

State of the Art Psychiatrische stoornissen in het kraambed:

door J.L. Klompenhouwer

Gepubliceerd in 1996, no. 11

Samenvatting

In de moderne descriptieve classificatiesystemen ontbreken alle verwijzingen naar etiologische diagnostiek. Ondanks de voordelen van deze benadering voor de internationale communicatie heeft deze ‘ordering’ ook geleid tot een verarming, met name wat betreft psychiatrische stoornissen die ontstaan in het kraambed. Inmiddels is eenduidig aangetoond dat er een directe etiologische relatie kan bestaan tussen de bevalling en het ontstaan van depressie of psychose. In dit artikel wordt een overzicht gegeven van onze huidige kennis op dit gebied, variërend van etiologie en classificatie tot behandeling en preventie.

Inleiding

Hoewel de observatie dat er een oorzakelijke relatie bestaat tussen het ontstaan van psychiatrische stoornissen bij kraamvrouwen en de bevalling dateert uit de Griekse Oudheid, is deze relatie pas een wetenschappelijk feit geworden door epidemiologisch onderzoek (Paffenbarger 1964; Kendell e.a. 1976, 1987). Hieruit blijkt onder andere dat de kans om met een psychose opgenomen te worden binnen dertig dagen na een bevalling ongeveer twintig keer zo groot is als vóór de zwangerschap (Kendell e.a. 1976, 1987). Er bestaat geen andere levensgebeurtenis die tot zo'n enorme toename van psychiatrische opnamen leidt (Paykel 1978).

Desondanks is de puerperaal- of kraambedpsychose uit alle moderne (descriptieve) classificatiesystemen verwijderd. Naast de impliciete suggestie dat een dergelijke etiologische relatie niet bestaat, wordt hiermee ook gesuggereerd dat deze vrouwen geen specifieke behandeling behoeven en dat de context kan worden genegeerd.

Dit artikel heeft tot doel de huidige stand van zaken over de psychiatrische toestandsbeelden in het kraambed samen te vatten en concrete informatie te bieden voor de behandeling, begeleiding, voorlichting, en preventie van recidief.

De ‘maternity blues’

Veel kraamvrouwen raken in de eerste week na de bevalling kortdurend emotioneel uit hun evenwicht. De Amerikaanse term ‘blues’ voor dit voorbijgaande fenomeen is intussen algemeen aanvaard. Het komt zo frequent voor (50 tot 70% van de kraamvrouwen) dat het waarschijnlijk als fysiologisch moet worden beschouwd. Het betreft een micro-stemmingsstoornis waarbij symptomen als huilbuien, prikkelbaarheid, stemmingswisselingen en slapeloosheid op de voorgrond staan. Huilbuien vormen het kernsymptoom, en de verschijnselen doen zich vrijwel nooit allemaal tegelijk voor. Het fenomeen kan zich op ieder moment tussen de eerste en de tiende dag post partum manifesteren en verdwijnt vrijwel altijd binnen een paar dagen. Behandeling is in principe niet nodig. Slaapmedicatie voor een beperkt aantal dagen kan zinvol zijn.

De (niet-psychotische) post partum-depressie

Epidemiologie en socioculturele context - De afgelopen decennia is aangetoond dat depressies na de bevalling frequent voorkomen (10-20%) (Pitt 1968; Cox 1986; Cox e.a. 1993; Pop 1991). Het gegeven dat zoveel vrouwen depressief blijken te zijn kan echter maar ten dele worden toegeschreven aan de bevalling, daar inmiddels is aangetoond dat de prevalentie bij vrouwen in de eerste zes maanden na de bevalling niet significant groter is dan in een controlegroep van niet recent bevallen vrouwen (10-15%; Cox e.a. 1993). Hetzelfde onderzoek bevestigt echter ook de reeds algemeen aanvaarde stelling dat de bevalling een krachtige luxerende factor is voor het ontstaan van depressies. In vergelijking met een gematchte groep niet recent bevallen vrouwen worden in de eerste maand na de bevalling drie keer zoveel vrouwen depressief.

