

DE KINDERPSYCHIATRISCHE ASPECTEN VAN EEN GEVAL VAN CONTUSIO CEREBRI MET POSTTRAUMATISCHE AFASIE

door P. CHR. MUSSERT, zenuwarts, destijds verbonden aan de kliniek voor kinderpsychiatrie van de Rijksuniversiteit te Utrecht
(hoofd Prof. Dr. L. N. J. Kamp)

KAMP stelt in een verhandeling over psychosen bij kinderen dat de relatief kortdurende psychotische episoden na ernstig hersenletsel in het algemeen buiten het werkterrein van de kinderpsychiater blijven, hetgeen mede komt doordat de huidige kinderpsychiatrische afdelingen in ons land te weinig 'ziekenhuisachtig' zijn om dergelijke patiëntjes te verplegen. Het zullen dus veelal de neuroloog, de chirurg en de kinderarts zijn die handelend moeten optreden bij de, na het coma vaak voorkomende, stuporeuze toestanden of de soms dagen tot weken durende licht delirante toestandsbeelden met ontremming van het gedrag en het emotionele leven, waarbij ook vaak angsten aanwezig zijn. Hoe groot de plaats is, die het trauma capitis inneemt bij de bezetting van de ziekenhuisbedden voor kinderen op neurologische afdelingen, moge blijken uit enkele getallen geput uit een verder buiten dit onderwerp vallend onderzoekje. (tabellen 1 t/m 4).

Tabel 1, Diagnoses gesteld bij de in 1966 opgenomen kinderen op de Neurologische Afdeling van het Dijkzigt-ziekenhuis te Rotterdam

traumata	62
epilepsie	28
ontstekingen	16
mentale retardatie	3
vaatziekten	5
tumoren	6
diversen	10
'observatie'	5
totaal	135 opn. (133 pat.)

Tabel 2, Diagnoses gesteld bij de in 1966 opgenomen kinderen op de Neurologische Afdeling van het Academisch Ziekenhuis te Groningen

traumata	74
epilepsie	19
ontstekingen	10
retardatie en regressie	24
vaatziekten	3
tumoren	3
diversen	6
'observatie'	5
totaal	144 opn. (144 pat.)

Tabel 3, onderverdeling van de diagnoses bij de in tabel 1 vermelde traumata, Dijkzigt 1966

traumatische intracraniele bloeding	1
contusio cerebri	12
c.c. + fract. cranii	10
c.c. + overig letsel	7
c.c. + fr.cran. + overig letsel	3
c.c. + fr.cran. + cont. medullae	1
c.c. + fr.cran. + epid. haematoom	1

c.c. + fract.cran + subd. haematoom	1	
c.c. + traumat. epilepsie	2	
c.c. + traum. epil. + overig letsel	3	
	—	
	41	
commotio cerebri	8	
c.c. + fract.cranii	10	
c.c. + overig letsel	1	
c.c. + fract.cr. + overig letsel	1	
c.c. + perifere facialisparesie	1	
	—	
totaal	21	62

Tabel 4, onderverdeling van de diagnoses bij de in tabel 2 vermelde traumata, Groningen 1966

contusio cerebri	17	
c.c. + fract.cranii	19	
c.c. + overig letsel	7	
c.c. + fract.cr. + overig letsel	2	
c.c. + fract.cr. + traum. epilepsie	2	
c.c. + traumatische epilepsie	5	
	—	
	52	
commotio cerebri	6	
c.c. + fract.cran.	9	
c.c. + overig letsel	2	
c.c. + fract.cr. + overig letsel	1	
c.c. bij epilepsie	1	
postcommotioneel syndroom	1	
	—	
	20	72

