

Psychiatrische patiënten in de huispraktijk*

DOOR C. GOOR, ZENUWARTS TE HEEREVEEN

Door de moeilijkheden bij de opname van psychiatrische patiënten komt het herhaaldelijk voor, dat de huisarts deze patiënten zo goed mogelijk moet behandelen, tot er een plaats voor geschikte verpleging is gevonden. Een zware taak, vooral ook omdat deze patiënten door hun onaangepaste gedrag in hun eigen omgeving veel moeilijkheden geven en de familie van deze patiënten niet altijd voldoende begrip voor de situatie heeft. Het is de bedoeling van deze voordracht enige adviezen te geven om door deze moeilijke periode zo goed mogelijk heen te komen.

Een groep van patiënten, waarmee in de huispraktijk dikwijls problemen ontstaan, zijn de dementieën. Nu ontstaat een dementie vrijwel nooit acuut. Heeft men een patiënt, bij wie zich een dementie begint te ontwikkelen, dan is het gewenst aan deze patiënt extra aandacht te besteden, ook al doen zich niet dadelijk verontrustende of storende verschijnselen voor. Door de omgeving van een dergelijke patiënt goed te instrueren kan men dikwijls veel narigheid voorkomen. In de eerste plaats late men deze mensen niet aan hun lot over. De familie moet hen zo goed mogelijk ingeschakeld houden bij de kleine dagelijkse bezigheden, eens met hen gaan wandelen en met hen spreken, ook al staat dit gesprek dan niet altijd op een hoog niveau. Hierdoor voorkomt men dikwijls het wegsuffen en vereenzamen van deze patiënten, hetgeen hun psychische gesteldheid sneller achteruit doet gaan dan nodig is. Bovendien lette men op een goede algemene toestand. Vele oude mensen hebben verkeerde eetgewoonten, waardoor zij weliswaar voldoende calorieën krijgen, maar toch een onvolwaardige voeding tot zich nemen. Er zal in ieder geval op moeten worden gelet, dat zij voldoende eiwit en vitamines krijgen. Ontstaat bij een dementerende patiënt plotseling een grote onrust, slapeloosheid of eventueel een delier, dan moet men altijd op zijn hoede zijn, dat niet de een of andere somatische ziekte daarvan de oorzaak is. Een beginnende pneumonie, een decompensatio cordis, een anemie zijn vaak voorkomende oorzaken. Bij mannen lette men op een urineretentie met eventueel een uremie. Ook blijkt dikwijls een licht trauma capitis bij oude, wat duizelige mensen de oorzaak te zijn van een psychische verandering. Nauwkeurige meting van de temperatuur, urineonderzoek en controle van hart en longen wijzen veelal de weg. Wanneer deze somatische afwijkingen op de juiste wijze worden behandeld, ziet men dikwijls

de psychische onrust snel verdwijnen en krijgt men de weliswaar dementerende, doch in het gezin redelijk aangepaste patiënt terug. Vele dementerenden hebben oriëntatiestoornissen. In de vertrouwde omgeving zijn deze het minst hinderlijk. Het systeem, dat zij telkens drie maanden bij een andere zoon of dochter in huis verblijven, scheidt moeilijkheden. Bekend zijn ook de oude mensen, die overdag stil en suf in een stoel zitten, maar 's nachts erg onrustig worden en doen, alsof zij hun vroegere werkzaamheden weer gaan verrichten, het zogenaamde bezighheidsdelier. Vooral voor deze groep geldt, dat men moet trachten te voorkomen dat ze overdag te inactief zijn.

Wat medicamenten betreft, daarbij voldoen de moderne tranquillizers lang niet altijd goed. Tachycardie, bloeddrukveranderingen en dergelijke zijn juist bij deze veelal arteriosclerotische patiënten ongewenst. Barbituraten kunnen van nut zijn, vooral wanneer men deze regelmatig geeft. Bestaat er een voortdurende onrust, dan geve men bijvoorbeeld driemaal daags 50 à 75 mg fenobarbital of 50 à 100 mg pentobarbital (Nembutal). Is de patiënt overdag slaperig, dan kan geprobeerd worden de slaapinversie te voorkomen door overdag een licht wekmiddel te geven, bijvoorbeeld 5 mg dexamfetamine of beter 10 mg Ritaline (methylpenidaat), omdat dit laatste medicament minder bloeddrukverhoging geeft. Voor een goede nachtrust blijven nog altijd geschikt de oude medicamenten zoals paraldehyd in een dosering van 6 à 8 gram, gegeven in een 10 procent oplossing met limonade, of chloraalhydraat 0,5 à 2 gram, eveneens in een 10 procent oplossing. Paraldehyd onverdund diep intramusculair ingespoten in hoeveelheden van 6 à 10 gram is bij spoedeisende gevallen goed en paraldehyd voor injectie mag daarom nooit in de dokterstas ontbreken.

Sommige onrustige dementerenden reageren gunstig op 20 mg Pantopon subcutaan zonder atropine of scopolamine. Uiteraard geve men dit opiaat niet regelmatig. Wil men voor sedering toch een tranquillizer geven, dan kan men het beste een lichtwerkende kiezen, bijvoorbeeld prazine (Promazine) in tabletten à 25 mg, bijvoorbeeld driemaal daags een tablet gecombineerd met een barbituraat.