De genoemde hoge incidentiecijfers en de mogelijk oorzakelijke relatie tussen de bevalling en het ontstaan van niet-psychotische depressies worden vaak met ongeloof benaderd. De weerstand tegen het bestaan van 'postnatale depressie' is begrijpelijk, aangezien dit begrip lange tijd is gebruikt als verzamelterm voor allerlei emotionele problemen, waarbij zelfs de directe relatie met de bevalling soms uit het zicht was geraakt (Koerselman 1983). Inmiddels is echter vastgesteld dat er vaak een oorzakelijk verband bestaat tussen het ontstaan van stemmingsstoornissen en de bevalling (Kumar e.a. 1984; Cox 1993; Cooper en Murray 1995). Ook het sociocultureel bepaalde taboe op negatieve gevoelens in de post partum-periode voedt deze weerstand (Cox 1986). Dit heeft tot gevolg dat zowel dokters als recent bevallen depressieve moeders niet makkelijk over negatieve, schuldbeladen gevoelens praten, zeker niet wanneer deze het kind betreffen. Een depressieve moeder voelt zich veelal schuldig over haar toestand en is bang voor kritiek en afwijzing. Het gevaar bestaat dat zij met name de begeleidende somatische klachten naar voren zal brengen en dat de arts daar in eerste instantie op zal reageren.

Symptomatologie en classificatie - Gedaalde stemming is het kernsymptoom van depressie. Deze uit zich niet uitsluitend als somberheid maar ook frequent in prikkelbaarheid en dysforie. Vrouwen met een matige tot ernstige depressie realiseren zich meestal goed dat er sprake is van een verandering in hun gemoedstoestand. Gewoonlijk plaatsen zij het begin van de stemmingsdaling in de vier eerste weken na de bevalling en geven zij aan dat de klachten daarna langzaam erger geworden zijn. Een opvallende remming in de psychomotoriek wordt meestal niet waargenomen en de intensiteit van de depressie kan sterk wisselen. De slaap is veelal verstoord. Meestal gaat het om een inslaapstoornis. Patiënte blijkt 's nachts voortdurend over dezelfde thema's te piekeren. Schuldgevoelens bestaan vooral in relatie tot het kind. De moeder heeft het gevoel dat zij niet goed voor haar kind zorgt of dat ze onvoldoende van de baby houdt. Ze meent niet te voldoen aan de eisen van het moederschap. Bij het ernstiger worden van de depressie kunnen deze gevoelens uiteindelijk leiden tot suïcidale overwegingen en kan suïcide een reëel gevaar vormen. Het dient dan ook terdege te worden uitgevraagd, in het bijzonder wanneer de moeder last heeft van zich voortdurend opdringende agressieve dwanggedachten ten opzichte van het kind.

Vaak wordt een milde vorm van anhedonie gezien. (Anhedonie is het verlies van plezier in bezigheden die voor die tijd plezier gaven, veelal gepaard gaande met een afname in eetlust, libido en gevoel voor humor.) Zeer kwellende symptomen zijn depersonalisatie- en derealisatiegevoelens. Deze komen frequent voor maar worden zelden spontaan onder woorden gebracht. Het gaat hier om gevoelens van vervreemding en onwezenlijkheid. Deze fenomenen komen zowel bij psychotische als niet-psychotische psychiatrische toestandsbeelden post partum frequent voor (Klompshouwer e.a. 1995). Overigens dient men zich te realiseren dat de overgang van een niet-psychotische depressie naar een psychose een glijdende schaal is.

De begeleidendende lichamelijke klachten bestaan uit angst- en spanningsequivalenten als hoofdpijn, vermoeidheid, slaapstoornissen, futloosheid, hartkloppingen en gastro-intestinale verschijnselen. Het symptoomprofiel van de post partum-depressie is in grote lijnen niet wezenlijk anders dan dat van depressieve stoornissen die zich op een ander moment in het leven manifesteren. Er bestaat niettemin voldoende wetenschappelijke onderbouwing om het diagnostische concept van de post partum-depressie te gebruiken (Cox e.a. 1993; Cooper en Murray 1995). In DSM-IV-terminen (APA 1994) gaat het veelal om een 'depressieve stoornis' waaraan de specificatie van 'begin post partum' kan worden toegevoegd (begin van de episode binnen vier weken na de bevalling).

Etiologie en risicofactoren - De belangrijkste risicofactor voor een post partum-depressie is het eerder hebben doorgemaakt van een depressieve of manische episode. Het gaat veelal om vrouwen met een biologische (mogelijk genetisch bepaalde) kwetsbaarheid voor stemmingsstoornissen. Er bestaan inmiddels aanwijzingen dat met name ook de specifieke emotionele belasting en de eisen van het moederschap in oorzakelijke zin kunnen bijdragen tot het ontstaan van de depressie (Cooper en Murray 1995).

