

Psychotische desintegratie ten gevolge van de prepuberteit: casuïstiek

door *L.H. Hageman-Wenselaar*

Samenvatting

In dit artikel beschrijven we op welke gronden de diagnose 'psychotische desintegratie ten gevolge van de ingetreden prepuberteit' gesteld kan worden, en wel aan de hand van drie patiëntenbeschrijvingen (leeftijd patiënt A: 11 jaar, patiënt B: 12 jaar en patiënte C: 10 jaar). Tevens wordt er aandacht besteed aan de toegepaste therapie bij deze drie patiënten.

Inleiding

Psychotische desintegratie ten gevolge van de ingetreden prepuberteit (o.a. door Hart de Ruyter beschreven onder de naam 'prepuberteitshypochondrie') is een ziektebeeld dat gekenmerkt wordt door de volgende symptomen: (I) hevige angsttoestanden, eventueel gepaard gaand met hallucinaties en derealisatie- en depersonalisatieverschijnselen, (II) hypochondere wanen en (III) eventueel paranoïde ideeën, zonden/of vergiftigingswanen. Centraal staat steeds dat het kind meent met de dood gestraft te zullen worden voor zijn – inherent aan de prepuberteitsfase – oplevende primitieve seksuele en agressieve impulsen.

Alle in de prepuberteit optredende lichamelijke sensaties ten gevolge van de zich wijzigende hormooninvloeden worden ervaren als zijnde de voorboden van die naderende dood en op magisch-hypochondere wijze verwerkt. Hartkloppingen, zweten, trillen, krampen, blozen, duizeligheid, e.d. boezemen extreme angst in. Zoals bekend veroorzaakt angst dezelfde vegetatieve verschijnselen, zodat er een intensivering kan optreden van de door de hormonen veroorzaakte lichamelijke sensaties. In het ergste geval durft het kind niet te slapen, niet te eten, niet te ademen en leeft het in een voortdurende angst om dood te gaan. De ontstane doodsangst en psychotische desintegratie lijkt met name op te treden als de desbetreffende prepuber vóór het uitbreken van dit beeld een levensbedreigende ziekte heeft doorgemaakt dan wel geconfronteerd is geweest met een levensbedreigende ziekte of overlijden van iemand in zijn directe omgeving.

Het behoeft geen betoog dat men zeker moet weten dat er niet een somatisch lijden ten grondslag ligt aan de symptomatologie alvorens te starten met een kinderpsychiatrische behandeling. Nauwe samenwerking met huisarts, kinderarts en eventueel neuroloog is van groot belang.

Casuïstiek

Ter illustratie worden twee jongens en één meisje besproken, waarbij wij de diagnose psychotische desintegratie ten gevolge van de ingetreden prepuberteit stelden:

- patiënt A: 11 jaar;
- patiënt B: 12 jaar;
- patiënte C: 10 jaar.