Indien de kinderpsychiater in of kort na het akute stadium betrokken wordt bij de behandeling van een kind met een contusio cerebri, dan is dat doorgaans omdat het symptomencomplex van het kind op de afdeling waar het behandeld wordt ernstig storende problemen oplevert, of omdat een lichtere stoornis te lang blijft bestaan en daardoor ontslag naar huis niet zonder meer kan plaats vinden. Vaak echter worden de symptomen van de traumatische encephalopathie pas beter onderkend als het kind al naar huis ontslagen is en weer moet gaan voldoen aan de eisen van het dagelijks leven. Hierbij ondervindt het schoolgaande kind de moeilijkheden van een drievoudige handicap: 1. de achterstand t.o.v. de klasgenoten, 2. grotere moeilijkheden met het verwerven van nieuwe schoolkennis doordat het te kampen heeft met inprentingsstoornissen en aandacht- en concentratiestoornissen, 3. soms is er een (lichte) deterioratie als onderdeel van een traumatische dementering, zodat het kind niet meer beschikt over de vermogens die het vóór het ongeval had. Zowel op school als thuis vertoont het traumatisch-encephalopathische

kind vaak ook aanpassingsstoornissen ten gevolge van karakterveranderingen waarbij op de voorgrond staan: een verhoogde prikkelbaarheid, impulsiviteit, instabiliteit van het gevoelsleven, ontremming van het driftleven en agressief gedrag. Het behoeft geen betoog dat kinderen die naast de algemene pathologie van de traumatische encephalopathie nog andere stoornissen hebben, zoals b.v. funktieverlies van ledematen, verlies van zintuigfuncties of afatische en apraktische stoornissen, het zeer moeilijk zullen hebben om weer een aanvaardbare plaats in gezin en maatschappij te vinden. Aan de hand van de nu volgende ziektegeschiedenis zullen een aantal problemen de revue passeren.

Annie geboren 6-10-1959, afkomstig uit een grote stad, was in een vakantiekamp te Soest. Zij liep op 11-7-1969 tijdens het wandelen plotseling de rijbaan op en werd door een auto aangereden. Zij zou na het ongeval niet direct comateus geweest zijn, zij wist zich haar naam en adres nog te herinneren. In het ziekenhuis te Baarn vond men een snel toenemend bewustzijnsverlies, een linkszijdige hemiparese en een dwangstand van de ogen naar rechts. De voetzoolreflexen verliepen beiderzijds volgens Babinski. Er was een schedelfractuur links pariëtaal. Zij werd binnen enkele uren overgeplaatst naar de afdeling neurologie van het S.A.Z.U. te Utrecht. (Hoofd Prof. Dr. A. Kemp). Daar aangekomen was zij in een diep comateuze toestand; ze was niet nekstijf; de pupillen waren normaal van grootte, isocoor en reageerden goed op licht; er was een dwangstand van het rechter oog naar rechtsboven. Behalve een aanduiding van een linkszijdige centrale facialisparese waren er verder aan de hersenzenuwen geen afwijkingen. Op pijnprikkels reageerde het kind symmetrisch met gerichte afweerbewegingen. Daarbij waren de bewegingen van de linker arm geringer dan die van rechts, terwijl de tonus van linker arm en been iets lager was dan rechts. Bij het echo-encephalogram vertoonde het midden-echokomplex een geringe verplaatsing naar links.

Het posttraumatische beloop leek aanvankelijk ongecompliceerd. Het echo-encephalogram toonde na vier dagen geen verplaatsing meer van het middenechokomplex. De vijfde dag na opname kreeg patiëntje een hemi-insult rechts, waarna de reeds toegediende medikatie van 3 dd. 20 mg. luminal werd uitgebreid met 3 dd. 2 mg. valium. Er trad nog één maal een hemi-insult op, waarna de valiummedikatie tot 3 dd. 5 mg. werd verhoogd. Elf dagen na het ongeval werd het coma duidelijk minder diep. Er waren geen trekkingen meer waargenomen. Achttien dagen na het ongeval was het kind somnolent, duidelijk wekbaar; ze vermeed ogenkontakt. Eén dag later vertelden de ouders dat zij tegen hen gelachen zou hebben. Alles bij elkaar genomen is er dus een verlaagd bewustzijn geweest van ca. 18 dagen. Er waren inmiddels geen afwijkingen meer aantoonbaar bij het neurologisch onderzoek. Het kind sprak echter totaal niet. Haar houding werd toenemend negativistisch, bij het aanspreken draaide zij het hoofd af, zij bleef ogenkontakt mijden. Geen enkele opdracht werd uitgevoerd. Het kind verrichtte spontaan wel enige eenvoudige handelingen, zoals eten.

