

Therapeutische aspecten van kraambedpsychosen

door M. Hebbrecht en R.A. Pierloot

Inleiding

De psychopathologie van de postpartumperiode staat reeds geruime tijd in de belangstelling. Vooral de laatste jaren is de interesse nog toegenomen, hetgeen zich weerspiegelt in een stijgend aantal publikaties zowel in de vakliteratuur als in populaire magazines (Atkinson en Atkinson 1983). Ook het filmmedium heeft de leek voor de thematiek van de puerperale psychose gesensibiliseerd. Men denke maar aan *Rosemary's baby* van Roman Polanski of aan de verfilming van het boek van Frederik van Eeden: *Van de Koele Meren des Doods*. De oprichting van de 'Marcé-Society', naar aanleiding van het internationaal symposium over puerperale psychopathologie in Manchester van juni 1980 (voor een overzicht zie Brockington en Kumar eds. 1982), beoogde het wetenschappelijk onderzoek over de psychische decompensatievormen tijdens zwangerschap, postpartum en lactatieperiode te stimuleren (Brockington 1983). Deze vereniging is genoemd naar de Franse psychiater Marcé die in 1858 voor het eerst een uitgebreide verhandeling schreef over de kraambedpsychose. In Nederland geniet de thematiek van de postnatale depressie bijzondere belangstelling zoals blijkt uit studiedagen (cfr. Nolen 1983) en diverse artikelen (bijv. Koerselman 1982 en 1983; Kortman 1983). Over de puerperale psychose daarentegen vindt men in de Nederlandstalige literatuur weinig publikaties. Ook in de internationale wetenschappelijke tijdschriften blijven gedetailleerde en systematische overzichten over de behandeling van kraambedpsychosen zeldzaam. Alvorens we verder ingaan op de therapeutische aspecten, staan we even stil bij de actuele nosologische en klinische opvattingen met betrekking tot de kraambedpsychose.

Schrijvers zijn respectievelijk als arts-assistent en medisch directeur verbonden aan het Universitair Psychiatrisch Centrum St. Jozef, Leuvensesteenweg 517, B-3070 Kortenberg, België.

De kraambedpsychose (puerperale psychose of postpartumpsychose) wordt gedefinieerd als een psychotische toestand die zich kort na de bevalling ontwikkelt. Uit epidemiologische onderzoeken (Paffenbarger 1964) is gebleken dat de incidentie van psychische stoornissen na de bevalling spectaculair toeneemt en de gemiddelde incidentie in een niet-puerperale, vrouwelijke populatie duidelijk overtreft. Deze toename betreft vooral de functionele psychosen (Kendell e.a. 1976). Het merendeel van deze psychotische vrouwen wordt binnen de maand na de partus in een psychiatrische kliniek opgenomen. De kans op een opname is achttien maal groter in de eerste maand na de bevalling dan tijdens één zwangerschapsmaand (Paffenbarger 1964). Volgens Brockington e.a. (1982) is deze opvallende incidentiestijging de enige reden voor het ontwikkelen van de nosologische entiteit 'kraambedpsychose'. Hij meent dat een definitie duidelijk de tijdslijmieten moet aangeven waarop deze incidentiestijging van toepassing is. Zo omschrijft hij de kraambedpsychose als *een psychotische toestand die begint binnen twee weken na de bevalling*. Hij geeft toe dat een definitie op basis van een tijds criterium de clinicus onbevredigd laat, maar dat het op dit ogenblik de enige manier is om de kraambedpsychose van andere psychiatrische beelden af te grenzen. Hiermee ontloopt hij de verlamdende discussie over de specificiteit van de kraambedpsychose.

Deze discussie blijft actueel, ook al begon ze reeds in de negentiende eeuw. Nu nog betwijfelen sommige onderzoekers (Dean en Kendell 1981) of de kraambedpsychose wel een specifiek te onderscheiden psychische stoornis is met eigen, psychopathologische karakteristieken. Ook in de DSM-III (American Psychiatric Association 1980) wil men de kraambedpsychose zoveel mogelijk terugbrengen naar de klassieke, psychiatrische categorieën. Alleen wanneer niet voldaan wordt aan de criteria voor Organisch-Mentale Stoornis, Schizofrene Stoornis, Paranoïde Stoornis of Affectieve Stoornis kan men de puerperale psychotische toestanden onderbrengen in de residuele categorie van de Atypische Psychose. Het feit dat men de puerperale psychose in deze categorie expliciteert, illustreert de ambivalentie rond de eigenheid van de kraambedpsychose. Men lijkt het atypische (ongewone) in de symptomatologie – dat op verschillende plaatsen in de psychiatrische literatuur juist als kenmerkend wordt beschreven – te onderkennen.

De laatste jaren winnen de voorstanders van de eigen identiteit van de kraambedpsychose meer en meer veld met overtuigende resultaten van degelijk, gefundeerd wetenschappelijk onderzoek. Welke zijn nu de kernsymptomen die toelaten om de puerperale psychose van andere psychopathologie te onderscheiden? We hebben getracht deze onder te brengen in vier rubrieken:

1. In vergelijking met non-puerperale psychosen komen *manische symptomen* (uitgelatenheid, emotionele labiliteit, ideeënvlucht, verstrooibaarheid, euforie, hyperactiviteit) bij de kraambedpsychose tal-

rijker voor en ze zijn meer uitgesproken. Een aantal schizofrene symptomen (zoals achtervolgingsgedachten, gesystematiseerde wanen, auditieve hallucinaties en affectvervlakking) komen daarentegen minder frequent voor (Brockington e.a. 1981). Hiermee wordt de visie van Clarke (1913) versterkt dat een segment van het psychotisch spectrum (nl. dat van de paranoïde psychosen) in de puerperale groep zou ontbreken. Anderzijds lijkt het erop dat de puerperale psychose dichterbij de bipolaire-affectieve stoornissen staat dan bij de schizofrenie. Men kan zich de vraag stellen of de kraambedpsychose niet eerder thuishoort in de klasse van de stemmingsstoornissen. Toch dient men de kraambedpsychose binnen die klasse te onderscheiden (Hays en Douglas 1984). Volgens deze laatste auteurs is de puerperale psychose een afzonderlijke nosologische entiteit die het dichtst staat bij de schizofreniforme variant van de manisch-depressieve psychose.