In de psychoanalytische literatuur wordt benadrukt dat zwangerschap en bevalling moeten worden gezien als een ontwikkelings- en rijpingscrisis. Hierbij speelt het model dat de ouders hebben geboden een grote rol. Voor sommige vrouwen die post partum depressief worden, geldt dat hun ervaringen met 'bemoederd worden' hebben geleid tot verwerping van de eigen moeder als model voor identificatie (Melges 1968). Zij staan daardoor als het ware met lege handen ten opzichte van hun kind, doordat het hun ontbreekt aan een geïnternaliseerd model voor vanzelfsprekende liefdevolle verzorging.

Vrouwen die als kind ernstig affectief verwaarloosd en/of getraumatiseerd zijn, zullen meestal grote moeite hebben met de verantwoordelijkheden en eisen die het moederschap meebrengt. Hoewel zich bij deze vrouwen na de bevalling ook verschijnselen van depressie kunnen voordoen, gaat het bij hen doorgaans niet om de eerder beschreven post partum-depressie maar om een langdurige aanpassingsstoornis met ook depressieve kenmerken, waarbij - afhankelijk van de context (echtgenoot, sociaal netwerk) - lange-termijnbegeleiding noodzakelijk kan zijn. Daarnaast kan de bevalling voor seksueel misbruikte vrouwen aanleiding zijn tot heftige herbeleevingsfenomenen die kunnen leiden tot het ontstaan van depressieve en dissociatieve symptomen in het kraambed.

Naast psychologische factoren zijn vele psychosociale en biologische variabelen bestudeerd. Slechts van een beperkt aantal sociale variabelen, zoals huwelijksproblemen voorafgaande aan de bevalling, is aangetoond dat zij een risico vormen voor het ontstaan van een post partum-depressie. Obstetrische complicaties, de duur van de bevalling en pariteit vormen geen specifieke risicofactor voor het krijgen van een depressie post partum (Kendell e.a. 1981, 1985). Er bestaan wel aanwijzingen dat een ernstig gecompliceerd verlopende bevalling het ontstaan van een posttraumatische stress-stoornis tot gevolg kan hebben (Ballard e.a. 1995). Een depressie na de bevalling komt niet vaker voor bij alleenstaande moeders of vrouwen uit bepaalde sociale klassen (Cox e.a. 1982).

Hoewel het zeer voor de hand ligt om te veronderstellen dat de grote veranderingen in spiegels van geslachtshormonen tijdens de eerste weken na de bevalling de post partum-depressie veroorzaken, moet na twintig jaar onderzoek en vele ongefundeerde claims worden vastgesteld dat slechts marginale verbanden zijn gevonden en dat directe causale relaties met hormoonspiegels niet aantoonbaar zijn (George en Sandler 1988; Harris 1994, 1996). Er zijn wel aanwijzingen dat bij een zeer kleine minderheid van deze vrouwen een schildklierfunctiestoornis een bijdrage kan leveren aan het ontstaan van de depressie (Pop 1991).

Belooft en behandeling - Het spontane belooft van de post partum-depressie is zeker niet altijd ongecompliceerd en gunstig te noemen (Pitt 1968), al knapt het merendeel van de patiënten na drie tot zes maanden spontaan weer op. Onbehandeld kan de depressie in een minderheid van de gevallen een jaar tot anderhalf jaar aanhouden. Het korte-termijnbelooft (tot anderhalf jaar) is voor vrouwen die voor het eerst in het kraambed ('de novo') depressief worden significant beter dan voor vrouwen voor wie de post partum-episode een recidief is van een eerdere (non-puerperale) depressie. Het belooft op middellange termijn (anderhalf tot vijf jaar na de index-episode) is voor beide groepen niet wezenlijk anders. Ongeveer 60% van de vrouwen met een post partum-depressie heeft binnen vijf jaar na de bevalling een recidiefdepressie gehad, hetgeen significant meer is dan een controlegroep van gezonde jonge moeders zonder depressie in het kraambed (35%) (Cooper en Murray 1995).

De behandeling van de post partum-depressies onderscheidt zich niet wezenlijk van de behandeling van depressies in het algemeen. De context vraagt echter wel om een specifieke benadering. In psychotherapeutische zin is het aangewezen om patiënte de ruimte te geven de eventueel aanwezige 'onacceptabele' negatieve gevoelens ten opzichte van haar baby onder woorden te brengen (Kortmann 1983). Een steunende begeleiding, waarbij ook de echtgenoot wordt betrokken, is zinvol. Ook een concrete ondersteuning bij het uitvoeren van huishoudelijke taken, bijvoorbeeld door hulp in de huishouding, kan gewenst zijn. Zo nodig kan een gespecialiseerde gezinshulp en/of psychiatrische thuiszorg worden ingeschakeld. Taken met betrekking tot de verzorging van de baby dient patiënte zoveel mogelijk zelf uit te voeren, waarbij deskundige, consequente advisering (een adequaat model) noodzakelijk is. Het is bovendien zinvol de echtgenoot bij de verzorging van de baby te betrekken, zodat hij kan inspringen. Ontdekkende vormen van psychotherapie zijn niet aangewezen. In een later stadium kan dit alsnog worden overwogen, afhankelijk van onderliggende emotionele problematiek.