Op 22 augustus werd er een E.E.G. gemaakt, dat zeer sterk diffuus afwijkend was. De afwijkingen wezen op een corticale hypofunktie. Een deel van de afwijkingen overwoog rechtsvoor, een ander deel linksachter; tevens bleek er een funktiestoornis van de diepe structuren te zijn.

Gezien de diskrepantie tussen het goede motorische herstel en haar sterk afwijkende gedrag werd begin september, dus ongeveer 7 weken na het ongeval, een kinderpsychiatrisch konsult gevraagd.

Bij kinderpsychiatrisch onderzoek zagen wij een meisje van normale habitus met een goed gedifferentieerde, ongestoorde motoriek. Zij weerde het kontakt af, doch indien er van de zijde van de onderzoeker geforceerd kontakt geboden werd was

zij wel zover te krijgen dat zij de onderzoeker ging aanvaarden. Een aangeboden hand nam zij wel aan, terwijl het verbale verzoek 'geef eens een hand' geen gevolg had. Zij liep rustig mee, waarbij het opviel dat zij op de gang alleen op een bepaalde kleur stroken liep en buiten op een bijna lustbeladen, stereotype wijze over rioleringsranden heensprong. Zij toonde zich bij het wandelen niet angstig. Zij kon zich soms opeens losrukken, naar een passerende volwassene toelopen, die met beide handen vastpakken en wat onverstanebare geluiden mompelen. Het was dan zeer moeilijk om haar weer mee te krijgen; soms leidde dit tot scenes, waarbij zij op de grond ging zitten. Een enkele dagen achtereen bewandelde route leek zij niet te herkennen; evenmin toonde zij in het begin iets van herkenning van de haar dagelijks bezoekende arts.

In de spelkamer had zij uitsluitend tactiele kontakten met het speelgoed. Het was inmiddels opgevallen dat zeer langzaam gegeven opdrachten, waarbij voornamelijk een zelfstandig naamwoord of een eenvoudig werkwoord werd gebruikt toch wel begrepen werden. In die periode begon ze ook te spreken waarbij ze uitsluitend het werkwoord 'vallen' gebruikte in alle werkwoordsvormen en met vele intonaties. Soms onderbrak zij het spel en kwam op de onderzoeker af en ging deze van haar tot tenen betasten. Zij vertoonde verder een extreem dekorumverlies. Zo ging zij zonder enige aankondiging op een gegeven ogenblik op de grond zitten defaecerend, wreef zich ongeneerd over het genitaal en schroomde ook niet de onderzoeker naar de broek te grijpen. Er was een zeer sterke afleedbaarheid door impulsen van binnenuit. Zij kon niet langer dan enkele ogenblikken met een bepaalde bezigheid aan de gang zijn. Ook bleek zij in het spel duidelijke inzichtstoornissen te hebben. Bij het kegelen bv. liep zij met de bal naar de kegels toe en stootte met de bal in de hand de kegels om, alsof zij meende daarmee de opdracht goed uitgevoerd te hebben.

Een gericht psychologisch onderzoek lukte niet.

Na enige weken ging ze wat meer spreken; zij bleek toen een duidelijke woordvindingsstoornis te hebben. Op een film legden wij een aantal stoornissen vast: Ze had moeilijkheden met het herkennen van eenvoudige vormen. Ze was dan al in staat om letters te herkennen maar de synthese tot woorden lukte nauwelijks. Vaak werden er verkeerde syntheses gemaakt. He kostte haar veel moeite om in een plankje uitgezaagde figuren goed in te passen. Een spel met dominostenen (dat zij van thuis goed kende) ging helemaal niet: zij miste het besef, dat de dominostenen op de geijkte wijze neergelegd moesten worden. Zij keek daarbij vaak ontmoedigd. Het leek soms alsof ze zich geneerde voor het falen. Het benoemen van eenvoudige voorwerpen zoals potlood en lucifers lukte slechts met hulp en dan nog gedeeltelijk. Er waren verder woordvindingsmoeilijkheden en er werden verkeerde woorden geuit. 'Schrijven' werd bijvoorbeeld: 'schaven'. Het spontane schrijven lukte niet, het naschrijven van de eigen naam ging met enige moeite. Drie dagen na de film werd door de psychologe (mev. drs. W. J. de Bruyn) een uitgebreid afasie-onderzoek verricht, waarbij het opviel dat de uitvoering van de opdrachtes begeleid werd door spontane taal. Zo benoemde ze bij het tekenen van een bloem (de opdracht was: een boom) de gebruikte kleuren goed, terwijl zij die op verzoek niet kon benoemen. Zij bleek in het algemeen bij het sociale contact de taal veel gemakkelijker ter beschikking te hebben dan bij het specifieke afasie-onderzoek.

