

Psychische klachten na de bevalling, suïcidaal gedrag

W.J. SCHUDEL

In het Huisartspeilstationsstelsel regio Den Haag verzamelen huisartsen epidemiologische gegevens omtrent ziektebeelden en gebeurtenissen over hun totale praktijkpopulatie. Met ingang van 1 januari 1988 bestrijkt het stelsel de hele Haagse gezondheidsregio. In 1989 werd geregistreerd door 30 huisartsen in Den Haag, 7 in Rijswijk, 4 in Leidschendam, 3 in Wassenaar en 9 in Zoetermeer. Het peilstationsstelsel bestrijkt tussen de 13 en 30 procent van de bevolking van de deelnemende gemeenten. In 1989 registreerden de huisartsen onder meer psychische klachten na de bevalling en suïcidaal gedrag.

Ontleend aan: Epidemiol Bull (Den Haag) 1990; 25(2): 16-21.

Prof. dr. W.J. Schudel, hoogleraar klinische en sociale psychiatrie, Erasmus Universiteit Rotterdam.

Correspondentie: Stafbureau epidemiologie GGD, Postbus 65783, 2506 EB Den Haag.

Psychische klachten na de bevalling

Inleiding

Veel kraamvrouwen raken in de eerste week na de bevalling kortdurend emotioneel uit hun evenwicht. Deze 'huildagen' of *maternity blues* komen zo frequent voor, dat welhaast van een fysiologisch fenomeen kan worden gesproken. Naar schatting maakt 50-75 procent van alle kraamvrouwen een dergelijke episode door tussen de eerste en tiende dag post partum. Het begint meestal plotseling en zonder enige aanleiding en het eindigt even abrupt. Huilbuien vormen het kernsymptoom, vaak zonder duidelijke tekenen van een depressieve stemming, en de meeste vrouwen slapen slecht, hoewel ze zich zeer vermoeid voelen.

Daarnaast onderscheidt men de post-partum-depressie, die bij ongeveer 10 procent van alle kraamvrouwen binnen zes weken na de bevalling zou uitbreken. Bij dit ziektebeeld is de symptomatologie ernstiger en van langere duur, al is er slechts zelden sprake van het typische scala van verschijnselen, zoals dat voorkomt bij een depressief syndroom in engere zin. Wel leidt de post-partum-depressie veelvuldig tot problemen bij de verzorging van de baby, hetgeen weer kan leiden tot schuld- en insufficiëntiegevoelens bij de jonge moeder, spanningen in de echtelijke relatie en voortduren van de toestand van decompensatie.

In tegenstelling tot de *maternity blues* gaat de post-partum-depressie vaak niet vanzelf over, hetgeen tevens inhoudt dat onderkenning en behandeling noodzakelijk zijn.

De ernstigste positie op het continuüm van affectieve stoornissen in het kraambed wordt ingenomen door de *puerperaal- of kraambed-psychose*. Het gaat om een pluriform psychotisch toestandsbeeld, dat uitbreekt binnen 15 dagen na de bevalling. De incidentie is veel lager dan bij de eerder genoemde stoornissen en wordt geraamd op 1 à 2 per 1.000 bevallingen.

Bevindingen

In 1989 werden in de regio Den Haag ongeveer 7.700 levendgeborenen bij de burgerlijke stand aangegeven. In totaal werd 45 maal melding gemaakt van psychische klachten post partum, hetgeen zou betekenen dat de huisarts na ongeveer 3 procent van alle bevallingen werd geconfronteerd met psychische klachten in het kraambed. De incidentie van psychische klachten in het kraambed bedraagt voor de bevolking van de regio op basis van deze registratie 10 per 10.000 vrouwen van 15-49 jaar.

De aard van de geregistreerde klachten is weergegeven in tabel 1. Van 13 patiënten werd één klacht geregistreerd, terwijl 21 vrouwen drie of meer klachten hadden. In 21 gevallen was er

Tabel 1 Aantallen psychische klachten na de bevalling, Huisartspeilstationsstelsel regio Den Haag, 1989 (n=45*).

Depressief symptoom	24
Prikkelbaarheid	25
Slaapstoornis	12
Schuld- en/of insufficiëntiegevoelens	12
Tobben over de gezondheid van de baby	8
Angst	8
Hoofdpijn, hartkloppingen, vermoeidheid	21
Echtelijke problemen	7

*Combinaties mogelijk.

sprake van een depressief syndroom, waarbij een depressieve stemming gepaard ging met een aantal lichamelijke en psychische klachten. Een patiënte werd opgenomen onder het beeld van een (recidief) kraambedpsychose, terwijl één andere patiënte pré-psychotisch imponeerde. Deze laatste gegevens stemmen overeen met de te verwachten incidentie van de puerperaalpsychose.