2. Een aantal *psycho-organische symptomen* voegen zich aan het beeld toe (confusie, desoriëntatie, verbijstering of amentia, droomachtige perceptie, etc.). Aanvullende metabole, neurologische en neuropsychologische investigaties blijven evenwel negatief en sluiten de aanwezigheid van een Organisch-Mentale Stoornis uit (Brockington e.a. 1981; Dean en Kendell 1981; Meyers 1973).

3. De kraambedpsychose kent een *bijzonder beloop*. Ze begint vaak abrupt, meestal na een symptoomvrij interval van enkele dagen. Een korte prodromale fase omvat de symptomen van een hyperesthetisch-emotioneel syndroom en lijkt dus sterk op de third-day blues, die de meeste vrouwen kort na de bevalling doormaken. Daarna evolueert het beeld wisselend en grillig, waarbij zowel het bewustzijn als het stemmingsniveau en de affecten schommelen. De kraambedpsychose geneest meestal na enkele weken en laat gewoonlijk geen defect na. Een recidief vóór de eerste menstruatie is mogelijk (Brockington e.a. 1981; Jonquière-Wiechmann 1981; Katona 1982; Protheroe 1969; Rancurel en Marmie 1975). Volgens Da Silva en Johnstone (1981) is de prognose van de puerperale psychose op lange termijn echter niet zo gunstig als algemeen wordt verondersteld.

4. In het denken van de patiënt wordt de *relatie tussen moeder en pasgeboren kind* op een vervormde wijze tot uitdrukking gebracht (bijv. overmatige preoccupaties met de gezondheid van de baby; het kind bekleedt een centrale positie in de wanen en de waanachtige gedachten). Deze verschijnselen worden zowel in de psychodynamische literatuur (Beetschen en Charvet 1978; Scharbach en Moisan 1983) als in studies over de moeder-kindrelatie beschreven (Brockington en Kumar, eds. 1982). Deze nosologische en klinische beschouwingen kunnen mede verduidelijken waarom men een bepaalde behandelingsvorm preferereert boven een andere. In verband met de behandeling maken we een onderscheid tussen: (1) meer specifieke, etiologisch gerichte maatregelen, (2) psychofarmaca en ECT, (3) psychotherapie.

Specifieke behandelingsmaatregelen

A. Hormonen

De voorstanders van een hormonale ontstaanstheorie veronderstellen dat een te bruuske vermindering in de hormoonplasmaconcentratie na de bevalling aan de basis ligt van de psychotische reactie. Tijdens het vroege puerperium dalen niet alleen de bloedspiegels van oestrogenen en progesteron maar veranderen ook de concentraties van bijnierschorschormonen, totaal T_4 en T_4 -binding globulin. Na enige tijd zal de gonadotrofinesecretie weer het profiel aannemen van de menstruele cyclus. Kort na de bevalling stijgt de prolactineconcentratie in het plasma (Nott e.a. 1976). Mogelijk komt de psychotische desintegratie mede tot stand via een hormonale modulatie van de dopaminereceptor-sensitiviteit (Scapagnini e.a. 1982). Er bestaat een verband tussen hormonale verandering en het optreden van psychopathologie (bijv. steroidpsychosen; psychiatrische beelden bij schildklierziekten etc.), doch de aard van dit verband is geenszins duidelijk. Waarschijnlijk spelen hormonen in de etiologie van kraambedpsychosen de rol van uitlokkende factor. Slechts bij een bepaalde predispositie zouden ze aanleiding geven tot een psychose (Sandler ed. 1978).

Door het exogeen toedienen van hormonen hoopt men de postpartale hormoonspiegel meer gradueel te doen dalen en zo het risico op een kraambedpsychose te reduceren. Vanuit deze (nog speculatieve) theorieën werden tal van hormonen beproefd bij de kraambedpsychose. De laatste jaren wordt bijvoorbeeld de 'Daltonkuur' sterk gepropageerd. Hiermee wil men een postnatale depressie of puerperale psychose voorkomen. Hierbij wordt progesteron toegediend in de vorm van injecties vanaf het begin van de weeën tot acht dagen na de geboorte – gevolgd door een kuur van 1 maand met zetpillen. Dalton (1980) baseert zich op de gunstige ervaring van Bower en Altschule (1956) met progesteron bij puerperale psychosen. Het therapeutisch enthousiasme van Dalton wordt niet algemeen gedeeld door collegae die met het onderwerp vertrouwd zijn. Sommige clinici geven de voorkeur aan hormooncombinaties zoals progesteron met oestrogenen (Billig en Bradley 1946) of oestrogenen met testosteron (Hamilton 1962). Verder worden in de literatuur corticosteroiden (prednisolon 10-20 mg/d), dydrogesteron (Duphaston^R) en schildklierhormonen aanbevolen (resp. Railton 1961; Brockington en Kumar eds. 1982).

Sommige auteurs manipuleren de prolactinesecretie en beschrijven hiermee gunstige resultaten. Op grond van een gunstige klinische ervaring bij vier puerperaal-psychotische vrouwen veronderstellen Borenstein en Soret (1978) dat de prolactinesecretie-inhibitor bromocriptine (in een dosis van 10 mg/d) de psychotische symptomatologie kan onderdrukken. Dit gegeven opent nieuwe perspectieven voor de research op het gebied van puerperale psychopathologie.

Na kritische analyse van de verschillende studies blijft het moeilijk

om de therapeutische waarde van hormonen precies te beoordelen. Nader psycho-endocrinologisch onderzoek is vereist, waarbij covariaties tussen psychopathologische variabelen en endocriene parameters nauwkeurig worden bestudeerd. Daarna kan men het effect van hormonale manipulatie op de psychische toestand bij een voldoende groot aantal gezonde en psychotische kraamvrouwen onderzoeken. Belangrijk is dat men een testsituatie installeert, waarbij omgevingsfactoren zo constant mogelijk worden gehouden. Gezien de zeldzaamheid van de kraambedpsychosen zijn deze researchvereisten waarschijnlijk moeilijk te realiseren.

