

Een 'psychogene psychose' blijkt een subarachnoïdale bloeding te zijn

S. VERLINDEN, P. MOUTON

SAMENVATTING Een 50-jarige vrouw wordt opgenomen naar aanleiding van een psychotisch toestandsbeeld. Gezien de psychiatrische antecedenten en de bekende borderline persoonlijkheidsstoornis wordt aanvankelijk de diagnose gesteld van een kortdurende psychogene psychose. Bij recidief en uitbreiding van de problematiek wordt een subarachnoïdale bloeding zichtbaar gemaakt met een CT-scan. In deze gevalsbespreking wordt geprobeerd de symptomatologie van de neurologische aandoening te interpreteren tegen de achtergrond van de eerdere psychiatrische diagnose, aangevuld met casuïstiekgegevens uit de literatuur.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 48(2006)1, 65-69]

TREFWOORDEN borderline persoonlijkheidsstoornis, psychose, subarachnoïdale bloeding

In deze gevalsbespreking wordt een relatief ongebruikelijke presentatievorm beschreven van een subarachnoïdale bloeding bij een patiënte, die eerder was gediagnosticeerd met een borderline persoonlijkheidsstoornis. Het initiële psychiatrische toestandsbeeld kwam over als een psychogene psychose, waardoor de uiteindelijke diagnose pas in een later stadium werd gesteld. De vraag wordt gesteld in hoeverre de persoonlijkheidsstoornis zowel de presentatievorm als de diagnostiek heeft beïnvloed. Besloten wordt het biopsychosociale model te hanteren om de symptomatologie te integreren.

GEVALSBESCHRIJVING

Een 50-jarige vrouw wordt 's nachts door haar familie naar de afdeling spoedgevallen gebracht. De spoedarts diagnosticeert een geagiteerd psychotisch toestandsbeeld met decorumverlies (plassen in de gang, naakt rondlopen), auditieve en visuele hallucinaties, fysieke agressie ten aanzien

van de verpleging en verward gedrag (hardop zingen van het Amerikaanse volkslied). Diazepam en dehydrobenzperidol worden intraveneus toegediend.

Bij het psychiatrisch onderzoek de volgende ochtend, zien wij een vrouw die jonger lijkt dan op grond van haar leeftijd te verwachten is. Zij ligt halfnaakt en gefixeerd. Haar bewustzijn is licht verdoofd, zij is gedesorienteerd in tijd, ruimte en persoon. De spraak is mompelend. Ze maakt geen contact en heeft geen interesse voor de onderzoeker. In het onderzoek is geen bewijs voor waarnemingsstoornissen. Het inhoudelijk denken is gezien de presentatie niet beoordeelbaar. Klinisch neurologisch kunnen geen lateraliteit, geen meningeale prikkeling noch specifieke motore/sensore uitvalsverschijnselen vastgesteld worden. De patiënte kan echter niet zelfstandig op haar benen staan en lijkt zich te laten vallen. Screenend laboratoriumonderzoek toont geen bijzondere afwijkingen.

Eerste hypothesen bij dit onderzoek, vooraf-

gaand aan bijkomende heteroanamnestische gegevens, wijzen in de richting van overmatige kalmering door medicijnen, dan wel een psychogeen gebrek aan coöperatie.

Vanuit aanvullende heteroanamnestische gegevens van de echtgenoot (die zelf werkzaam blijkt te zijn in de sociale gezondheidssector) komt de volgende belangrijke informatie: De patiënte zou in het verleden gediagnosticeerd zijn met een borderline persoonlijkheidsstoornis. De laatste jaren wordt zij psychotherapeutisch ondersteund door de huisarts en medicamenteus behandeld met fluoxetine en een lage dosis sulpiride. De borderline persoonlijkheidsstoornis is geplaatst tegen de achtergrond van een moeilijke, traumatisch verlopende kinder- en jeugdtijd (opgegroeid binnen pleeggezinnen, mogelijk antecedenten van seksueel misbruik?). De echtgenoot duidt de huidige episode eveneens als een psychose. Hij beschrijft zelfs een ontwrichtende gebeurtenis, namelijk een conflict met hun oudste dochter, waarna de volgende symptomen zich over enkele dagen zouden hebben ingezet: automutilatie (haren uittrekken), boulimische vreetbuien afgewisseld met periodes van anorexia, omkering van dag-nachtritme, waarnemingsstoornissen, in zichzelf gekeerd zijn en overmatig gebruik van pijnstillers (codeïnepreparaten) vanwege hoofdpijnklachten.