De ervaring heeft geleerd dat antidepressiva (inclusief de moderne serotonine-heropnameremmers) effectief kunnen zijn bij de behandeling van de post partum-depressie. De rechtvaardiging voor het geven van antidepressiva berust op de bewezen effectiviteit bij de behandeling van depressies in het algemeen.

Het geven van progesteron (dydrogesteron) of een vitaminepreparaat is niet geïndiceerd, aangezien er niet één placebo-gecontroleerd onderzoek gedaan is waaruit valt op te maken dat progesteron (of dydroges-teron) effectief is bij de behandeling van (post partum-)depressies (Harris 1994; Harris e.a. 1996). Hetzelfde geldt voor vitamine B6 (pyridoxine).

Er bestaan inmiddels wel aanwijzingen dat behandeling met oestradiolpleisters effectief kan zijn (Gregoire e.a. 1996). Deze gegevens vragen echter om een nadere bevestiging door nieuw onderzoek. Bovendien moet zowel de minimaal noodzakelijke dosering als de duur van de behandeling nog nader worden onderzocht. Benzodiazepinen zijn alleen aangewezen om gedurende beperkte tijd slaapproblemen te doorbreken. Bij patiënten met een niet-psychotische depressie is meestal een ambulante behandeling mogelijk, al zal ook deze beslissing individueel moeten worden afgewogen. Specifieke themagroepen waarin ook ervaringsdeskundigheid wordt ingebracht kunnen als steunend en effectief worden ervaren.

Het herhalingsrisico bij een volgende bevalling is groot. Voor vrouwen die 'de novo' een depressie in het kraambed ontwikkelen, is de kans op herhaling bij een volgende bevalling significant groter (41%) dan voor vrouwen die voorafgaande aan de episode in het kraambed reeds een (non-puerperale) depressie hebben doorgemaakt (18%). (Cooper en Murray 1995). Voor vrouwen met een (familiaire) kwetsbaarheid ten aanzien van bipolaire stoornissen ligt het herhalingsrisico in dezelfde orde van grootte als voor de psychose (30-40%) (Bratfos en Haug 1966; Reich en Winokur 1970). In preventieve zin zal het accent moeten liggen op het advies pas aan een volgende zwangerschap te beginnen wanneer patiënte het psychisch evenwicht weer geruime tijd heeft hervonden. Een eventuele

profylactische behandeling met lithiumcarbonaat (zie ook onder de puerperale psychose) kan overwogen worden bij patienten die bekend zijn met een bipolaire stoornis.

De puerperale psychose

Epidemiologie en risicofactoren - Uit epidemiologisch onderzoek van de afgelopen decennia komt naar voren dat de frequentie van psychosen bij kraamvrouwen varieert van één tot twee per 1000 bevallingen (Paffenbarger 1964; Kendell 1976, 1987). Er is bovendien een aantal risicofactoren geïdentificeerd. De belangrijkste individuele risicofactor is het eerder hebben doorgemaakt van een psychose in het kraambd. Het herhalingsrisico is in dat geval ongeveer 40%, met een variatie in de literatuur van 20 tot 50% (Brockington e.a. 1982; Platz en Kendell 1982). Een tweede belangrijke risicofactor is een reeds aangetoonde kwetsbaarheid voor depressie en manie binnen het kader van een bipolaire stoornis. Deze vrouwen hebben vergeleken met het risico in de totale populatie honderd keer zoveel kans om in het kraambd psychotisch te worden, met een toename van het risico tot één op vijf à tien bevallingen (Bratfos en Haug 1966; Reich en Winokur 1970). Voor asymptomatische eerstegraadsfamilieleden van vrouwen met een bipolaire stoornis zijn de gegevens niet eenduidig. De beschikbare gegevens wijzen op een risico dat globaal tien keer hoger ligt dan in de populatie, dat wil zeggen een toename tot één à twee op honderd (Dean e.a. 1989; Whalley e.a. 1982).

