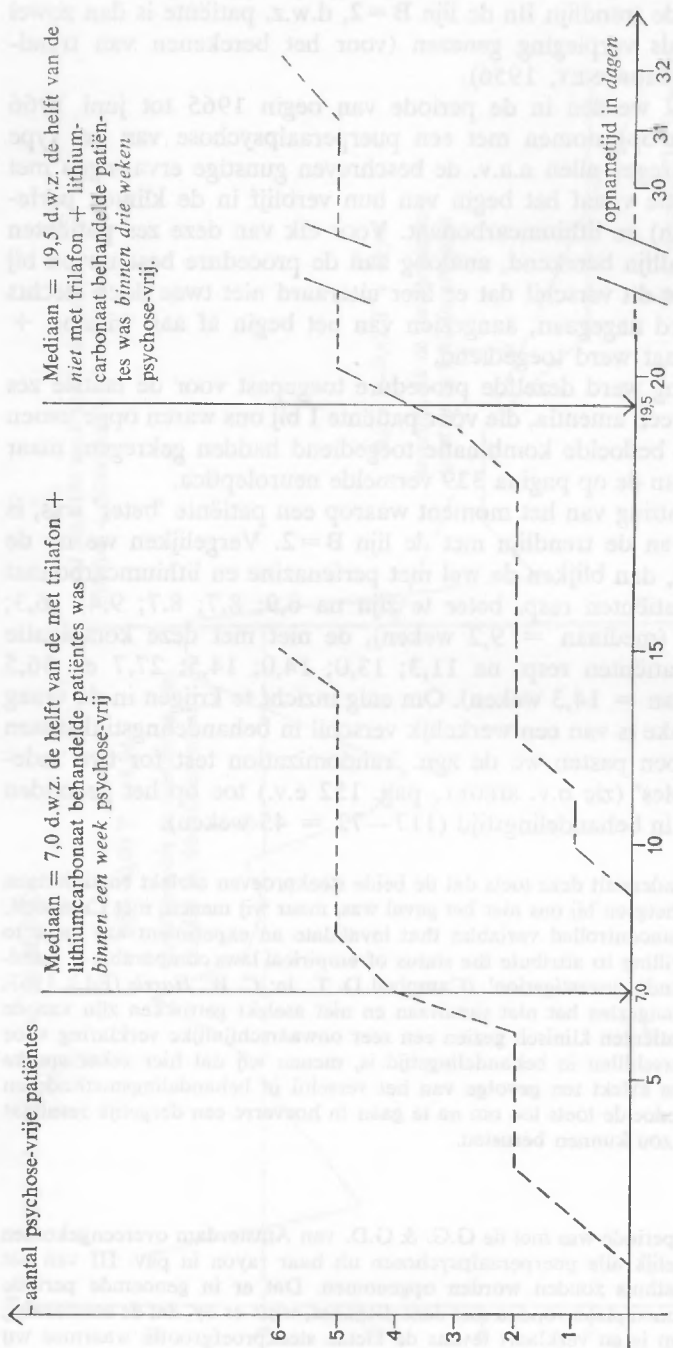
Ter vergelijking werd dezelfde procedure toegepast voor de laatste zes patiënten met een amentia, die vóór patiënte I bij ons waren opgenomen en die niet de bedoelde combinatie toegediend hadden gekregen, maar één of meer van de op pagina 329 vermelde neuroleptica.

Een reële schatting van het moment waarop een patiënte 'beter' was, is het snijpunt van de trendlijn met de lijn  $B=2$ . Vergelijken we nu de beide groepen, dan blijken de wel met perfenazine en lithiumcarbonaat behandelde patiënten resp. beter te zijn na 6,9; 8,7; 8,7; 9,4; 16,3; en 22 weken (mediaan = 9,2 weken), de niet met deze combinatie behandelde patiënten resp. na 11,3; 13,0; 14,0; 14,5; 27,7 en 36,5 weken (mediaan = 14,3 weken). Om enig inzicht te krijgen in de vraag of er hier sprake is van een werkelijk verschil in behandelingstijd tussen de twee groepen pasten we de zgn. 'randomization test for two independent samples' (zie b.v. SIEGEL, pag. 152 e.v.) toe op het gevonden totaalverschil in behandelingstijd ( $117-72 = 45$  weken).