B. Currettage

Volgens Delay e.a. (1953) is de terugkeer naar het normale menstruatiepatroon noodzakelijk opdat de kraamvrouw van haar psychose zou genezen. Zo kunnen achtergebleven decidaafragmenten de terugkeer van de menses vertragen. De vraag dringt zich op als een dergelijke behandeling zinvol is of niet. Hogervermelde onderzoekers steunen zich immers op een veronderstelling die niet bewezen is. Wel lijkt het aannemelijk dat aanslepende gynecologische problemen een belangrijke hinder betekenen voor een vrouw die onlangs bevallen is. Aanhoudend bloedverlies, pijn of ontsteking zal een nog sterkere, negatieve invloed hebben op het zelfbeeld van de vrouw, wier psychisch functioneren reeds in een labiel evenwicht verkeert. Bij de behandeling van de puerperale psychose zijn daarom overleg en samenwerking met de verloskundige die de bevalling heeft geleid, wenselijk.

C. Psychiatric Mother and Baby Unit (MBU)

De gemeenschappelijke opname van de psychotische moeder met haar pasgeboren kind in een gespecialiseerde eenheid van het psychiatrisch ziekenhuis biedt vanuit menig oogpunt voordelen (Hartmann 1981; Van Trommel 1978). Zo wordt de wederzijdse hechting bevorderd hetgeen belangrijk is voor de verdere psychologische ontwikkeling van het kind (Bowlby 1969; Spitz 1963). De psychodynamische theorieën in verband met postpartale psychopathologie beklemtonen telkens de noodzaak van een spoedige hereniging van moeder en kind in een beveiligende atmosfeer ('holding environment', cfr. Winnicott 1958). De psychotische moeder heeft immers de abrupte scheiding van haar kind bij de bevalling niet verwerkt. Wanneer rechtstreeks contact met haar baby mogelijk blijft, zal ze sneller genezen van de 'narcistische blessure' die bij de geboorte is opgetreden.

Meerdere studies toonden het nut van een gemeenschappelijke opname overtuigend aan (Baker e.a. 1961; Bardon e.a. 1968; Bardon 1977). Dergelijke gespecialiseerde eenheden houden een aantal risico's in, waarvan kruisinfecties (vnl. gastroenteritis, infecties van de bovenste luchtwegen, moniliasis) de belangrijkste en de gevaarlijkste zijn. Mits de nodige voorzorgen zijn deze zeldzaam. Anderzijds bevindt de baby

zich in de nabijheid van patiënten, die een gevaar kunnen betekenen voor hun omgeving. Bij voldoende toezicht door het verplegend team kan agressieve acting-out van de psychotische moeder naar het kind toe vermeden worden.

Uit een studie van Margison en Brockington (voor een overzicht zie Brockington en Kumar eds. 1982) over de veiligheid van de MBU blijkt dat puerperaal-psychotische moeders minder gevaar opleveren voor hun kind dan kraamvrouwen met persoonlijkheidsstoornissen of met 'bonding failure' (waarbij verwerping van het kind het hoofdsymptoom is). Ze stellen dat een gemeenschappelijke opname gecontraïndiceerd is wanneer reeds uit de voorgeschiedenis blijkt dat het gevaar voor agressieve uitbarstingen zeer groot is.

Een nadeel van de MBU is de zeer hoge kostprijs. Een klein aantal patiënten wordt intensief begeleid door hooggekwalificeerde verpleegkundigen die ervaren kunnen omgaan met psychiatrische patiënten en pasgeborenen. Verder moet men rekenen op de aanwezigheid van consultants zoals de pediatr en de gynaecoloog in nauwe samenwerking met de psychiater en het team. Wanneer men de preventief-psychiatrische functie (zowel voor het kind als voor de moeder en de andere gezinsleden) mee in beschouwing neemt, kan een MBU rendabel zijn op voorwaarde dat deze georganiseerd wordt in een groot, supraregionaal psychiatrisch ziekenhuis dat recruteert uit een dicht bevolkt gebied (bijv. één MBU per twee miljoen inwoners). De indicatie tot opname hoeft vanzelfsprekend niet beperkt te blijven tot vrouwen met kraambedpsychosen. Ook vrouwen met postnatale neurotische decompensaties en postpartumdepressies komen hiervoor in aanmerking. Daarnaast is er nog een kleine groep van zwangere, chronische psychotici (vb. zwangere schizofrenen), die intensieve begeleiding nodig hebben tijdens zwangerschap, bevalling en kraambedperiode. Tenslotte vinden een aantal niet-psychotische, niet-depressieve moeders baat bij een dergelijke behandeling, wanneer ze in hun verzorgende taak te kort schieten en externe structuur behoeven (vb. zwakbegaafden; moeder met persoonlijkheidsstoornissen; mother-baby bonding disorders). Met 'mother-baby bonding disorders' verwijst men naar toestanden waarbij het proces van hechting tussen moeder en kind duidelijk afwijkend verloopt. Enkele voorbeelden hiervan zijn verwerping door de moeder (zoals negatieve gedachten over het kind, partiële of totale ontkenning dat het kind van haar is – of zelfs geboren is); kindermishandeling; infanticide of pogingen daartoe; infanticidegedachten en groeiachterstand zonder organische oorzaak. Een uitvoerige behandeling van dit thema kan men in het werk van Brockington en Kumar (1982) terugvinden.

Psychofarmaca en ECT

A. Psychofarmaca

Bij de puerperale psychose gaat de psychotische desorganisatie meestal gepaard met een belangrijke affectstoornis (manisch, depressief of gemengd) (cfr. supra). Aldus komt medicamenteuze behandeling vaak neer op een combinatie van neuroleptica enerzijds met antidepressiva en/of lithium anderzijds.

Neuroleptica. Vergelijkende studies met neuroleptica bij een voldoende groot aantal puerperaal-psychotische vrouwen zijn ons niet bekend. Op grond van gunstige ervaring bij individuen of kleine groepen worden in de literatuur bijvoorbeeld chlorpromazine (300-1200 mg per dag) en perfenazine (12 mg per dag) expliciet als effectieve neuroleptica vermeld (Bakker 1975; Colasson e.a. 1982; Silbermann e.a. 1975; Steiner e.a. 1973). Welk is het meest geschikte neurolepticum in de kraambedperiode? De volgende voorwaarden dienen in rekening gebracht:

- de veneuze bloedafvoer ter hoogte van de onderste ledematen en het kleine bekken die in dit tijdperk al vertraagd is, mag niet afgeremd worden;
- het gevaar voor atone bloedingen mag niet toenemen door de inname van het neurolepticum;
- bij voorkeur zal het neurolepticum het mechanisme van de melkafscheiding niet verstoren en niet overgaan in de moedermelk;
- gezien de ernst van de kraambedpsychose is een krachtige, incisieve werking vereist.