Een derde belangrijke risicofactor is het krijgen van een eerste kind (Kendell e.a. 1981; Kendell 1985; Kendell e.a. 1987). Kendell toonde aan dat dit grote risico voor primiparea niet ontstaat doordat vrouwen die in het kraambd psychotisch worden een volgende zwangerschap vermijden. Voor schizofrene psychosen is het kraambd geen specifiek luxerende factor. Dit type psychose komt bij kraamvrouwen beduidend minder vaak voor dan atypische psychosen (volgens de Research Diag-nostic Criteria) en psychosen waarvan het klinisch beeld in belangrijke mate wordt bepaald door de stemmingsstoornis (manie, depressie en schizoaffectieve psychosen; zie tabel 1).

Tabel 1: Classificatie volgens de Research Diagnostic Criteria (RDC) van 250 opnames in het AZR-Dijkzigt (1967-1989) in verband met een psychiatrische stoornis in het kraambd

	n	%	
1 Schizofrenie	12	4,8	
2 Schizoaffectieve depressie	12	25,2	53,6
3 Schizoaffectieve manie	51		
4 Manisch syndroom	27		
Hypomaan syndroom	2		
Bipolaire stoornis	2		
5 'Major depression'	19	16,0	
6 'Minor depression'	21		
7 Atypische functionele psychose	74	29,6	
8 Gegeneraliseerde angststoornis	4	12,0	
9 Labiele persoonlijkheid	2		
10 Obsessief-compulsieve stoornis	1		
11 Andere mentale stoornis	21		
12 Niet te classificeren	2		
Totaal	250	100	

Psychologische, sociale en obstetrische factoren hebben aanzienlijk minder voorspellende betekenis

voor de ontwikkeling van een psychose bij kraamvrouwen; er bestaan echter aanwijzingen dat het ontbreken van een partner (door echtscheiding, weduwschap of staat van alleenstaande), het doormaken van een keizersnede en perinatale dood van het kind het risico van een psychose doen toenemen (Melges 1968; Kendell e.a. 1981; Kendell 1985).

Symptomatologie en classificatie - Meestal ontstaan de eerste verschijnselen van de puerperale psychose na een symptoomvrije fase van twee à drie dagen. De eerste psychopathologische fenomenen zijn slaapstoornissen, prikkelbaarheid, ontremming en achterdocht. Rond de zevende dag zijn de eerste psychotische kenmerken (gestoord realiteitsbeleven, verwardheid, hallucinaties, wanen, manie of depressie) vaak al duidelijk aanwezig. Na twee weken heeft het psychotische beeld zich in het algemeen volledig ontwikkeld. Ook uit de gegevens over de 250 opnamen van moeder en kind (tussen 1967-1989) op de afdeling psychiatrie van het Academisch Ziekenhuis Rotterdam-Dijkzigt blijkt dat de eerste psychotische fenomenen zich bij 72% van de patiënten voordoen binnen twee weken en bij 83% binnen vier weken na de bevalling (Klompenshouwer en Van Hulst 1991).

Agressieve ontloadingen gericht op het kind en suïcidaliteit zijn bij psychosen in het kraambed reële risico's. Van alle eerder genoemde vrouwen, opgenomen in het AZR-Dijkzigt, uitte 15% zich in agressieve zin in de richting van het kind (voor opname). Infanticide kwam in deze groep niet voor, al dient hierbij wel te worden opgemerkt dat het kind in een aantal gevallen door toeval werd gered. Suïcidale overwegingen worden bij 25% van de vrouwen gezien, terwijl 8% voorafgaande aan de opname een tentamen suïcidi doet (Klompenshouwer e.a. 1995). Aangezien juist suïcidaliteit en naar het kind gerichte agressie een reden kunnen zijn om patiënte op te nemen, zijn deze cijfers niet te generaliseren naar de gehele populatie, maar rechtvaardigen ze wel de conclusie dat er een reële kans op (auto)agressieve excessen bestaat. Door de snelle wisselingen in het psychotisch toestandsbeeld is bovendien niet goed voorspelbaar of deze excessen zullen optreden. Een psychiatrische opname is dan ook aangewezen, tenzij thuis voor 24 uur/dag begeleiding kan worden georganiseerd.

Over de exacte diagnostiek en classificatie van psychiatrische stoornissen bij kraamvrouwen is men het niet eens. Van oudsher wordt in Nederland een specifieke kraambedpsychose erkend: de zogenaamde 'amentia', maar deze is in moderne classificatiesystemen niet terug te vinden. Uit de classificatie volgens de RDC (Research Diagnostic Criteria; Spitzer e.a. 1978) van de genoemde groep vrouwen, opgenomen in AZR-Dijkzigt, blijkt een verhoudingsgewijs sterke oververtegenwoordiging van de categorieën 'schizoaffectieve psychosen' en 'atypische functionele psychose' (tabel 1). De klassieke kraambedpsychose vertoont met name met deze twee categorieën overlap (Klompenshouwer en Van Hulst 1991).