Weliswaar veronderstelt deze toets dat de beide steekproeven aselekt en simultaan getrokken zijn, hetgeen bij ons niet het geval was, maar wij menen, met Campbell, dat: 'The only uncontrolled variables that invalidate an experiment are those to which we are willing to attribute the status of empirical laws comparable in standing to the law under investigation'. (Campbell D. T., in: C. W. Harris (Ed.), 1963, pag. 213). En aangezien het niet simultaan en niet aselekt getrokken zijn van de twee groepen patiënten klinisch gezien een zeer onwaarschijnlijke verklaring voor de gevonden verschillen in behandelingstijd is, menen wij dat hier zeker sprake kan zijn van een effect ten gevolge van het verschil in behandelingsmethode en passen wij de bedoelde toets toe om na te gaan in hoeverre een dergelijk resultaat op puur toeval zou kunnen berusten.

---

\* In genoemde periode was met de G.G. & G.D. van Amsterdam overeengekomen dat zoveel mogelijk alle puerperaalpsychosen uit haar rayon in pav. III van het Wilhelmina Gasthuis zouden worden opgenomen. Dat er in genoemde periode slechts zes opnamen plaatsvonden met deze diagnose, wijst er op, dat de aandoening relatief zeldzaam is en verklaart tevens de kleine steekproefgrootte waarmee wij gewerkt hebben.



Figuur 2. cumulatieve frekwentieverdeling van het aantal psychose-vrije patiënten afgezet tegen de tijd voor groepen van zes patiënten, respectievelijk wél (—) en niet (- - - - -) behandeld met trilafoon + lithiumcarbonaat  
 N.B. Het betreft hier psychose-vrij voor de eerste maal na opname, dus afgezien van eventuele recidieven.



Onder de aanname dat er geen werkelijk verschil zou zijn in de populatie, is de kans op het gevonden verschil van 45 weken bij twee groepen van zes patiënten elk,  $p = 0,051$ . Dit is een kleine kans, met andere woorden de veronderstelling dat gemiddeld genomen de verbetering bij een perfenazine/lithiumcarbonaat-behandeling sneller gaat dan bij de andere vormen van medikatie vindt hier duidelijk steun. Een vergelijking van de medianen van beide groepen leert ons, dat we voorlopig het verschil op ongeveer vijf weken kunnen schatten.

Nog een tweede punt is van belang, n.l. de gelijkmatigheid waarmee het verbeteringsproces verloopt. Wanneer we als recidief beschouwen een terugval naar totaalscore 8, daar waar de score al meer dan een week 6 of lager bedroeg, dan blijkt in de perfenazine/lithiumcarbonaat-groep geen enkel recidief voor te komen, in de andere groep daarentegen twaalf maal een recidief. Van deze laatste groep kreeg slechts één patiënte geen echt recidief, hoewel zij herhaalde malen paranoid en gespannen was gedurende enige dagen en daarbij last had van 'painful sleeplessness'. Zij reageerde goed op serenase, een middel dat ook bij de overige vijf patiënten niet onbeproofd werd gelaten, echter met zeer wisselend succes. Van de perfenazine/lithiumcarbonaat-groep tenslotte waren vier patiënten binnen een week psychosevrij, een vijfde binnen 8 dagen en slechts bij één patiënte duurde dit 15 dagen. Bij de andere medicatievormen was geen enkele patiënte binnen een week psychosevrij en slechts één van de zes binnen 10 dagen. Ook wat dit betreft dus een duidelijk verschil tussen beide groepen; zie fig. 2 voor een illustratie hiervan.

Als dosering gaven wij direct na het stellen van de diagnose 3 dd. 5 mg perfenazine i.m. totdat orale medikatie door de patiënte geaccepteerd werd. Daarna werd 3 dd. 6 à 10 mg van het middel per os gegeven. De bijwerkingen van perfenazine zijn voornamelijk van extrapyramidale aard. Om deze te voorkomen geven wij profylactisch 3 dd. 50 à 100 mg disipal. Treedt er als bijwerking acute trismus op of torticollis, dan dient terstond 25 mg phenergan i.m. te worden toegediend, welke dosis eventueel na een half uur à drie kwartier herhaald wordt. Hierna dient trilafon in verminderde hoeveelheid te worden gegeven. Deze laatste complicaties traden overigens bij onze zes patiënten niet op.