Om deze redenen kan men beter afzien van sederende neuroleptica met belangrijke (muscarine-type) anticholinerge activiteit zoals de alifatische en de piperidine-fenothiazines. Ze bemoeilijken ontlasting en urinelozing en bevorderen thrombo-embolische complicaties en bloedingen door de vertraging van de circulatie (dit is een gevolg van deblokkering van de alfanoradrenerge receptoren ter hoogte van het centraal en perifeer zenuwstelsel). Ook het butyrofenon droperidol is enerzijds omwille van zijn alfa-blokkerende activiteit, minder geschikt bij de behandeling van de puerperale psychose. Een sterke sedering belemmert anderzijds een snelle mobilisatie, die van essentieel belang is tijdens de kraambedperiode.

Op dit ogenblik geven wij aan piperazine-fenothiazines en butyrofenonen de voorkeur bij de behandeling van de puerperale psychose. Ze zijn krachtig antipsychotisch en hebben minder anticholinerge en alfa-adrenolytische eigenschappen. Ook is het beter, met de toevoeging van antiparkinsonmiddelen te wachten tot er ernstige hinder ontstaat (bijv. acute dyskinesie of uitgesproken bewegingsarmoede, akathisie, etc.). Het informeren van de patiënt in verband met mogelijke extrapyramidale verschijnselen is vaak voldoende als geruuststelling en vermindert de behoefte aan supplementaire medicatie (Tyrer 1982).

De goede prognose van puerperale psychosen wordt in de psychiatrische literatuur vrij algemeen benadrukt. Om die reden lijkt het niet aangewezen om de patiënt te belasten met een langdurige, neuroleptische therapie. Psychotische recidieven zijn wel mogelijk en treden meestal op in aansluiting met de eerstvolgende perimenstruele perioden. In het algemeen is dit risico te gering om depot-behandeling als een vereiste te propageren.

Antidepressiva. Hoger hebben we reeds aangegeven dat men op dit ogenblik de puerperale psychose als nosologische entiteit, situeert op het grensgebied tussen affectieve en schizofrene stoornissen: het dichtst bij de bipolair-affectieve stoornissen en het verst verwijderd van de paranoïde beelden (cfr. supra). Wanneer het depressieve affect overweegt, is het wenselijk antidepressiva in voldoende hoge dosis voor te schrijven. Zo kan men imipramine geven (in een maximale dosis van 150-225 mg) wanneer psychomotore remming op de voorgrond staat. Domineert de agitatie, dan is amitriptyline – geassocieerd aan een krachtig neurolepticum – zinvol (Tyrer 1982). Ook hier kunnen de nevenverschijnselen – als gevolg van de blokkering ter hoogte van het autonoom zenuwstelsel – aanleiding geven tot complicaties zoals bijvoorbeeld paralytische ileus, urineretentie, thrombose en bloedingen. De twee laatste zijn een gevolg van de vasodilatatie in een reeds verwijd veneus vaatbed (t.h.v. klein bekken en onderste ledematen). Antidepressiva van de nieuwe generaties (maprotiline, mianserine, viloxazine, trazodone etc.) missen die belangrijke anticholinerge activiteit en zijn daarenboven weinig hypotensief. Men kan daarom deze produkten verkiezen boven de tricyclische. Er bestaat echter geen zekerheid over de effectiviteit van de nieuwe generatie antidepressiva bij puerperale psychosen. Wanneer men toch de tricyclische prefereert, zal men gradueel opklimmend doseren om de storende bijwerkingen tot een minimum te herleiden.

Lithium. Na een voortreffelijk prospectief en vergelijkend onderzoek kwamen Brockington e.a. (1981) tot de vaststelling dat manische symptomen significant frequenter voorkomen bij puerperale psychosen dan bij nonpuerperale psychotische toestanden. Als de manische ontremming de psychotische symptomatologie overschaduwet, zal men zo snel mogelijk lithiumcarbonaat instellen en doseren zodat men plasmaspiegels tussen 0,8 en 1,5 mEq/l bereikt. De combinatie met een incisief neurolepticum wordt aangeraden en wel om de volgende redenen. Manische toestanden in het puerperium worden, in vergelijking met de nonpuerperale manie, vaker begeleid door first-rank symptoms van Schneider (Kadrmaz e.a. 1980). Anderzijds zal het therapeutisch effect van lithium zich pas manifesteren na een latentietijd van vijf tot veertien dagen. Men zal pas lithium starten van zodra de vocht- en elektrolytenhuishouding min of meer gestabiliseerd is, dat wil zeggen later dan drie à vier dagen na de bevalling. Gezien de beperkte duur en de gunstige prognose van de puerperale psychose kan

men na drie maanden meestal stoppen met de lithiumtherapie (Copen en Abou-Saleh 1983).

Puerperale manische toestanden recidiveren dikwijls na volgende zwangerschappen, doch minder buiten de kraambedperiode. Het lijkt dus zinvol om bij een risicopatiënte (vroegere puerperale psychosen of nonpuerperale, manische fasen) vanaf de derde dag na de bevalling lithium te starten en gedurende enkele weken aan te houden (Targum e.a., 1979).

Sinds de waarschuwing van Cohen en Cohen (1974) is er twijfel ontstaan over de veiligheid van het combineren van lithium met haloperidol. Toxische encephalopathiën zouden slechts optreden wanneer zeer hoog wordt gedoseerd. Met de courante dosering (haloperidol: max. 20 mg per dag; lithiumspiegel 0,8-1,5 mEq/l) Niettemin blijft waakzaamheid geboden.