Patiënt A, de jongste van 3 kinderen (een broer is 12 jaar ouder; een zus 9 jaar ouder), is 11 jaar als hij naar ons wordt verwezen wegens het sinds 5½ maanden bestaan van ernstige inslaapmoeilijkheden, vele lichamelijke klachten (buikpijn, misselijkheid, hoofdpijn, oorpijn, moeheid en dorst), welke volgens de kinderarts niet berusten op een lichamelijk lijden, naast in toenemende mate slecht eten en zich terugtrekken van het contact met leeftijdgenoten. Volgens de ouders maakte hij de afgelopen maanden vaak een angstige, wanhopige indruk, met name 's avonds. Er hebben zich tot 6 maanden geleden noch thuis noch op school ooit moeilijkheden van ernstige aard met hem voorgedaan. Echter omstreeks dat tijdstip trad er een verandering op in het contact met leeftijdgenoten. Volgens hen deed hij kinderachtig en in plaats van bij voorbeeld samenspelen bij het voetballen, hield hij de bal voor zichzelf. Er ontstonden hierover meningsverschillen en een trap in zijn buik tijdens een voetbalwedstrijd beleefde hij als expres gedaan. Vanaf dat moment veranderde hij volgens de ouders van een opgewekte, actieve en leergierige latentiejongen in iemand die na schooltijd binnenshuis rondhing, zich verveelde, veel huilde, iedere avond op de bank bij moeder wegkroop, onderwijl duimend en met zijn genitaal spelend, en nog met moeite naar school te krijgen was. Het enige waar hij nog uren mee bezig kon zijn, was het minutieus natekenen van stripfiguren en het tekenen van bizarre, vechtlustige mannetjes waarbij de agressie van primitief-destructieve en sadistische aard onmiskenbaar was. Volgens de ouders was hij van een gezellig, aangepast kind veranderd in een jongen die weer als een opstandige, verdrietige peuter en kleuter de steun van moeder nodig had. Ze zeiden hun kind niet meer te kennen. Al snel kreeg hij allerlei lichamelijke klachten en raakte 's avonds in paniek als hij naar bed moest. Hij werd steeds wanhopiger en angstiger, wilde niet meer alleen in huis zijn en schrok van ieder onverwacht geluid.

Bij het kinderpsychiatrisch onderzoek bleek dat patiënt A zeer angs-

tige en niet te corrigeren hypochondere gedachten had. Deze gedachten hadden tevens een waanachtig karakter. Hij meende een besmetting met 'beestjes' te hebben, welke zijn lichamelijke klachten veroorzaakte. Hij zegt hierover: 'dat er een beestje door mijn lichaam zit te zwerven of dat er één misschien wat geraakt heeft in mijn hoofd'. De gedachte aan 'beestjes' lijkt post gevat te hebben nadat bij hem 3 maanden na de trap in de buik wormen waren vastgesteld en afdoende behandeld. Eveneens is hij vanaf het vaststellen van deze wormen nog slechter gaan eten en zegt hij zijn buik 'al vol te hebben van niets', zodat we ons afvragen of hij hier de wormen mee bedoelt. Het denken aan de oorzaak van de lichamelijke klachten maakt hem soms dermate angstig, dat er tevens vervreemdingsgevoelens optreden: 'dan voel ik me gek; dan voel ik me eng; en heb het dan Spaans benauwd'. Al spoedig blijken zijn hypochondere voorstellingen en angsten nauw samen te hangen met het doodsprobleem, hetgeen recent geluxeerd lijkt te zijn geweest door een moment van doodsangst na de genoemde trap in zijn buik. Hij zegt hier zelf over: 'Na die trap kon ik een paar seconden geen adem halen en ik wou huilen, maar ik kon niet huilen, en toen stikte ik even en was erg misselijk'. Behalve met deze ervaring van 'even-gestikt' te zijn werd hij geconfronteerd met een door hem als levensbedreigend ervaren ziekte van het eigen lichaam, namelijk toen hij voor de derde maal een tonsillectomie onderging. Naast de doodsangst bleek tijdens het kinderpsychiatrisch onderzoek dat er een angst bestond voor eigen agressieve impulsen en een zich extreem schuldig voelen bij een uiten hiervan. In zijn tekeningen kwamen zijn primitief-destructieve en sadistisch-agressieve fantasieën onverholven te voorschijn.