Tijdens de observatie op de afdeling is er eenmalig een kortdurende opleving van de geagiteerde psychotische symptomatologie, met de noodzaak tot toediening van olanzapine intramusculair. Vanwege hoofdpijnklachten (geformuleerd door de familie) wordt aanvullend een EEG gemaakt dat een licht vertraagde achtergrondactiviteit toont (wat kan worden toegeschreven aan de toegediende medicatie) naast een overigens normaal geprotocolleerd traject.

Op de tweede dag van de opname is patiënte opvallend rustiger, maakt zij adequaat contact en is zij normaal georiënteerd in tijd en ruimte. Ze beweert zich niets te herinneren van de gebeurtenissen van de voorbije dagen, kan zelfstandig rondlopen en staat erop samen met haar familie het ziekenhuis zo snel mogelijk weer te verlaten.

Als werkdiagnose wordt een kortdurende psychogene psychotische stoornis geformuleerd, te duiden als een micropsychotische episode in het kader van onderliggend borderline persoonlijkheidsfunctioneren.

Drie dagen later verschijnt patiënte opnieuw op de afdeling spoedgevallen met een opleving van de symptomatologie. Het klinisch beeld komt over als een regressieve (in bed plassen), in zichzelf gekeerde (praat voortdurend stilletjes tegen zichzelf) psychose, zonder enige vorm van contact met de omgeving en met het met tussenpozen voorkomen van meer geagiteerde oplevingen. Klinisch neurologisch zijn er opnieuw geen afwijkingen. De bloedanalyse toont echter een forse hyponatriëmie, die volgens de controlerende internist toch deels de lethargie kan verklaren en toegeschreven wordt aan de toediening van psychofarmaca. Om organische psychosyndromen uit te sluiten wordt een CT-scan van de hersenen gepland. Deze aanvraag wordt bespoedigd nadat na enkele dagen toch een ptose rechts ontdekt wordt.

De CT-scan van de hersenen toont een uitgebreide diffuse subarachnoïdale bloeding (SAB) met een frontale bloedingcomponent links en secundaire quadrivertriculaire hydrocefalie. Diezelfde dag wordt het onderliggende aneurysma (ter hoogte van de arteria communicans anterior) via endovasculaire weg geëmboliseerd en een ventriculo-peritoneale drain geplaatst voor het opheffen van de hydrocefalie.

Zes maanden later ondervindt patiënte behalve geringe geheugenstoornissen en zo nu en dan woordvindingsmoeilijkheden, geen klachten meer. Er is een volledige amnesie betreffende de gehele periode.

BESPREKING

Deze gevalbeschrijving illustreert de gemiste diagnose van een SAB met een psychotische presentatievorm. Walton beschreef in 1956 al een aantal misdiagnoses van deze neurologische entiteit met psychiatrische presentatie, van onder meer histerie en dronkenschap (Walton 1956). Een psy-

chese in engere zin komt niet vaak voor bij SAB (Silverman 1949; Walton 1953).

Verschillende elementen zorgden ervoor dat bij deze patiënte de uiteindelijke diagnose pas in een later stadium gesteld kon worden. De hoogste frequentie van SAB treedt op in de leeftijdsgroep van 30-50 jaar. Acute hevige hoofdpijn is de meest klassieke presentatievorm (Oosterhuis 1997). Hoofdpijn werd in deze gevalsbeschrijving als klacht steeds indirect geformuleerd en overschaduwed door de meer prominente psychiatrische symptomatologie. Een door codeïne geïnduceerde hoofdpijn stond eveneens in onze differentiële diagnose. De helft van de patiënten met een SAB is kortdurend bewusteloos en nadien gedesoriënteerd en verward, slechts bij grote uitzondering delirant (Oosterhuis 1997). Het wisselende bewustzijn, de desoriëntatie, de amnesie en het eveneens visuele karakter van de hallucinaties wezen achteraf inderdaad meer op een delirant toestandbeeld dan op een psychose in engere zin. Als al aan een delirium zou zijn gedacht, was het eerder in de richting van een intoxicatie dan wel een onthoudingsbeeld.