Maniakale en depressieve toestanden kunnen ook bij dementerenden voorkomen. Dikwijls geeft de voorgeschiedenis dan een aanwijzing. De therapie van deze toestanden sluit zich aan bij de behandeling van de manisch-depressieve psychosen op jongere leeftijd. Bij de manisch-depressieve psychosen komen zonder twijfel de tranquillizers veel meer in aan-

* Inleiding, gehouden op een vergadering te Leeuwarden op 29 mei 1962 (zie pagina 82 van dit nummer).

merking. In dit verband maakt het niet zoveel verschil, of wij te maken hebben met een geagiteerde melancholie of met een manie. Enkele van de meest gebruikte medicamenten in deze groep zijn het Largactil (chloorpromazine) in tabletten à 25 mg, driemaal daags 3 à 4 tabletten of per injectie 5 ml, hetgeen 25 mg largactil bevat doch veel sterker werkt dan per os. Het Siquil (triflupromazine) werkt iets sterker, wordt gegeven in tabletten à 25 mg, bijvoorbeeld driemaal daags 2 à 3 tabletten. Per injectie kan men 2 à 3 ml geven. Het zijn ampullen van 10 ml met 10 mg Siquil per ml. Het Nozinan (levomepromazine) in tabletten à 25 mg, driemaal daags 2 à 3 tabletten, of per injectie 2 ml, waarbij 1 ml 25 mg Nozinan bevat. Het Trilafon (perfenazine) wordt gegeven in tabletten van 2 mg, 4 mg of 8 mg, waarbij de dosering ligt bij driemaal daags 8 à 12 mg of per injectie 1 à 2 ml per keer, waarbij 1 ml 5 mg Trilafon bevat. In ernstige gevallen kan men de tranquillizers combineren met barbituraten, bijvoorbeeld voor een goede nachtrust met 2 ml Somnifeen per injectie of 40 à 60 druppels per os. Geeft men er ook overdag Somnifeen bij, dan ontstaat min of meer een slaapkuur, waarmee men in de huispraktijk uiterst voorzichtig moet zijn. Controle van de temperatuur en van de vochtbalans is bij al deze medicamenten noodzakelijk. Een parkinsonoid syndroom met rigiditeit, akinesie en speekselvloed komt bij de tranquillizers dikwijls voor. Het is ten dele te bestrijden met Disipal, driemaal daags 1 à 2 tabletten. Overgevoeligheid voor licht door de tranquillizers is onaangenaam, maar niet bijzonder gevaarlijk. Leverstoornissen zijn dat uiteraard wel, maar die zullen bij bovengenoemde doseringen niet vaak worden gezien.

Wil men een depressie behandelen met de anti-depressieve medicamenten, dan moet men enkele gevaren in het oog houden. In de eerste plaats bestaat de kans op een suicide, wanneer een ernstige depressie door de medicamenten minder geremd raakt. Reserpine heeft een deprimerende werking en weglaten van dit medicament bij hypertensiepatiënten geeft soms een verbluffende verbetering van de depressie. Bekende anti-depressieve medicamenten zijn het Tofranil (imipramine), bijvoorbeeld driemaal daags 3 tabletten à 25 mg, en Tryptizol (amitriptyline), driemaal daags 1 à 2 tabletten à 25 mg. Voorts kent men de zogenaamde M.A.O.-remmers, zoals Marplan, Niamid en Nardil. Deze laatste moeten niet gelijk met of kort voor of na Tofranil wor-

den gegeven. Ook de combinatie met reserpine is zeer ongewenst.

De schizofrene opwindingsstoelstanden kunnen ook zeer goed met tranquillizers worden behandeld. Slechts bij uitzondering behoeft men bij een acute toestand het van ouds bekende 20 mg Pantopon met 1/2 mg scopolamine per injectie te geven. Een medicament dat bij sterke waanbelevissen gegeven kan worden, doch niet bijzonder veel wordt gebruikt, is het Nitoman, driemaal daags één tablet. Een moeilijke groep zijn ook de schizofrene defectoelstanden met hun dikwijls zeer bizarre gedrag. Veel hangt hier af van het milieu. Het geven van reserpine is dan dikwijls gunstig, bijvoorbeeld driemaal daags 0,5 à 2 mg. Ook dan is een parkinsonoid syndroom als nevenwerking mogelijk.

Bij de puerperale psychosen moet men weer in de eerste plaats letten op de algemene toestand en nagaan, of een ernstige anemie, een uremie, een hypertensie of een onvoldoende vochtbalans niet een belangrijke rol kunnen spelen. Betreft het een „zuivere” puerperale psychose, dan verdient het meestal aanbeveling de lactatie te stoppen, bijvoorbeeld door het drie dagen achtereen geven van 50.000 eenheden Dimenformon. Voorts moet de patiënt in een zo goed mogelijke conditie worden gebracht door het geven van ruim vocht, een veelzijdige voeding, vitaminen en eventueel mineralen. Sterke sedativa of tranquillizers doen meestal meer schade dan voordeel. Een licht barbituraat overdag en een wat sterker slaapmiddel voor een goede nachtrust zijn natuurlijk geen bezwaar.

Een heel moeilijke groep zijn de oligofrene kinderen met een sterke motorische onrust. De problemen thuis met deze kinderen zijn bijna niet op te lossen. Ook hier geldt, dat hoe meer deze kinderen bezig worden gehouden en hoe meer aandacht zij krijgen, des te beter het meestal gaat. Medicamenteus kunnen de tranquillizers en ook het reserpine worden geprobeerd. Merkwaardig genoeg worden sommige kinderen rustiger door dexamfetamine of Ritaline in hoge dosering. Electroëncefalografisch onderzoek en overleg met een specialist zal dan echter wel altijd te verkiezen zijn.

Bij een psychiatrische patiënt is individuele beoordeling altijd noodzakelijk, maar mogelijk kan bovenstaand overzicht de huisarts steun geven, wanneer hij door de omstandigheden wordt gedwongen onaangepaste psychiatrische patiënten tijdelijk thuis te behandelen.