Het tweede kind, patiënt B, is 12 jaar en komt uit een gezin met twee kinderen; zijn zus is zeven jaar ouder. Sinds \pm 6 maanden vraagt hij bij alles aan moeder of het 'niet erg' is wat hij doet. Pas als moeder nadrukkelijk antwoordt dat het niet erg is, lijkt hij even opgelucht. Op de vraag aan hem van moeder waarom hij bij voorbeeld alles een bepaald aantal keren moet aanraken en waarom zij steeds moet herhalen dat het niet erg is wat hij doet, antwoordt hij stevast: 'anders gebeurt er iets ergs'. Later zal blijken dat hij meent acuut te zullen overlijden als hij niet het hele repertoire van handelingen verricht. Tevens slaapt hij slecht in en eet hij sinds \pm 2 à 3 maanden minder dan voorheen. Verder huilt hij volgens moeder 'om niets' en is dan zeer wanhopig en angstig. Patiënt B lijdt duidelijk onder zijn klachten en zegt er graag vanaf te willen. Later in het contact met patiënt B zal hij ons vertellen 'soms' weleens te denken dat zijn eten vergiftigd is en het dan niet te durven eten. Met name als het bestek zijn bord heeft aangeraakt voordat hij gestart is met eten, denkt hij dat zijn eten besmet is. Ook zegt hij zich weleens 'vreemd' te voelen en zegt: 'net of ik het zelf niet ben' en vaak 'gekke dingen' te zien. Dat wil zeggen losse handen in de lucht, die

angstaanjagend zijn, waardoor hij het kijken naar de lucht vermijdt. In het contact met ons valt op dat hij weliswaar meer uitgesproken symptomatologie vertoont dan patiënt A, maar toch nog zeer terughoudend is in het praten over zijn gedachten en gevoelswereld.

Zonder omhaal krijgen we van de moeder te horen dat patiënt B sinds het begin van zijn veranderde gedrag ook vaak zei bang te zijn om de volgende ochtend niet meer wakker te worden. Patiënt B beaamt dit en gooit er als het ware uit bang te zijn dat hij dood gaat. Hij vertelt schoorvoetend last te hebben van pijn op de borst en in zijn rug en de angst te hebben dat hij iets lichamelijks mankeert. Over wat er met hem aan de hand zou kunnen zijn laat hij zich niet uit. Opvallend is dan dat volgens patiënt B de klachten zijn begonnen na een ruzie met 3 vriendjes, waarbij één jongen hem vasthield en een andere jongen hem trapte 'en dat was per ongeluk in mijn kruis', zegt hij op vergoelijkende toon. Hij vervolgt: 'dat zijn piemel bloedde en hij in paniek met moeder naar de huisarts is gegaan'. De huisarts zei dat het allemaal meeviel: behandeling was niet nodig. Patiënt B zegt echter: 'ik dacht dat ik dood ging'.

Opvallend is verder in de anamnese van patiënt B: er zijn geen sterfgevallen in de directe omgeving van patiënt B geweest. Wel is zijn vader 1½ jaar geleden aan de beenvaten geopereerd, waarna hij een paar dagen op de hartbewaking heeft gelegen met een zuurstofkapje. Patiënt B heeft dit een aantal malen gezien, maar zei of vroeg er nooit wat over. Zijn vader heeft nog steeds last van pijn op de borst en moet kalm aan doen. Tevens blijkt dat vader sinds een half jaar geen medicatie ter antistolling meer gebruikt. Dit is gestopt vlak voor het begin van de klachten van patiënt B, die toen ging denken dat zijn vader ten dode was opgeschreven.

Patiënte C is een 10-jarig meisje dat op het moment van ons eerste contact met haar sinds een week zowel thuis als op school bij herhaling een afgesneden bloedende vinger onder haar bed of op de vensterbank ziet liggen. Tevens hoorde ze een aantal malen een onbekende stem haar naam roepen en zag ze eenmaal haar overleden grootmoeder buiten hun huis in haar doodskist overeind staan, de naam van patiënte C roepende. Sinds bovenstaande gebeurtenissen durft patiënte C niet meer alleen te slapen en heeft angstaanvallen die nauwelijks te beïnvloeden zijn. In haar dromen komt sindsdien het getal '7' steeds weer op een dreigende wijze naar voren. Sinds circa 2 maanden vóór het uitbreken van bovenstaande klachten doen gevoelens van benauwdheid, hartkloppingen, buikpijn en een zwaar gevoel in rug en ledematen haar twijfelen over haar eigen gezondheid. Ze vraagt zich af of deze lichamelijke sensaties een uiting zijn van een ziekte, die tot haar dood leidt. Uit de anamnestiche gegevens blijkt enerzijds dat patiënt C tot een week geleden bekend stond als een opgewekt meisje, geliefd in haar gezin, bij de docenten en leeftijdgenoten en anderzijds dat dit