Andere farmaci. De laatste jaren tracht men meer en meer psychotische toestanden te beïnvloeden met farmaci die niet aangrijpen ter hoogte van de centrale, dopaminerge systemen. Propranolol krijgt in dit verband veel aandacht. Meerdere onderzoekers beschreven goede resultaten met propranolol bij puerperale psychosen, op voorwaarde dat men voldoende hoog doseert namelijk initieel 2 maal 80 mg per dag en maximaal 2 maal 240 mg per dag (O'Reagan 1981). Ook hier komt men tot gunstige conclusies bij te kleine reeksen. De grootste studie is van de groep van Steiner (1973). Ze beschrijven een beter resultaat met propranolol (tot 320 mg per dag) dan met chlorpromazine (tot 800 mg per dag) bij een totale reeks van tien patiënten. Het tijdsinterval in deze reeks is erg ruim gekozen, waardoor een aantal patiënten worden opgenomen die niet voldoen aan de stricte criteria van kraambedpsychosen.

Borstvoeding en psychofarmacotherapie in het puerperium. Neuroleptica zouden slechts in kleine hoeveelheden overgaan in de moedermelk zodat de psychomotorische ontwikkeling van het kind niet in het gedrang komt. Dit is de conclusie van de meeste studies (Ananth 1978; Stewart e.a. 1980). Toch wordt dit door enkelen tegengesproken. Zo zijn er vrij aanzienlijke concentraties van haloperidol gemeten in de melk van een moeder die een dagdosis kreeg van 10 mg (Numberg en Prudic 1984). Ook tricyclische antidepressiva worden slechts in lage concentraties gedetecteerd. Door de beperkte metabolisatie- en excretiecapaciteit van de baby kunnen lage concentraties soms aanleiding geven tot toxische verschijnselen (vb. urineretentie en neonatal distress syndrome by neonati van moeders die imipramine gebruikten; cfr. Eggermont e.a. 1972).

Daarenboven zijn er bij pasgeborenen belangrijke interindividuele verschillen wat de maturatie van leverenzymen betreft (bijv. glucuronyltransferase). Borstvoeding en gebruik van tricyclische antidepressiva zijn moeilijk verenigbaar, omdat toxische reacties bij de pasgeborene niet kunnen voorspeld worden.

De concentratie van lithium in melk daarentegen bedraagt tot vijftig procent van de serumspiegel. Hierdoor kan de spiegel bij de pasgeborene oplopen van tien tot vijftig procent van de maternale spiegel (Schou en Amdisen 1973). Dit kan leiden tot fatale complicaties bij de pasgeborene die zich aanvankelijk manifesteren in niet-specifieke symptomen: 'fetal distress'. Een plotse verstoring van de labiele vocht- en elektrolytenbalans (bijv. door diarree) kan de lithiumpiegel bij de pasgeborene drastisch doen stijgen. Lithiumgebruik betekent dus een absolute contra-indicatie voor borstvoeding.

Als algemene regel is borstvoeding bij kraamvrouwen onder psychofarmaca af te raden (Nurnberg en Prudic 1984). Het staken van borstvoeding kan een vrouw onder neuroleptische therapie heel wat moeilijkheden bezorgen. Wegens de blokkade van de dopaminereceptoren ter hoogte van de prolactine-secreterende cellen van de adenohipofyse valt de remmende invloed op de prolactinesecretie weg en wordt de melksecretie zelfs versterkt (Coyle en Enna 1983). Het toevoegen van bromocriptine aan het medicatieschema zal de lactatie onderdrukken (Tyrrer 1982). Zoals hoger vermeld is dit middel waarschijnlijk tevens antipsychotisch werkzaam.

B. Elektroconvulsieve therapie (ECT)

In de publieke opinie heerst een felle weerstand tegen het gebruik van ECT. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt deze procedure zowel veilig als effectief te zijn: een elektroshockbehandeling realiseert een antidepressief effect dat overeenkomt met dat van de tricyclische antidepressiva, en bij psychotische depressies zou ECT zelfs betere resultaten geven (Van Berkestijn 1983). Rekening houdend met de hoger vermelde nosologische opvatting dat de kraambdpsychose nauw aanleunt bij de bipolair-affectieve stoornissen, kan men ECT ook hier als een zinvolle behandelingsvorm verantwoorden. Protheroe (1969) schrijft de dramatische verbetering in de prognose van de puerperale psychose na 1950 (lagere mortaliteit, kortere hospitalisatieduur) toe aan de introductie van ECT. Vaak zijn slechts twee tot drie convulsieve doses nodig om een volledig herstel te verkrijgen. Spijtig genoeg ontbreken gesystematiseerde studies waarin het effect van ECT vergeleken wordt met dat van haloperidol of lithium en dit bij de verschillende klinische verschijningsvormen (manisch, depressief, schizo-affectief) van de puerperale psychose. Mogelijk is het risico van ECT in de puerperale periode wat hoger door het bevorderen van thrombo-embolische complicaties (Impastato en Gabriel 1957).

Psychotherapie

A. Residentieel

De vraag naar psychotherapie stelt zich niet in de acuut-psychotische fase. Wel laat een psychotherapeutische houding toe dat men interven-

ties fundeert op een dynamisch inzicht in de problematiek. Hierdoor wordt een logische lijn aangebracht in het behandelingsplan. Een eerste doelstelling is dat de vrouw zich veilig voelt. Structurerende maatregelen – uitgevaardigd door een kordaat optredend en coherent functionerend verpleegteam – boezemen de psychotische kraamvrouw vertrouwen in. Daarnaast hebben de frequente, kortdurende gesprekscontacten met de psychiater een ondersteunende functie.

Vooraf vanuit de Franse psychoanalytische denkrichtingen (Beetschen en Charvet 1978) is het voorstel gekomen om het pasgeboren kind zo spoedig mogelijk in het therapeutisch kader te introduceren. De psychotische kraamvrouw houdt meestal vast aan het imaginaire object van de zwangerschap, doch negeert het bestaan van haar reëel pasgeboren kind op een waanachtige wijze. De bedoeling van de behandeling is juist de realiteit van de baby langzaam en progressief in te brengen. Zo leert de moeder haar baby bekijken, betasten en verzorgen, in aanwezigheid van een nauwlettend toekijkende verpleegster. Deze laatste biedt aan de moeder de gelegenheid om haar belevingen en gevoelens hierbij uit te spreken. Bij dreigend controleverlies neemt de verpleegster onmiddellijk terug het stuur in handen. Zo verwerft het therapeutisch team de substituutfunctie van een goede, te vertrouwen moeder die zich zowel bekommert om de patiënte als om haar kind. Hierdoor wordt een bevredigende, niet-ambivalente identificatie met de moederfiguur mogelijk. Essentieel is dat de patiënte haar angsten rond het bemoederen van een hulpeloze en weerloze baby gecontroleerd leert uitspreken in een warme, vertrouwvolle atmosfeer.