Psychosen bij kraamvrouwen blijken vaak een polysyndromale verschijningsvorm te hebben (tabel 1) en zijn daardoor moeilijk in te passen binnen de moderne classificatiesystemen, die zijn gebaseerd op de door Kraepelin ingevoerde dichotomie tussen de schizofrenie enerzijds en de manie en depressie anderzijds. Inmiddels staat wel vast dat een deel van de psychiatrische stoornissen bij kraamvrouwen uitingen zijn van een levenslange kwetsbaarheid voor stemmingsstoornissen (manie, depressie), waarbij de bevalling fungeert als luxerend moment voor een ziekte-episode in het kraambed. Dit neemt niet weg dat meer dan tweederde van de episoden niet voldoet aan de strikte RDC voor een stemmingsstoornis (tabel 1). Bij de huidige, gebrekkige, stand van zaken met betrekking tot de diagnostiek en classificatie van psychosen bij kraamvrouwen is de meest rationele handelwijze naast de classificatie volgens de RDC of DSM ook de etiologische samenhang te vermelden (Klompenshouwer en Van Hulst 1991). In de DSM-IV bestaat weliswaar de mogelijkheid om aan stemmingsstoornissen de specificatie 'begin post partum' toe te voegen, maar dit is onvoldoende, daar het merendeel van de psychiatrische stoornissen post partum volgens DSM-IV geclassificeerd zou worden als 'schizoaffectieve stoornis', dan wel in de 'armoedecategorie' 'psychiatrische stoornis niet anderszins omschreven' terecht zou komen. In verband met de implicaties voor behandeling en

recidiefpreventie, maar ook vanwege de mogelijkheden om onderzoek te verrichten, zou de landelijke registratie van psychiatrische stoornissen de mogelijkheid moeten bieden om deze etiologische samenhang te vermelden, naast de DSM-IV-classificatie (APA 1994) of de 'International Classification of Diseases'-categorisering (ICD-10) van de WHO (1992).

Behandeling en beloop - Een psychose bij kraamvrouwen is zo ernstig dat opname op een psychiatrische afdeling meestal nodig is, het liefst op een afdeling waar men zich in deze problematiek gespecialiseerd heeft en waar de mogelijkheid bestaat om moeder en kind samen op te nemen. Het laatste is van belang om de moeder-kindrelatie onder gecontroleerde omstandigheden verder tot ontwikkeling te laten komen. Bij een gemiddelde opnameduur van drie tot vijf maanden zou het scheiden van moeder en kind ook gevolgen kunnen hebben voor de latere moeder-kindrelatie en daarmee op lange termijn voor de ontwikkeling van het kind. Bovendien krijgt de moeder op de afdeling een adequaat model gepresenteerd (namelijk een gespecialiseerde babyzuster) die haar op een consequente wijze met raad en daad bijstaat. Wel dient te worden opgemerkt dat het bovenstaande beleid nog niet wordt ondersteund door empirisch gefundeerd onderzoek. Er bestaat ook kritiek op het opnemen van het kind. Er zijn goede argumenten om de verzorging van het kind aan een betrouwbare, stabiele en liefdevolle verzorg(st)er over te laten. Goed onderzoek naar dit klinische dilemma, waarbij ook de gevolgen voor de ontwikkeling van het kind in kaart worden gebracht, is noodzakelijk. Bij de huidige stand van zaken geven wij er de voorkeur aan de baby met moeder op te nemen en de vader actief in te schakelen bij de verzorging van zijn kind, en aldus continuïteit te creëren. Het is daarnaast meestal noodzakelijk de echtgenoot te begeleiden in verband met de geïsoleerde positie waarin hij plotseling is terechtgekomen.