Voor de lichtere stoornissen geldt dit niet: op grond van de actuele epidemiologische inzichten zouden minstens vijf maal zoveel depressies en een veelvoud aan lichtere symptomatologie verwacht mogen worden. Het lijkt derhalve aannemelijk dat een (groot) aantal klachten door de kraamvrouwen zelf (en hun gezinsleden) niet als zo ernstig zijn beoordeeld, dat de huisarts daarover diende te worden geraadpleegd. Ook is het mogelijk dat andere hulpverleners bij de begeleiding betrokken zijn geweest, zonder dat de huisarts daarover in kennis is gesteld.

Tenslotte kan worden vermeld dat 34 vrouwen naar aanleiding van de klachten op enigerlei wijze werden behandeld.

Suïcidaal gedrag

De registratie van suïcides en parasuïcides is in 1989 voor het zesde achtereenvolgende jaar opgenomen in het huisartspeilstationsstelsel. Naast het streven de ware incidentie van suïcidaal gedrag zo dicht mogelijk te benaderen, wordt tevens getracht trendmatige veranderingen te ontdekken. Dit laatste geldt vooral voor de niet-letale gedragingen, waarop demografische en sociaal-culturele variabelen een relatief grote invloed lijken te hebben. Bovendien is de registratie van suïcides in Den Haag van oudsher zeer nauwgezet geweest door de samenwerking met onder andere de politie en de GGD.

Het item is geregistreerd aan de hand van de volgende definitie. Suïcidaal gedrag is een vrijwillige handeling waaruit kan worden opgehaald dat de desbetreffende persoon:

Tabel 2 Suïcidaal gedrag. Voórkomen per 100.000 patiënten per jaar, Huisartspeilstationsysteem regio Den Haag 1989.

	Den Haag			Randgemeenten		Totaal
	1987	1988	1989	1988	1989	1989
Parasuicide	110	120	106	63	61	84
Suicide	23	14	4	15	12	8
Suïcidaal gedrag	92	132	134	111	78	72

- duidelijk de intentie had zichzelf te willen doden of ernstige lichamelijke schade toe te brengen;
- een dergelijk 'suïcidaal' gedrag vertoonde met andere intentie dan om zichzelf te willen doden of ernstige lichamelijke schade toe te brengen.

Epidemiologie

In 1989 zijn 75 gevallen van parasuicide en 7 suicides opgegeven door de 43 praktijken van het peilstationsysteem. Aangezien het peilstationsysteem in 1988 is uitgebreid met huisartsen uit de randgemeenten, zijn de verkregen gegevens alleen voor het Haagse deel vergelijkbaar met de gegevens van de jaren vóór 1988.

Tabel 2 laat zien dat jaarlijks ongeveer één op de duizend groot-Hagenaars suïcidaal gedrag vertoont waarvan de huisarts in kennis wordt gesteld. Op basis van deze gegevens zou een huisarts eens in de vijf jaar geconfronteerd worden met een suicide in zijn praktijk, terwijl parasuicide gemiddeld een- à tweemaal per jaar ter kennis van de huisarts komt.

Weliswaar laten de cijfers voor zowel suicide als parasuicide een dalende trend, maar bij de interpretatie ervan is voorzichtigheid geboden. Het absolute aantal suicides (7 voor de gehele regio ten opzichte van 12 in 1988) is dermate klein, dat niet kan worden gesproken van een significante afname. Voor het suïcidaal gedrag in toto zijn de aanwijzingen voor een dalende incidentie sterker en bovendien in overeenstemming met andere Haagse en landelijke registratiesystemen.

Wat betreft de verdeling naar leeftijd en geslacht komt bij de parasuicides het gebruikelijke beeld naar voren: een sterke oververtegenwoordiging van vrouwelijke patiënten in de jongere leeftijdscategorieën. De parasuicide/suicide-ratio is bij de vrouwen veel groter dan bij de mannen, maar ook dat is een 'normaal' verschijnsel in de statistieken.

Een dodelijke afloop van suïcidaal gedrag, dat wil zeggen een hoog suïciderisico, zien we relatief vaak bij mannen op jong-volwassen leeftijd.

Het relatieve suïciderisico neemt bij mannen in de loop der jaren af en bij vrouwen juist toe.

Bij jongeren en vooral meisjes en jonge vrouwen is suicide in absolute en relatieve zin zeldzaam, maar ook dit gegeven signaleerden wij reeds eerder.