Taktiel of visueel aangeboden voorwerpen of afbeeldingen daarvan kon zij zelden benoemen, terwijl deze wel herkend werden, hetgeen bleek uit sorteerprouven en bij het inschakelen van de vergelijkingsmethode. Objecten, plaatjes en kleuren vergeleek ze moeiteloos. Abstraktere symbolen, zoals getallen en letters, kostten meer moeite. Annie faalde ernstig bij de opdrachten waarmee sensorisch-afatische stoornissen worden opgespoord. Het auditief-verbaal begripsvermogen voor verhaaltjes was praktisch nihil. Bij dit onderzoekdeel bleek hoe ernstig het kind te kampen had met aandachtsstoornissen, inprentingsstoornissen en een neiging tot

perseveratie. Bij onderzoek naar motorisch-afatische stoornissen versprak ze zich vaak, waarbij klankperseveraties op de voorgrond stonden. Amnestische stoornissen bleken b.v. uit het feit dat ze wel de passende gebaren maakte op b.v. vragen als: 'waar bijt je mee?', maar de woorden niet kon vinden.

Een week later werd geprobeerd om een intelligentie-onderzoek te doen, waarvoor de WISC-performance-test gekozen werd. Bij iedere opgave had ze grote moeite met het begrijpen van de instructie, ze werd snel onzeker en teleurgesteld; aandacht en inzet verslapten, de stemming daalde en vlug gaf ze dan op: 'nee, kan ik niet.'

Ze was snel gedesoriënteerd, de concentratie was sterk gestoord, waaronder de continuïteit van het werk ernstig te lijden had. De geheugenfunctie was slecht, evenals de inprenting. Soms kwam ze tot een wat chaotisch aandoend gedrag en persevereerde aan bepaalde thema's. Vaak begon ze in eerste opzet een testonderdeel goed, waarna ze die goede opzet weer afbrak omdat ze hem niet als goed herkende. De boomtekening gaf uitdrukking aan sterke insufficiëntie, onzekerheid, afhankelijkheid en onvermogen tot communiceren. Van een IQ-bepaling kon nog geen sprake zijn.

Samenvattend kan gesteld worden, dat Annie te kampen had met sterke gevoelens van onlust, onmacht en onvermogen, terwijl er wel een positieve inzet was. De door de afasie veroorzaakte communicatieproblemen brachten haar nog extra in nood.

In dit stadium moest er een beslissing genomen worden over het toekomstige beleid, waarvoor een inzicht in de prognose noodzakelijk was.

Voor het stellen van een *prognose* moeten naast de ernst van het letsel een aantal factoren worden overwogen. Van SIR CHARLES SYMONDS is de uitspraak afkomstig dat de gevolgen van een trauma capitis niet alleen van het trauma, maar ook van het caput afhangen. LUXEY en medewerkers vermelden dat de gevolgen van het hersentrauma mede afhankelijk zijn van de drie factoren: leeftijd, milieu en premorbide persoonlijkheid.

LANGE-COSACK wijst er op, dat ondanks de talrijke publikaties van de laatste decennia nog zeer veel onzekerheden bestaan over de prognose omdat de publikaties vaak vanuit zeer verschillende gezichtspunten plaats vonden. Het patiëntenmateriaal verschilt sterk, evenals de observatietijd en de periode waarover het veelal katamnestiche onderzoek zich uitstrekt. Bovendien is het erg moeilijk om een goed beeld te krijgen van de premorbide persoonlijkheid van jonge kinderen.