De amnesie is sowieso minder typisch voor een borderline psychose. De cognitieve tekortkomingen bij een SAB variëren van lichte geheugenstoornissen tot ernstige dementiële beelden (Lishman 2001 a). Het feit dat de patiënte ook na de neurochirurgische ingreep een blijvende teruggaande amnesie vertoont, kan mogelijk deels verklaard worden door *clipping* van de bloedvoorziening van het voorafgaande deel aan het derde ventrikel; dit deel is betrokken is bij de geheugenfunctie (Gade 1982). De patiënte vertoonde geen meningeale prikkelings symptomatologie. Uit de literatuurgegevens blijkt dat slechts 25% van de patiënten neurologische uitval vertoont. Het EEG blijft doorgaans normaal (Oosterhuis 1997).

Wanneer kritisch gekeken wordt naar de symptomen waarmee de patiënte zich presenteerde, kan worden opgemerkt dat de amnesie, het afgevlakte affect, het beperkte denken, de contactstoornis, de passiviteit en de impuls handelingen in de literatuur worden beschreven als psychiatri-

sche symptomen van een SAB. De waarnemingsstoornissen zijn minder vaak in verband gebracht met een SAB (Göbbling & Rosin 1994; Lishman 2001;). Incontinentie en lethargie zijn vermoedelijk eerder toe te schrijven aan hydrocefalie en mogelijk ook aan ionenstoornissen. Voor de volledigheid dient hier vermeld te worden dat de ionenstoornissen in deze gevalsbeschrijving geïnterpreteerd kunnen worden in het kader van 'Inappropriate secretion of anti-diuretic hormone' (SIADH) bij zowel intracranieële aandoeningen en hydrocefalie, als het gebruik van atypische antipsychotica. Het gegeven dat er na een initiële opklaring van de symptomen een opleving optrad, kan mogelijk verklaard worden door de verschillende gevisualiseerde bloedinghaarden, die zich vermoedelijk in verschillende stadia hebben ingezet.

Een ander belangrijk element in de gemiste diagnose en de psychogene hypothese is het beschreven ontwrichtende moment. De literatuur spreekt van een verband tussen stress (in dit geval het conflict), het verhogen van de bloeddruk en het knappen van een onderliggend aneurysma. In de medische literatuur worden een aantal frappante voorbeelden beschreven, zoals die van een vrouw die een SAB krijgt enkele minuten nadat haar man de echtscheiding aankondigt en die van een vrouw die een SAB krijgt op het moment dat de politie haar vertelt dat haar buurvrouw zelfmoord pleegde. Het gaat hier uiteraard om een relatief klein percentage van de patiënten. Op te merken valt dat een duidelijk uitlokkend moment voornamelijk wordt gezien bij vrouwen (Storey 1969, 1972).

De beschreven borderline persoonlijkheidsstoornis en het gegeven dat de familie de huidige episode herkende als een psychotische episode is voor het stellen van de diagnose van een psychogene psychose uiteraard erg bepalend geweest. Een andere belangrijke vraag die ook gesteld moet worden is of, en in welke mate het feit dat de patiënte de diagnose van borderline persoonlijkheidsstoornis met zich meedroeg, bijgedragen heeft tot deze vorm van presentatie? Een affectieve stoornis zou immers vaker weerhouden zijn als eerdere diagnose in deze patiëntengroep. Bij per-

sonen zonder een aneurysma als onderliggend substraat blijkt ernstige emotionele stress in de weken voorafgaand aan de SAB vaak aanwezig te zijn. In de patiëntengroep met een aneurysma stelt men dat mensen met affectieve stoornissen over minder goede cardiovasculaire compensatiemechanismen beschikken om bij stress (en de daarbij horende bloeddrukschommelingen) een adequate fysieke respons te vertonen (Lishman 2001b). Een uitgebreidere documentatie inzake de vooraf gestelde persoonlijkheidsdiagnose had aanvullend kunnen zijn, indien hiervoor toestemming zou zijn verkregen.

In de recente psychiatrische literatuur wordt slechts één geval besproken van een patiënte die, vooraf gediagnosticeerd als een patiënte met kleptomane, een toename van de impulscontroleproblematiek vertoonde, na het doormaken van een SAB. Men spreekt in zo'n geval van het neuropsychodynamisch model, waarmee men enerzijds de neuropsychologische symptomen vanuit het organische defect verklaart en anderzijds ook rekening houdt met de psychodynamiek met de voorwaarden vanuit de levensgeschiedenis. Het neuropsychodynamische continuüm wordt gehanteerd als een integratief model om de volledige symptomatologie te kunnen plaatsen (Göbbling & Rosin 1994). Dit model zou vertaald kunnen worden naar het in de opleiding gehanteerde biopsychosociale model waarin eveneens al de modaliteiten vervuld worden ter verklaring van de symptomatologie van de patiënte.