Lithiumcarbonaat geven wij zo spoedig mogelijk nadat orale medikatie wordt geaccepteerd, en wel op geleide van de bloedspiegel (v. D. HELM en ANDRIESSE, 1961). Als een dosis van 3 dd. 200 à 400 mg. per os wordt gegeven, kan men de optimale spiegel bereiken, n.l. 0,8 tot 1,3 milliëquivalent per liter. De eerste intoxicatieverschijnselen van lithiumcarbonaat zijn een flinke tremor manuum, misselijkheid en myoclonieën. Een lichte tremor is ook bij lage bloedspiegels een frekwente bijwerking (VAN PRAAG, 1966). Bij verder gevorderde stadia van intoxicatie ziet men braken, diarree, duizeligheid en ataxie. Men krijgt een stoornis van de niertubuli, waardoor de actieve terugsorptie van water

niet meer plaatsvindt. Aan patiënten met een gestoorde nierfunctie, zoutloos dieet of in andere gevallen waarbij het lichaam over minder natrium beschikt dan normaal, dienen wij bij voorkeur geen lithium-carbonaat toe (SCHOU, 1959; VAN PRAAG, 1966). Voorts vermelden wij dat wij onze amentieële patiënten altijd roborerend behandelen met veel eiwitrijk voedsel en vitamines. Uiteraard worden infecties en deficiënties zo snel mogelijk bestreden.

De medikatie met trifalon en lithiumcarbonaat wordt bij onze patiënten langdurig toegediend. Eerst 4 á 5 weken na de laatste bewustzijnsdaling verminderen wij de medikatie zeer geleidelijk. De patiënten worden altijd ontslagen met een geringe onderhoudsdosis trifalon. Lithium wordt door ons bij voorkeur poliklinisch niet gegeven, aangezien een goede controle van de bloedspiegel dan moeilijk is.

Wij zorgen er steeds voor dat de patiënte, zodra haar toestand dat toelaat, haar baby (die altijd elders verzorgd wordt) in de kliniek ziet en vasthoudt. Dit dient te geschieden vóór haar eerste proefdag thuis. Aangezien wij de amentia beschouwen als een decompensatie van een hyper-esthetisch-emotioneel syndroom, behandelen wij de patiënten dienovereenkomstig. Naast somatische roboring geven wij hen dus zoveel mogelijk rust en voorkomen voor zover mogelijk dat zij zich zorgen maken. De maatschappelijk werkster onderhoudt hiertoe een geregeld contact met de patiënte, het gezin en de tijdelijke verzorgers van de baby. Regel is, dat er gedurende tenminste zes weken geen bewustzijnsstoornis geweest mag zijn, eer de patiënte een eerste proefdag wordt toegestaan. Er verlopen op deze wijze meestal minstens tien weken nadat de patiënte de laatste bewustzijnsstoornis heeft doorgemaakt, voor zij definitief uit de kliniek wordt ontslagen.

Het bespreken van onderliggende problematiek, c.q. psychotherapie achten wij in het acute stadium te belastend en wij beperken ons tot steunende gesprekken. Over de indicatie tot psychotherapie na ontslag wordt van geval tot geval overlegd. Tenslotte geven we bij voorkeur aan alle patiëntes vóór het eerste proefverlof orale anticonceptiva.

## KONKLUSIE

Hoewel de kleine omvang van ons patiëntenmateriaal noopt tot voorzichtigheid, achten wij de konklusie dat bij de symptomatische behandeling van de puerperaalpsychose van het type amentia de combinatie trifalon + lithiumcarbonaat gunstige resultaten geeft, verantwoord. Deze resultaten houden in:

- a binnen een periode van 10 à 14 dagen zijn de aldus behandelde patiënten goed verpleegbaar en psychosevrij; dit is aanzienlijk korter dan met andere tot nu toe door ons gebruikte vormen van medikatie werd bereikt;
- b de kans op recidieven nadat de patiënte eenmaal psychosevrij is, is zeer gering (wij vonden in onze proefgroep geen enkel recidief); dit in tegenstelling tot andere door ons gebruikte medikatie-vormen, waarbij nogals eens recidieven plachten voor te komen;
- c gemiddeld genomen verloopt de verbetering bij een behandeling met

trilafon + lithiumcarbonaat sneller dan bij de andere vormen van medikatie.

#### SAMENVATTING

Aan de hand van een vergelijking tussen twee groepen van zes patiënten elk, die het beeld van de puerperaalpsychose type amentia vertoonden, werd aannemelijk gemaakt dat bij de symptomatische behandeling van een dergelijk beeld de combinatie trilafon + lithiumcarbonaat relatief gunstige resultaten geeft. Voorlopig lijkt het de meest aangewezen medikatie-vorm.