Van de studies die van ongeselekteerd patiëntenmateriaal uitgaan en de late gevolgen in verband brengen met de symptomatologie van het akute stadium noem ik die van LAUX en BUES; zij deden een nader onderzoek van 234 kinderen met alle soorten schedeltrauma's die in een tijdvak van 10 jaar in de chirurgische universiteitskliniek te Kiel opgenomen waren. Naar aanleiding van dit onderzoek konstateert LAUX in een latere publikatie dat de somatische restverschijnselen bij kinderen relatief veel geringer zijn dan bij volwassenen, maar dat de cerebraal-organisch veroorzaakte psychische veranderingen veel groter zijn dan bij volwassenen.

Het zijn juist die psychische veranderingen en de deels daardoor, deels

door later nog te vermelden andere factoren, opgeroepen veranderingen in het gedragspatroon van het milieu ten opzichte van het kind, die de prognose zo uiterst moeilijk maken.

Nu dan iets over de prognostische overwegingen bij ons patiëntje. Wat betreft de ernst van de symptomen van het *akute stadium* viel ze in groep 4 van de indeling van BUES (hoogste groep, coma langer dan 7 dagen). Bij de samengenomen groepen 3 en 4 volgens BUES (groep 3 is comaduur langer dan 1 dag) heeft 24% van de kinderen een blijvend verminderd cerebraal prestatievermogen; 40% toont blijvende karakterveranderingen.

De afasie van ons patiëntje toonde inmiddels een tendens tot spoedig herstel, welk herstel zich dan bij kinderen meestal frappant gunstig voortzet.

Wat wisten we over haar *premorbide persoonlijkheid*?

Annie was altijd gezond geweest. Ze is enig kind en misschien mede daardoor kon moeder zich nog veel voorvalletjes vrij exact herinneren. Ze was een erg beweeglijke en ondernemende kleuter geweest. Zij probeerde allerlei dingen met een oneindig geduld maar zodra ze iets kon presteren was de interesse hiervoor in het algemeen snel verdwenen. Op advies van de arts van het consultatiebureau ging ze reeds op 3-jarige leeftijd voor halve dagen naar een kleuterschool. Thuis kon ze zich moeilijk bezighouden, verveelde ze zich snel. Zij zou nooit ergens angst voor gehad hebben. Reeds heel vroeg wilde ze zelfstandig zijn. Opvallend was, dat Annie op de kleuterschool en later op de lagere school nooit namen kon onthouden. Al zat ze weken tot maanden met kinderen in de klas of op een club, dan wist ze nog niet hoe die kinderen heetten. Annie is altijd dol geweest op dieren. Op 4-jarige leeftijd ging ze naar kleutergymnastiek en met 6 jaar naar judo. Ze is ook een jaar op ballet geweest, wat ze 'tuttig' vond. Hoewel ze in haar spel meer als jongen optrad was ze toch ook vaak met poppen en beren bezig, die ze met de armen aan elkaar vastgebonden mee naar bed nam. Ze voelde zich altijd erg op haar gemak bij mannen. Een van haar belangrijkste hobbies was vissen. Met de hond ging Annie nogal gevoelsarm om; ze wilde alles met de hond doen wat ze ook met de poppen kon uitvoeren, zodat moeder vond dat de hond eigenlijk geen leven had. Moeder vond haar erg slordig. Tot moeders verbazing had ze echter wel netjes en vlot leren handwerken. Op de lagere school ging het goed (zij was een late leerlinge omdat ze in oktober geboren is). Rekenen was haar favoriete vak. In tekenen was ze niet best. In het begin had zij last gehad van een lichte 'woordblindheid'. Ze had ook moeilijkheden gehad in de 1e klas om letters in de goede volgorde te zetten. Ze had de neiging getoond om met lezen aan de rechterkant van de pagina te beginnen. Zij was op een Dalton-school met kleine klasjes. De onderwijzeres die haar 3 jaar in de klas had gehad vertelde dat zij een prettige leerlinge was en in het algemeen goed mee kon komen. Alleen had ze met taal in het begin individuele hulp nodig gehad. Verder deelde de onderwijzeres ons mee dat Annie in de omgang met meisjes snel te ruw gevonden werd en dat ze als haar iets niet lukte een grote neiging had tot tegenstribbelen.