CONCLUSIE

Achteraf had de diagnose van een SAB uiteraard niet gemist mogen worden. Er waren echter verschillende factoren aanwezig die bij aanvang meer wezen op een psychiatrische psychogene etiologie dan op een neurologische entiteit.

De hallucinatoire belevingen, het verstoorde eetpatroon, de automutilatie, de regressie afgewisseld met meer geagiteerde episodes en het verwarde gedrag waren sterk suggestief voor een psychotisch toestandsbeeld. Het schommelende karakter

van de symptomatologie, het sterk wisselende bewustzijn en de visuele waarnemingsstoornissen deden dan weer meer denken aan een delirium. Hoofdpijn was aanvankelijk de enige klacht die in de richting zou kunnen wijzen van een neurologische problematiek. De andere typische of suggestieve symptomen voor een SAB waren bij de patiënte niet uitgesproken of pas in een later stadium aanwezig.

Deze gevalsbespreking dient enerzijds om de aandacht te vestigen op het voorkomen van psychose als presentatievorm van een SAB, gezien de vrij zeldzame associatie. Anderzijds zijn de eerdere diagnose van een borderline persoonlijkheidsstoornis en de daarbij veronderstelde affectieve-psychotische stoornissen in dit geval eveneens een belangrijk gegeven. Het biopsychosociale model geeft een mooi kader waarin de verschillende aspecten van deze presentatie in kunnen passen.

Tot slot wordt gemeend te mogen besluiten tot een leerproces, waaruit blijkt dat de laatste artsen altijd de slimste zijn.

LITERATUUR

- Gade, A. (1982). Amnesia after operations on aneurysms of the anterior communicating artery. *Surgical Neurology*, 18, 46-49.
- Göbbling, H.W., & Rosin, J. (1994). Kleptomane vor und nach einer spontanen Subarachnoidalblutung - Ein neuropsychodynamischer Fallbericht. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 62, 164-168.
- Lishman, W.A. (2001). *Organic psychiatry. The psychological consequences of cerebral disorder*, 3de druk (pp. 393-394; 396).
- Oosterhuis, H.J.G.H. (1997). *Klinische neurologie* (pp. 160-161). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Silverman, M. (1949). Paranoid reaction during the fase of recovery from subarachnoid haemorrhage. *Journal of mental science*, 95, 706-708.
- Storey, P.B. (1972). Emotional disturbances before and after subarachnoid haemorrhage. In Porter, R. & Knight, J. (Red.), *Physiology, Emotion and Psychosomatic illness* (Ciba Foundation Symposium No. 8; pp. 337-343). Amsterdam: Associated Scientific Publishers.
- Storey, P.B. (1969). The precipitation of subarachnoid haemorrhage. *Journal of Psychosomatic Research*, 13, 175-182.

- Walton, J.N. (1953). The Korsakov syndrome in spontaneous subarachnoid haemorrhage. *Journal of Mental Science*, 99, 521-530. Geen strijdige belangen meegegeeld.
- Walton, J.N. (1956). *Subarachnoid haemorrhage*. Edinburgh/London: Livingstone. Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 17-5-2005.

AUTEURS

S. VERLINDEN is als arts in opleiding tot psychiater werkzaam op de afdeling psychiatrie van het UZ in Leuven.

P. MOUTON is neuropsychiater in het ASZ in Aalst.

Correspondentieadres: S. Verlinden, CGGZ Vlaams Brabant Oost,

Vital De Costerstraat 86, 3000 Leuven, België.

E-mail: sofieverlinden@hotmail.com.

SUMMARY

A 'psychogenic psychosis' turns out to be a subarachnoid haemorrhage. A case study – S. Verlinden, P. Mouton –

A 50-year-old woman is admitted to the emergency ward by reason of her psychotic state. Because she has a history of psychiatric problems and has been previously diagnosed as having borderline personality disorder it is assumed that she has had a brief psychogenic psychosis. When the psychosis recurs and the symptoms increase in intensity the patient is given a computerized tomography brain scan. The scan reveals a subarachnoid haemorrhage. In discussing this case history we try to interpret the symptoms of this neurological disorder against the background of the premorbid psychiatric diagnosis. We supplement our interpretation with data from case histories reported in the literature.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 48(2006)1, 65-69]

KEY WORDS borderline personality disorder, psychotic disorder, subarachnoid hemorrhage