De psychotische kraamvrouw heeft in de eerste behandelfase behoefte aan ordening en structuur. Medicamenteuze behandeling is vrijwel altijd noodzakelijk. Deze bestaat veelal uit een combinatie van lithiumcarbonaat en neuroleptica (Silbermann e.a. 1975 ; Brockington e.a. 1981). Uitgaande van de RDC-classificatie kunnen volgende globale richtlijnen worden gegeven: bij een kraambedpsychose met het beeld van manie, schizomanie, schizofrenie of atypische psychose wordt een combinatie van neuroleptica en lithiumcarbonaat aanbevolen, en als tweede keus een behandeling met één van beide middelen. Indien het klinisch beeld wordt gedomineerd door depressieve symptomen ('minor depression, major depression, schizodepression') worden antidepressiva, al dan niet in combinatie met neuroleptica, aanbevolen. Bij onvoldoende resultaat kan lithiumcarbonaat in tweede instantie worden toegevoegd. De neuroleptica worden geleidelijk verminderd wanneer patiënte enige weken psychosevrij is. De behandeling met lithiumcarbonaat en met antidepressiva wordt bij een gunstig beloop globaal een jaar of langer gehandhaafd. Dit moet steeds individueel worden afgewogen, waarbij zowel de voorgeschiedenis als de ernst en duur van de psychotische episode medebepalend kunnen zijn. Een voorgeschiedenis met één of meerdere episoden van manie, depressie of schizoaffectieve psychosen is een indicatie om de lithiumcarbonaatmedicatie te continueren. In Engeland en de Scandinavische landen wordt bij de behandeling van psychosen bij kraamvrouwen elektroconvulsietherapie veelvuldig toegepast. Op grond van weerstanden daartegen (bij zowel psychiaters als de bevolking) wordt de techniek in Nederland nooit toegepast bij de behandeling van dit type psychosen. Toch kan ook in Nederland een indicatie voor deze behandeling bij kraambedpsychosen bestaan: bij extreme suïcidaliteit of een medicamenteus niet te behandelen psychotisch-affectief toestandsbeeld.

Bij gebruik van psychofarmaca wordt de borstvoeding gestaakt. De lactatieremming dient in dat geval plaats te vinden met conservatieve middelen (vochtbeperking, opbinden van de borsten en koelen met ijs bij pijn) en niet door middel van bromocryptine. Bromocryptine is een sterke dopaminerge agonist die zowel psychosen als de omslag van een depressie in een manie (dosisafhankelijk) kan veroorzaken (Jimerson 1987). Er zijn bovendien aanwijzingen dat hypersensitieve dopaminerge receptoren een rol spelen in de pathogenese van psychosen bij

kraamvrouwen (Wieck e.a. 1991).

De gesprekscontacten kunnen het beste frequent plaatsvinden en kortdurend zijn. Ze dienen een steunend en structurerend karakter te hebben.

Het korte-termijnbeloop is over het algemeen gunstig. Bij ontslag is 65% van de patiënten volledig hersteld en 18% sterk verbeterd. Dit betekent dat 83% van de patiënten in goede toestand het ziekenhuis verlaat. De toestand is bij 8% uiteindelijk niet duidelijk verbeterd, en bij 9% kan het beloop niet worden beoordeeld omdat zij vroegtijdig, tegen advies, het ziekenhuis hebben verlaten. Voor de nazorg zijn vooral begeleiding (echtpaar) en controle van de medicatie van belang; zo nodig moet een gespecialiseerde gezinshulp worden ingeschakeld.

Uit follow-up-onderzoek naar het lange-termijnbeloop blijkt dat de psychiatrische opname in de kraamtijd meestal niet het laatste contact is dat deze patiënten met de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) hebben (Klomprouwer e.a. 1993). Bij een follow-up na één tot vijf jaar heeft 30% van de vrouwen wederom contact gehad met de GGZ en blijkt ongeveer 20% ten minste éénmaal opnieuw opgenomen te zijn. Bij een follow-up-duur van meer dan vijftien jaar blijkt 61% van deze patiënten wederom contact te hebben gehad met de GGZ en 50% ten minste éénmaal opnieuw opgenomen te zijn. Anders gezien betekent dit dat een kleine 40% van de vrouwen met een kraambedpsychose ten minste vijftien jaar vrij blijft van contacten met de GGZ. Van de hernieuwde contacten met GGZ-instellingen vindt slechts een beperkt deel plaats wegens psychiatrische problemen bij een volgende bevalling. Dit betekent dat ook niet aan de kraamperiode gebonden psychiatrische problemen frequent bij deze groep patiënten naar voren komen. Meestal ontstaan echter geen chronische invaliderende problemen. Slechts drie van de 238 vrouwen die in verband met een kraambedpsychose in Rotterdam werden opgenomen, blijken uiteindelijk, na een gemiddelde follow-up-duur van elf jaar, permanent in een psychiatrische instelling te verblijven. De psychiatrische voorgeschiedenis van de kraamvrouw blijkt de belangrijkste voorspellende factor voor het beloop op lange termijn: van de 238 vrouwen had 25% eerder psychiatrische problemen. Het lange-termijnbeloop is significant beter wanneer patiënten tot de episode in het kraambed een blanco psychiatrische voorgeschiedenis hebben.