Samenvatend kunnen we van de premorbide persoonlijkheid zeggen, dat het kind erg vrijmoedig en niet bepaald onopvallend geweest was; in het begin van het schoolleerproces mogelijk een lichte woordblindheid gehad had, vreemde namen slecht inprentte, maar dat er verder

geen psychopathologische symptomen geweest waren; dat ontwikkeling en aanpassing niet buiten de norm vielen.

Tenslotte moeten we ons, om tot een goede prognose te komen, nog rekenschap geven van het *milieu*.

Het gezin waaruit Annie komt, heeft een behoorlijke sociale status. Vader heeft een goede beroeps carrière en een druk bezet leven. Hij bemoeit zich weinig met de huiselijke zaken en de opvoeding. Moeder heeft zich altijd goed voor Annie ingezet en haar, ondanks dat ze enig kind is, zeker de nodige speelruimte gegeven om een eigen leven te leiden. De reactie van de ouders op het ongeval was aangepast aan de realiteit.

Op grond van voorgenoemde overwegingen verwachtten wij, dat Annie grote kans had op een blijvend verminderd cerebraal prestatievermogen, blijvende karakerveranderingen; gezien de premorbide taalmoeilijkheden een iets geringere kans op een totaal herstel van de afasie. De normale verwerking van het trauma door de ouders gaf ons de hoop dat er van hun kant althans weinig secundaire neurotisering zou optreden, mits er een goede begeleiding gerealiseerd kon worden.

Diagnose en prognose zijn bepalend voor de grenzen van de *therapeutische mogelijkheden*.

Bij ons patiëntje was de afasie een grote hinderpaal zowel voor haar reïntegratie als voor een goede aanpassing aan de omgeving. De gebrekkige mogelijkheden tot structurering van de pedagogische situatie in het ziekenhuismilieu, waar het kind per etmaal met vele hem verzorgende volwassenen te maken heeft die allen eigen normen hanteren, vormden een extra belasting. Daarom werd besloten het kind snel uit de neurologische kliniek te ontslaan, naar de konstante omgeving van thuis. Poliklinische logopaedische behandeling in de woonplaats werd geregeld. Het ontslag vond plaats op 11 oktober 1969, 3 maanden na het ongeval.

Gezien de ernst van het letsel en de opgetreden epileptische verschijnselen was behandeling met anti-epileptica noodzakelijk. Zij kreeg 3 dd. 20 mgr. luminal. Met moeder werd uitvoerig overlegd over de te volgen leefwijze. Het reconvalescerende kind heeft een verhoogde vermoeibarheid en is extra gevoelig voor psychische overbelasting.

Een essentieel deel van de behandeling van posstraumatische kinderen, is de preventie van psychogene stoornissen welke bij kind en ouders kunnen ontstaan door de ingrijpende veranderingen die het trauma in de gezinsinteractie teweegbrengt. Het kind is niet meer zoals het vroeger was; de ouders krijgen te maken met een andere toekomstverwachting voor het getroffen kind. Begeleiding van ouders en kind kan ernstige crises voorkomen. Het spreekt dus vanzelf, dat wij deze begeleiding in het geheel van de therapeutische bemoeienissen gerealiseerd hebben.

GARDNER schetste een aantal pathologische reacties en aanpassings-

mechanismen bij de ouders van dergelijke kinderen bij welke reactie-typen ontkenning van de realiteit, overprotectie van het kind, irrealistische schuldgevoelens, ongemotiveerde beschuldigingen aan anderen en niet in de minste plaats aan behandelende artsen, respectievelijk een grote rol spelen.

Bij de pathologische reacties van het kind noemt hij de angstige reactie, waarbij het kind, dat nieuwe situaties slecht kan structureren steeds onzekerder wordt en het kind tot autistische gedragspatronen vervallen kan ter vermijding van konfrontatie met zijn omgeving.