Soms kunnen gedragstherapeutische procedures zoals relaxatie en systematische desensitisatie geïndiceerd zijn van zodra de floriede psychose geluwd is. Deze zijn nuttig wanneer vrees rond bepaalde aspecten van de verzorging van het kind een fobisch karakter aanneemt of wanneer de moeder angstig wordt over een aantal uiterlijkheden van de baby, die ontgoochelen of haar afkeer opwekken.

Reeds tijdens het verblijf in de kliniek zal men de echtgenoot vroegtijdig bij de behandeling betrekken. Ook hij heeft nood aan steun en verlangt meestal gedetailleerde informatie over de psychotische toestand van zijn vrouw. De psychiater zal hem dan ook inlichten over de gunstige prognose van de puerperale psychose (Raty-Vohsen 1982). Contacten met de beide partners werpen vaak een licht op pathologische relatievormen, die tevens kunnen verklaren waarom de vrouw na haar bevalling psychotisch decompenseerde: Wordt de relatie gekarakteriseerd door ambivalente kluwenvorming tussen twee ik-zwakke, infantiele partners (Van Trommel 1978)? Slaagde het koppel er niet in hun relatie te vrijwaren van storende invloeden van een (al te) possessieve schoonmoeder? Belemmert de echtgenoot de zelfstandigheid van zijn (psychasthene) vrouw (Bakker 1975)? Welke gevoelens koestert de vader ten opzichte van de baby? Is de echtgenoot tijdens de zwangerschap in neurotische mechanismen vervallen (compulsief werken,

verslaving, buitenechtelijke relaties etc...)? Na een gedetailleerde inventarisatie van de individuele problematiek van beide partners zal men een hypothese formuleren over het relatietype en de wijze waarop dit samenhangt met de psychotische decompensatie van de vrouw. Deze hypothese dient als uitgangspunt voor verdere ondersteunende echtpaartherapie, die grotendeels ambulante zal gebeuren. Het verblijf in de kliniek kan aangegrepen worden om beide partners voor gezamenlijke nabehandeling te motiveren.

B. Aanvullende Ambulante Psychotherapie

Inzichtgevende psychotherapie is niet de aangewezen behandelingsvorm in de postpsychotische fase. De vrouw die door onbewust, primitief intrapsychisch materiaal is overspoeld, heeft immers reeds bewezen dat ze vérgaande regressie niet verdraagt. Naast medicamenteuze maatregelen biedt vooral een ondersteunende echtpaarbegeleiding de meeste perspectieven (Stanworth 1982). Hierdoor wordt de afweer terug op peil gebracht en de toestand van vóór de bevalling bereikt en gestabiliseerd.

Tijdens de psychiatrische observatie heeft de therapeut inzicht verworven in de biologische, intrapsychische en interpersoonlijke achtergronden zodat interventies gebaseerd worden op een hypothese die past in een omschreven benaderingsmodel. De frequentie van de sessies is afhankelijk van de steunvraag van het koppel. Steunen betekent niet dat men vanuit een autoritaire positie voorhoudt, welke veranderingen het paar moet aanbrengen in de leefsituatie. Vooral het verwoorden van problemen, gevoelens en zorgen in aanwezigheid van een meevoelende, niet-oordelende en luisterende hulpverlener werkt bevrijdend. Daarnaast stimuleert de therapeut het koppel tot een maximale zelfredzaamheid en laat hij ruimte om tijdens de sessie nieuwe initiatieven te overwegen alsook praktische, sociale en relationele vaardigheden te ontwikkelen. Hierbij werkt men aan een optimale rolverdeling waarbij de nood aan externe hulpkrachten minimaal wordt gehouden. Slechts bij voldoende stabilisatie van de psychische toestand van de vrouw (d.w.z. afwezigheid van psychiatrische symptomen), kan men fundamentele relatiestoornissen dieper exploreren en met geduld en voorzichtigheid beïnvloeden (Wallace 1983).

Geboorteregeling en therapeutische abortus

Zolang de vrouw psychofarmaca inneemt is een volgende zwangerschap niet aan te raden. Men kan haar meedelen dat het risico op een psychotische opstoot na een volgende bevalling verhoogd blijft. Zo vertoont ongeveer dertig procent van de patiënten een nieuw puerperaal-psychotische episode (Brockington en Kumar eds. 1982). Na instemming van de betrokkenen zal men reeds tijdens de hospitalisatieperiode (vóór er seksuele contacten plaatsvinden), een betrouwbare

vorm van contraceptie voorschrijven. Rekening houdend met de mogelijke biologische ontstaansfactoren, lijkt het op dit ogenblik zinvol mechanische geboorteregeling (zoals barrièremethoden, intra-uteriene apparaatjes of reversibele ringsterilisatie) te verkiezen boven hormonale. Wanneer men toch zou overgaan tot hormonale contraceptie, dan biedt een progestogeenpil of een depot progestogeen meer veiligheid. Vanzelfsprekend vereist een goed contraceptief advies nauw overleg met de gynaecoloog (Colassone e.a. 1981 en 1982). Een therapeutische abortus kan moeilijk verantwoord worden op grond van een vroeger doorgemaakte puerperale psychose alleen. De kans op recidief bedraagt na een volgende bevalling maximaal dertig procent. Mits goede begeleiding vóór, tijdens en na de bevalling kan de gunstige prognose waarschijnlijk nog verbeteren. Een kraambedpsychose is overigens een goed behandelbare psychiatrische aandoening. De vraag naar abortus vereist een nadere analyse van de totale medicopsychosociale situatie en van de voorgeschiedenis van de vrouw in kwestie. De uiteindelijke beslissing grijpt het best plaats na voldoende overleg met meerdere bevoegde specialisten.