Middel en begeleiding

Bij parasuicide wordt min of meer consistent in overwegende mate gebruik gemaakt van medicijnen, al dan niet in combinatie met alcohol. In bijna de helft van het aantal gevallen werd daarbij gebruik gemaakt van medicijnen die door de huisarts aan de patiënt zelf waren voorgeschreven; in de overige gevallen ging het om aan huisgenoten voorgeschreven medicatie of patentgeneesmiddelen. Eén op de drie van alle betrokkenen had gedurende de laatste twee weken voor de (para)suicide contact met de huisarts; bij de helft van hen vond dit contact plaats wegens depressiviteit en/of suicidaliteit. De helft van alle betrokkenen stond ten tijde van de (para)suicide onder psychosociale begeleiding. Relatief meer mannen dan vrouwen werden in verband met hun parasuicide ter beoordeling en/of behandeling gezien in een (algemeen of psychiatrisch) ziekenhuis. Dit zou erop kunnen wijzen dat onder de mannen meer ernstig c.q. gevaarlijk parasuïcidaal gedrag voorkwam.

Beschouwing

Op grond van onze gegevens kan het volgende worden opgemerkt:

- er zijn aanwijzingen voor een zekere afname van het voórkomen van suïcidaal gedrag in de regio Den Haag;
- parasuicide komt in Den Haag relatief vaker voor dan in de randgemeenten;
- suicide onder jongeren blijft (gelukkig) een zeldzaam verschijnsel, terwijl parasuicide ook onder de jongere leeftijdsgroepen niet verder lijkt toe te nemen;
- er zijn nog steeds onvoldoende aanwijzingen om te veronderstellen dat de huisarts veel meer zou kunnen bijdragen aan de preventie van suïcidaal gedrag. ■

Diabetes mellitus

Mevrouw Wagemakers, 65 jaar oud, komt bij haar huisarts met de mededeling dat haar longarts 'een beetje suiker' bij haar geconstateerd heeft. Ze wordt al jaren door de longarts behandeld voor Cara. Ze gebruikt 10 mg prednison per dag, 2 dd 250 mg theofylline (Theolair retard®). Lengte 1,72 m, gewicht 80 kilo. De longarts heeft haar naar een diëtist gestuurd. Ze kreeg een vetbeperking voorgeschreven. Suiker is haar niet absoluut verboden. Ze snapt er niets van. De huisarts legt haar uit dat vetbeperking effectiever is om af te vallen dan koolhydraatbeperking.

1 Dit is correcte informatie.

De huisarts legt uit dat het prednisongebruik suikerziekte kan uitlokken.

2 De oorzaak hiervan is dat het glucosetransport in het bloed wordt bemoeilijkt.

De huisarts legt vervolgens uit dat een absoluut suikerverbod tegenwoordig *niet* meer gegeven wordt. Hij zegt: 'Als u rekening houdt met het aantal calorieën dat u op een dag mag gebruiken, mag u best af en toe een Marsreep hebben.'

3 Dit advies is conform de huidige inzichten met betrekking tot behandeling van diabetes.

Mevrouw Wagemakers laat de dokter een potje sorbitol-tabletten zien. Hoeft ze die dan ook niet te gebruiken? De huisarts raadt haar dit inderdaad af. Hij vertelt dat dit soort suikervervangende middelen te veel calorieën bevatten.

4 Dit is correcte informatie.

Patiënte vraagt of bruin brood en rauwkost goed voor haar zijn. De huisarts bevestigt dit.

5 De reden hiervoor is dat vezelrijke voeding de resorptie van koolhydraten in het maagdar kanaal vertraagt.

Urologie

De huisarts maakt 's avonds een spoedvisite bij de heer Van der Stoel, 69 jaar. De heer Van der Stoel heeft hevige pijn in de onderbuik en kan niet plassen, hoewel hij wel flinke aandrang heeft. Bij navraag blijkt dat hij al lang moeite heeft met plassen, dat wil zeggen dat de urine er met moeite uitkomt. Pijn heeft hij niet bij het plassen. Vandaag was er een familiefeest, waar hij meer alcohol gedronken heeft dan hij gewend is (circa 10 consumpties) en veel gegeten heeft. Door de drukte is hij slechts één maal naar de WC gegaan. Toen hij bij thuiskomst wilde plassen, lukte het niet meer.

De heer Van der Stoel gebruikt atenolol (Tenormin®) 1 dd 100 mg voor zijn hypertensie. De huisarts overweegt een acute urineretentie op