Vier maanden later konden wij Annie nogmaals filmen. Zij kon zich toen verbaal goed uiten, hoewel ze nog veel gebaren gebruikte om haar woorden kracht bij te zetten en ze duidelijk liet merken, dat ze soms een omweg maakte om een bepaald woord, waar ze niet op kon komen niet te hoeven zeggen. Ze had een grote vaardigheid ontwikkeld om haar woordvindingsmoeilijkheden te camoufleren.

In dit tweede deel van de film werd ook nog even de bezigheid met het inlegplankje herhaald, zodat er een goede vergelijking mogelijk is. Zij toonde wat het spontane spreken betreft een lichte neiging tot persevereren. De grote vooruitgang die er in drie maanden geboekt is wordt nog onderstreept door de objectieve gegevens van de herhaalde psychologische onderzoeken. Zo kon in december de eerste IQ-bepaling plaatsvinden, die op 71 uitkwam, terwijl een onderzoek dat begin maart verricht werd, een IQ van 100 opleverde.

Zij bleef druk en prikkelbaar; er zijn nog lichte, goed door haar gemaskeerde woordvindingsstoornissen. Gewoon onderwijs zou voor haar een te grote belasting zijn. Zij is in augustus 1970 een LOM-school gaan bezoeken, waar zij op 4e-klas-niveau kan functioneren, zodat zij wat de school betreft maar 1 jaar achterstand opgelopen heeft.

SAMENVATTING

Beschreven wordt de ziektegeschiedenis van een 10-jarig meisje, dat bij een verkeersongeval een ernstige contusio cerebri kreeg. Na een bewustzijnsstoornis van 18 dagen waren er geen neurologische afwijkingen bij fysisch diagnostisch onderzoek meer aantoonbaar, behalve een totale afasie.

Wegens deze afasie en de gedragsstoornissen die er optraden blijkend uit negativisme, decorumverlies, dementering en concentratiestoornissen werd zij kinderpsychiatrisch behandeld.

Aan de hand van deze casus worden enkele algemene zaken omtrent de prognose aan de orde gesteld waarbij ernst van de symptomen in het acute stadium, premorbide persoonlijkheid en milieu-omstandigheden de belangrijkste criteria voor het stellen van de prognose blijken te zijn.

SUMMARY

The case-history of a 10-year old girl after a traffic-accident, which resulted in a serious cerebral concussion, is discussed in this paper.

Loss of consciousness lasted eighteen days, after which no neurological aberrations were found, except total aphasia.

Because of this aphasia and the disorder of behaviour, consisting of negativism,

a loss of decorum, dementia and disorder of concentration, she was given child-psychiatric treatment.

Departing from this case some general aspects are brought forward, which indicate that the seriousness of the symptoms in the acute phase, the premorbid personality-structure and the environmental circumstances are the most important criteria for evaluating the prognosis.

LITERATUUR

- 1 Kamp, L. N. J., 'Psychosen bij kinderen'; hoofdstuk VII uit *Ned. Handboek der Psychiatrie*, deel IV, 559-583; van Loghum Slaterus, Deventer 1970.
- 2 Howells, J. G., *Modern perspectives in child psychiatry*, pag. 488, Oliver en Boyd, Edingburgh 1965.
- 3 Luxey, C. et al., 'Les séquelles neuropsychiques des traumatismes crâniens de l'enfant'; *la Presse Médicale*, 77, no. 16, 579-582; 29-3-69.
- 4 Lange-Cosack, Herta, 'Die Prognose der Schädel-Hirn-Traumen im Kindes- und Jugendalter'; *Jahrbuch für Jugendpsychiatrie und ihre Grenzgebiete*, Band V pag. 148; Huber, Bern, 1967.
(N.B. dit artikel heeft een zeer uitgebreide literatuuropgave over dit onderwerp).
- 5 Laux, W., 'Katamnesen von Kindern mit Hirntraumen'; als 4, pag. 161.
- 6 Gardner, Richard A., 'Psychogenic problems of brain-injured children and their parents'; *Journ. of the Am. Acad. of Child Psychiatry* Vol 7, no. 3, 471-491; juli 1968.