Slotbeschouwing

We vertrokken van het (omstreden) uitgangspunt dat de puerperale psychose een afzonderlijke, goed omschreven nosologische entiteit is die in de actuele classificatiesystemen een ruimere plaats verdient dan dat ze tot nu toe gekregen heeft. Het benadrukken van deze specificiteit heeft niet louter theoretisch belang. Bepaalde behandelingsvormen zoals hormonen en mother-baby units vinden deels hun oorsprong in deze opvatting. De MBU is een dure aangelegenheid, maar lijkt volgens ons een aanwinst wanneer ze in een gespecialiseerd supraregionaal psychiatrisch ziekenhuis wordt geïnstalleerd. Ook een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis kan mogelijks aan de gestelde vereisten voldoen. De aanwezigheid van pediatrische, obstetrische en endocrinologische diensten biedt immers een aantal voordelen die in een psychiatrische kliniek meestal niet kunnen geboden worden. Misschien functioneert een MBU binnen een algemeen ziekenhuis zelfs economischer omdat gespecialiseerde kinderverpleegsters en vroedvrouwen reeds voorhanden zijn en kunnen roteren op verschillende afdelingen.

In dit overzichtsartikel steunen we ons in hoofdzaak op gegevens uit de Angelsaksische, Franse en Nederlandstalige literatuur. De recente Duitstalige literatuur is niet vergeten (zie bijv. Pogady e.a. 1968; Radzuweit en Knorr 1969), doch ze biedt minder originele aanknopingspunten voor de behandeling van de puerperale psychose.

Bij de behandeling van de puerperale psychose dient men met twee factoren rekening te houden. Het gaat om een zware en specifieke stemmingsstoornis met psychotische kenmerken die acuut ontstaat

in een fase waarin opvallende veranderingen plaatsgrijpen in het organisme. Ondoordachte psychofarmacotherapie kan complicaties in de hand werken die te vermijden zijn als men voldoende rekening houdt met de fysiologie.

Met de intrede van een pasgeboren kind ontstaan ingrijpende wijzigingen in het gezinssysteem. Een ondersteunende en versterkende aanpak van het ganse systeem waarbij zowel het pasgeboren kind als de echtgenoot in de therapeutische setting worden betrokken, bevordert de adaptatie en de psychische reïntegratie van de vrouw.

Literatuur

- American Psychiatric Association (1980), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Third Edition), A.P.A., Washington DC.
- Ananth, J. (1978), Side effects in the neonate from psychotic agents excreted through breast-feeding. *American Journal of Psychiatry*, 135, 801-805.
- Atkinson, S., en T. Atkinson (1983), Puerperal psychosis – a personal experience. *Health Visitor*, 56 (1), 13-15.
- Baker, A.A., M. Morison, J.A. Game en J.G. Thorpe (1961), Admitting schizophrenic mothers with their babies. *Lancet*, ii, 237-239.
- Bakker, J.B. (1975), Een dochter wordt moeder. Symbiotische aspecten van de puerperale psychose. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 119 (2) 41-44.
- Bardon, D., Y.I.M. Glaser, D. Prothero en D.H. Weston (1968), Mother and baby unit: psychiatric survey of 115 cases. *British Medical Journal*, 2, 755-758.
- Bardon, D. (1977), A mother and baby unit in a psychiatric hospital. *Nursing Mirror*, 30-33.
- Beetschen, A., en F. Charvet (1978), Psychologie et psychopathologie de la maternité. Psychoses puerpérales. *Confrontations Psychiatriques*, 16, 83-124.
- Berkestijn, S.W.M.B. van (1983), Electroshock: schadelijke effecten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 25 (4), 243-273.
- Billig, O., en J.D. Bradley (1946), Combined shock and corpus luteum therapy. *American Journal of Psychiatry*, 102, 783-787.
- Borenstein, P., en C. Soret (1978), Utilisation de la bromocriptine dans le traitement de la psychose puerpérale. *Annales Médico-Psychologiques*, 136 (9), 1049-56.
- Bower, W.H., en M.D. Altschule (1956), The use of progesterone in the treatment of postpartum psychosis. *New England Journal of Medicine*, 254, 157-160.
- Bowlby, J. (1969), *Attachment and Loss*. Vol. I: Attachment. The Hogarth Press, London.
- Brockington, I. (1983), Know your organization: the Marcé Society. *Health Visitor*, 56 (3), 101.
- Brockington, I.F., K.F. Cernik, E.M. Schofield, A.R. Downing, A.F. Francis en C. Keelan (1981), Puerperal psychosis. *Archives of General Psychiatry*, 38, 829-833.
- Brockington, I., en R. Kumar (eds.) (1982), *Motherhood and Mental Illness*. Academic Press, London.
- Clarke, G. (1913), The forms of mental disorder occurring in connection with