Secundaire preventie - Vrouwen die een psychose in het kraambed hebben doorgemaakt, hebben een sterk toegenomen risico van een recidief na een volgende bevalling. Het herhalingsrisico varieert in de literatuur van 20 tot 50% (Brockington e.a. 1982; Platz en Kendell 1988); in Rotterdam was het 41%. Stewart e.a. (1991) lieten in een 'open' onderzoek zien dat het herhalingsrisico teruggebracht kan worden tot $\pm 10\%$ indien de kraamvrouw onmiddellijk na de bevalling wordt ingesteld op lithiumcarbonaat. In grote lijnen ziet het in Rotterdam ontwikkelde preventiebeleid er als volgt uit: patiënte en haar echtgenoot worden gedurende de zwangerschap één- à tweemaal gezien door de psychiater, waarbij gedetailleerde uitleg wordt gegeven over de te volgen procedure. Omdat patiënte de eerste dagen na de bevalling dagelijks gezien zal worden door de psychiater en de elektrolyten en lithiumspiegel moeten worden bepaald, wordt geadviseerd dat zij klinisch bevalt, op een afdeling verloskunde. Vóór overleg met gynaecoloog of verloskundige is noodzakelijk. Binnen 12 tot 24 uur na de partus wordt gestart met lithiumcarbonaat, veelal in een dosering die bij een vorige behandeling (alle deelnemers zijn eerder behandeld geweest in verband met een psychose in het kraambed en hebben veelal lithium gehad) voldoende is geweest om tot therapeutische bloedspiegels te komen. Vooraf zijn de nierfunctie, de schildklierfuncties en elektrolytenwaarden bepaald. Er wordt gestreefd naar een lithiumspiegel van 0,7-0,9 mmol/l bij tweemaal daags doseren. Zo nodig wordt bij slaapstoornissen een benzodiazepine voorgeschreven. Vooraf is uitgelegd dat het geven van borstvoeding onmogelijk is, doordat aanzienlijke concentraties lithium (tot 50% van de plasmaspiegel) teruggevonden worden in de moedermelk (Ananth 1978). Lactatieremming vindt plaats met conservatieve middelen. Wanneer patiënte goed ingesteld is op lithium en zich geen psychopathologische fenomenen voordoen, gaat zij meestal tussen de achtste en tiende dag post

partum naar huis. Hierna volgen frequente poliklinische contacten met de psychiater, waarbij zowel de psychische toestand als de lithiumspiegel wordt gecontroleerd. Lithiumcarbonaattoediening wordt na ongeveer zes maanden gestaakt, tenzij er sprake is geweest van non-puerperale episoden van manie, depressie of een schizoaffectieve psychose. In het laatste geval wordt de lithium gecontinueerd. Het lijkt erop dat met deze behandeling de kans op herhaling van puerperale psychose aanzienlijk wordt teruggebracht, hoewel niet met 100%.

Het komt daarnaast ook voor dat vrouwen tijdens de zwangerschap de lithium blijven gebruiken, bijvoorbeeld wanneer de kans op een recidiefpsychose te groot is. Het dilemma is hier of de kans op een recidiefpsychose van de moeder opweegt tegen de mogelijke nadelige gevolgen voor het kind van lithiumgebruik tijdens de zwangerschap. De rol van de psychiater in dit proces is met name het aanleveren van adequate informatie en een advies op grond waarvan patinte een besluit kan nemen (Knoppert-van der Klein e.a. 1996). Uit de literatuur blijkt dat steeds vaker een keuze wordt gemaakt voor het continueren van lithiumgebruik tijdens de zwangerschap bij vrouwen die bekend zijn met een bipolaire stoornis. Uit recent onderzoek blijkt namelijk dat de risico's van lithiumgebruik tijdens de zwangerschap minder groot zijn dan aanvankelijk gedacht (Cohen 1994; Altshuler e.a. 1996) en dat met een aangepast beleid en specifiek protocol (Van Gent 1994) de risico's kunnen worden beperkt.

De literatuurlijst is op aanvraag verkrijgbaar.

Summary: Psychiatric disorders associated with childbirth: an overview

In modern descriptive classification systems all references to aetiology have been eliminated. Although this approach has advantages in international communication about psychiatric disorders it also pauperized diagnostic thinking, especially in relation to psychiatric disorders associated with childbirth. To date however, the aetiological association between childbirth and the onset of severe depression or psychosis is a well established scientific fact. In this article an overview is given of our present-day knowledge about aetiology, classification, treatment, outcome and prevention.

Dr. J.L. Klompenhouwer, psychiater, is werkzaam in het Vincent van Gogh Instituut voor psychiatrie te Venray. Correspondentieadres: Postbus 5, 5800 AA Venray.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 29-2-1996.