#### SUMMARY

*A comparison between two groups, each of them consisting of six patients with a postpartum delirium, showed that in symptomatic treatment of such patients relatively very favourable results are reached by using the combination of perphenazine and lithium carbonate.*

*For the time being it seems to be the medication of choice.*

#### LITERATUUR

- Ayd, F. J., (1964) 'Perphenazine: a reappraisal after eight years'. *Dis. Nerv. Syst.* 25:311-317.
- Collard, J., (1961) 'Psychopharmacologie comparée du haloperidol et ses dérivés, in: *Extrapyramidal System and neuroleptics*, Ed. J. M. Bordeleau, Editions Psychiatriques, Montreal.
- Ey, H., P. Barnard et Ch. Brisset (1960) *Manuel de Psychiatrie*. Masson, Paris.
- Hamilton, J. A., (1962) *Postpartum psychiatric problems*. The C.V. Mosby Company, Saint Louis.
- Harris, C. W. (Ed), (1963) *Problems in measuring change*, Madison, pag. 213.
- Helm, H. J. van der en D. Andriess (1961) 'The determination of lithium in serum during therapy with lithium salts'. *Clin. Chim. Acta* 6, 747.
- Klein, H. R. (1967) in 'Obstetrical and Gynecological Disorders'. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Ed. Freedman and Kaplan. Williams and Wilkins, Baltimore.
- Kraus, G., (1961) *Leerboek der Psychiatrie*. Stenfert Kroese, Leiden.
- Kuiper, P. C., (1957) *Inleiding tot de Moderne Psychiatrische Denkwijzen*, Bijleveld, Utrecht.
- Kuiper, P. C., (1965) *Controversen*, Van Loghum Slaterus, Arnhem.
- Mol van Otterloo, H. de (1954) 'Spontane thrombose van de sinus longitudinalis superior in het puerperium (het 'kraamhoofd')'. *Ned. T. Verlosk.* 54, 182.
- Moroney, M. J., (1956) *Facts from figures* (3 rd edition). Penguin Books Ltd. Harmondsworth.
- Normand, W. C., (1967) in 'Post partum Disorders'. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, ed. Freedman and Kaplan. Williams and Wilkins, Baltimore.

- Pauleikhoff, B., (1964) *Seelische Störungen in der Schwangerschaft und nach der Geburt*. Ferdinand Enke, Stuttgart.
- Ploegsma, W., (1963) 'Behandeling van psychotische opwindingsstoelstanden met lithii carbonas'. *NTvG* 107, 397.
- Posthumus Meyes, F. E. en A. Sikkel (1962) 'Acute cerebrovasculaire stoornissen bij kraamvrouwen'. *NTvG* 106, 2149.
- Praag, H. M. van (1966) *Psychofarmaca, een leidraad voor de praktiserende medicus*. Van Gorcum, Assen.
- Rice, D., (1956) 'The use of lithium salts in the treatment of manic states'. *J. Ment.Sci.* 102, 604.
- Rümke, H. C., (1944) 'Kindermoord'. *Studies en voordrachten over Psychiatrie*. Tweede vermeerderde druk. Scheltema en Holkema, Amsterdam, 1948.
- Rümke, H. C., (1960) *Psychiatrie, dl. II* Scheltema en Holkema, Amsterdam.
- Schou, M., (1959) 'Lithium in psychiatric therapy, stock taking after 10 years', *Psychopharmacologie*, 1, 65.
- Shainess, N., (1966) in *American Handbook of Psychiatry* Vol III. Ed. Silvano Arieti. Basic Books.
- Siegel, S., (1956) *Nonparametric Statistics for the Behavioral Sciences*. Mc.Graw-Hill, New York.
- Simpson, G. M., Amuso, D., Blair, J. H. and Forkas, T., (1964) 'Phenothiazine-produced Extrapyramidal System Disturbance'. *Arch. Gen. Psychiat.* 10, 199.
- Smit, N. W. de en C. de Waart (1962) 'Relatie tussen amentieële psychose in het puerperium en het ascorbinezuurgehalte in het plasma'. *NTvG* 106, 159.
- Steenbergen- van der Noorda, M. C. van (1941) *Generatiepsychosen*. Dissertatie, N.V. Noordhollandse Uitgevers Maatschappij, Amsterdam.
- Weebers, W. T. M., (1893) *Over Puerperaal-Psychosen*. Dissertatie. Coebergh, Vlaardingen.
- Wortis, J., (1963) 'Physiological treatment'. *Am. Journ. Psychiat.* 119, 621.

## VERANTWOORDING

De lezing van Collega Nelemans maakte deel uit van het vergaderingsprogramma van de Sectie Kinderpsychiatrie op 4 mei 1968. De inzending van Collega Silbermann c.s. is een oorspronkelijk artikel. De derde bijdrage, van Collega van Epen, is de bewerking van een voordracht in november 1965 voor het Rotterdams Genootschap voor Neurologie en Psychiatrie. De opmerkingen van Collega Weinberg regaderen ons allen en niet het minst de Overheid.