- childbearing. *Journal of Mental Science*, 59, 67-74.
- Cohen, W.J., en N.H. Cohen (1974), Lithium carbonate, haloperidol and irreversible brain damage. *Journal of the American Medical Association*, 230, 1283-1287.
- Colasson, F., C. Haller, J. Orget, C. Salzard, H. de Tourris en J.R. Giraud (1981), Aspects actuels des psychoses aiguës du post-partum. *Revue Française de Gynécologie et Obstétrique*, 76, 469-474.
- Colasson, F., C. Haller, J. Orget, J.R. Giraud en H. de Tourris (1982), Les psychoses aiguës du post-partum. *Concours Médical*, 104(34), 4855-4864.
- Coppen, A., en M.T. Abou-Saleh (1983), Puerperal affective disorders and response to lithium. *British Journal of Psychiatry*, 142, 539.
- Coyle, J.T., en S.J. Enna (eds.) (1983), *Neuroleptics: Neurochemical, Behavioral and Clinical Perspectives*. Raven Press, New York.
- Da Silva, L., en E.C. Johnstone (1981), A follow-up study of severe puerperal psychiatric illness. *British Journal of Psychiatry*, 139, 346-354.
- Dalton, K. (1980), *Depression after Childbirth: How to Recognize and Treat Postnatal Illness*. Oxford University Press, Oxford.
- Dean, C., en R.E. Kendell (1981), The symptomatology of puerperal illness. *British Journal of Psychiatry*, 137, 38-44.
- Delay, J., A. Corteel en B. Laine (1953), Traitement des psychoses post-partum. *Annales d'Endocrinologie*, 14, 428-431.
- Eggermont, E., J. Raveschot, V. Deneve en M. Casteels-Van Daele (1972), The adverse influence of imipramine on the adaptation of the newborn infant to extrauterine life. *Acta Paediatrica Belgica*, 26, 197-204.
- Hamilton, J.A. (1962), *Postpartum Psychiatric Problems*. Mosby, St. Louis.
- Hartmann, W. (1981), Über die gemeinsame Hospitalisierung von psychisch kranken Müttern mit ihren Kindern. *Psychiatrische Praxis*, 8 (4), 136-41.
- Hays, P., en A. Douglas (1984), A comparison of puerperal psychosis and the schizophreniform variant of manic-depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 69, 177-181.
- Impastato, D.J., en A.R. Gabriel (1957), Electroshock therapy during the puerperium. *Journal of the American Medical Association*, 163, 1017-1022.
- Jonquière-Wiechmann, M. (1981), Les psychoses du post-partum. *Archives Suisses de Neurologie, Neurochirurgie et Psychiatrie*, 128 (1), 105-149.
- Kadmas, A., G. Winokuren R. Crave (1980), Postpartum mania. *British Journal of Psychiatry*, 135, 551-554.
- Katona, C.L.E. (1982), Puerperal mental illness; comparisons with non-puerperal controls. *British Journal of Psychiatry*, 141, 447-452.
- Kendell, R.E., S. Wainwright, A. Hailey en B. Shannon (1976), The influence of childbirth on psychiatric morbidity. *Psychological Medicine*, 6, 297-302.
- Koerselman, G.F. (1982), Postnatale depressie. Over de gevaren van een mode-diagnose. *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid*, 37, 921-30.
- Koerselman, G.F. (1983), Postnatale depressie. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 127 (12), 516-517.
- Kortman, F.A.M. (1983), Postpartum depressie, een wetenswaardig verschijnsel. *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid*, 38, 1031-1043.
- Marcé, L.V. (1858), *Traité de la Folie des Femmes Enceintes, des Nouvelles Accouchées et des Nourrices*. Ballière, Paris.
- Meyers, C. (1973), Les troubles psycho-organiques d'une psychose puerpérale de postpartum. *Encéphale*, 62, 285-296.
- Nolen, W.A. (1983), Premenstrueel syndroom en postnatale depressie.

- Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid*, 38, 417-422.
- Nott, P.H., e.a. (1976), Hormonal changes and mood in the puerperium. *British Journal of Psychiatry*, 128, 379-383.
- Nurnberg, H.G., en J. Prudic (1984), Guidelines for treatment of psychosis during pregnancy. *Hospital and Community Psychiatry*, 35, 67-71.
- O'Reagan, J.B. (1981), Treatment of acute postpartum psychosis. *Canadian Medical Association Journal*, 125 (15), 1083.
- Paffenbarger, R.S. (1964), Epidemiological aspects of postpartum mental illness. *British Journal of Preventive and Social Medicine*, 18, 189-195.
- Pogady, I., G. Hudakova en A. Rybanska (1968), Über die Abhängigkeit der Puerperalpsychosen vom Krankheitsbeginn und von der Behandlungsart. *Psychiatrie, Neurologie und Medizinische Psychologie* (Leipzig), 20 (12), 454-457.
- Protheroe, C. (1969), Puerperal psychosis: A long term study. *British Journal of Psychiatry*, 115, 9-30.
- Radzuweit, H., en W. Knorr (1969), Zur Frage der Beeinflussung biologischer und immunologischer Schwangerschaftsreaktionen durch Psychopharmaka. *Endokrinologie*, 54, 111-117.
- Railton, I.E. (1961), The use of corticoids in postpartum depression. *Journal of the American Medical Women's Association*, 16, 450-452.
- Rancurel, G., en D. Marmie (1975), Psychoses puerpérales. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, 37660A10.
- Raty-Vohsen, D. (1982), A propos des psychoses du 'post-partum'. *Acta Psychiatrica Belgica*, 82, 590-616.
- Sandler, M. (ed.) (1978), *Mental Illness in pregnancy and the puerperium*. Oxford Medical Publications.
- Scapagnini, U., F. Drago, F. Nicoletti, F. Patti, M. Matera en P.L. Canonico (1982), Hormonal modulation of central dopamine receptor sensitivity in the postpartum period. *Psychopharmacological Bulletin*, 18 (3), 187-198.
- Scharbach, H., en M. Moisan (1983), Psychopathologie de la puerpéralité. *Annales Médico-Psychologiques*, 141, 323-335.
- Schou, M., en A. Amdisen (1973), Lithium and pregnancy-III. *British Medical Journal*, 2, 138.
- Silbermann, R.M., F. Beenen en H. de Jong (1975), Clinical treatment of postpartum delirium with perfenazine and lithium carbonate. *Psychiatrica Clinica*, 8, 314-326.
- Stanworth, H.M. (1982), After-care of puerperal psychosis in the community. *Nursing Times*, 78 (22), 922-925.
- Spitz, R.A. (1963), *La Première Année de la Vie de l'Enfant*. Presses Universitaires de France.
- Steiner, M., A. Latz, I. Blum, A. Atsmon en H. Wijsenbeek (1973), Propranolol versus chlorpromazine with treatment of psychoses associated with child-bearing. *Psychiatrica Neurologica Neurochirurgica*, 76, 421-426.
- Stewart, R.B., B. Karas en P.K. Springer (1980), Haloperidol excretion in human milk. *American Journal of Psychiatry*, 137, 849-850.
- Targum, S.D., Y.B. Davenport en M.J. Webster (1979), Postpartum mania in bipolar-manic depressive patients withdrawn from lithium-carbonate. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 167, 572-574.
- Trommel, M.J. van (1978), Relationele aspecten van psychotische syndromen in het puerperium. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 20, 5-20.
- Tyrer, P.J. (ed.) (1982), *Drugs in Psychiatric Practice*. Butterworths, London.

- Wallace, E.R. (1983), *Dynamic Psychiatry in Theory and Practice*. Lea and Febiger, Philadelphia.
- Winnicott, D.W. (1958), *Through Paediatrics to Psycho-analysis*. The Hogarth Press, London.