meisje het afgelopen jaar wel zeer veel ernstige ziektes en 7 sterfgevallen van mensen in haar directe omgeving heeft meegemaakt. Slechts haar grootmoeder is een 'natuurlijke dood' gestorven, de anderen stierven ten gevolge van kanker of een ongeval. Tevens heeft ze op de manege waar zij paard rijdt zeven van haar geliefde pony's aan de dood verloren, drie op natuurlijke wijze, vier ten gevolge van een ongeval. Het verwerken van al deze sterfgevallen en de hiermee gepaard gaande gevoelens van onmacht en van woede was een wel heel zware opgave. Dit meisje ging vrezen dat zij het volgende 'slachtoffer' zou zijn en beschouwde de sinds kort opgetreden lichamelijke sensaties als de voorboden hiervan.

Samenvattend: voor wat betreft het ziektebeeld hebben de twee jongens vóór het uitbreken van de aanmeldingsklachten een verandering in hun gedrag gekregen. Alle twee worden ze door de ouders beschreven als redelijk aangepaste latentiekinderen, die ineens problemen gaan krijgen c.q. geven en een toenemend regressief gedrag gaan vertonen. Er vinden krenkingen plaats – met name in de relatie met leeftijdgenoten – en een narcistisch terugtrekken. De afweerfunctie hiervan – het kunnen verdragen van de krenking – faalt in toenemende mate en al snel krijgen ze vele lichamelijke klachten en hiermee gepaard gaande angsten die hand over hand toenemen. Ze gaan zich alle twee steeds meer binnenshuis terugtrekken, – alhoewel ze zich slecht binnenshuis kunnen vermaken – en verdragen het niet meer om alleen te zijn (angst voor scheiding c.q. verlating) en de stemming is depressief gekleurd. Bij patiënte C is de symptomatologie niet voorafgegaan door een opvallende verandering in haar gedrag. Met name tijdens het inslapen vlammen bij alle drie patiënten de angsten en paniekaanvallen op en de doodsangst blijkt dan een centrale plaats in te nemen. Het concreet-logisch denken wordt steeds meer verdrongen door magische gedachten en het leggen van niet-realistische verbanden (bij voorbeeld patiënt A: 'trap in buik → misselijkheid → toen kreeg ik wormen'), welke niet te corrigeren zijn. Er treedt een vervaging op van de grens realiteit/fantasie en er ontstaan hypochondere gedachten met een waanachtig karakter. De angsten gaan gepaard met derealisatie- en depersonalisatieverschijnselen, en met visuele hallucinaties bij patiënt B en patiënte C; terwijl patiënte C eveneens auditieve hallucinaties heeft. Bij alle drie kinderen was er in extreme mate sprake van angst-, schuld- en schaamtegevoelens voor hun eigen agressieve en seksuele impulsen en gedachten en een hiermee gepaard gaand uiterst streng en inperkend geweten ten aanzien van eigen gedachten en gevoelens. Het verwoorden van hun gevoelens en gedachten was voor deze kinderen dan ook een moeizaam en langdurig proces. Zowel bij patiënt A als patiënt B was vanwege de ernst van het ziektebeeld een opname in een kinderpsychiatrische kliniek noodzakelijk. Bij patiënte C werd gekozen voor een frequente ambulante begeleiding.

Beloop van de therapie bij de drie patiënten

In grote lijnen geschetst werd er bij alle drie patiënten gekozen voor een individuele egoversterkende therapie. Er werd met name gewerkt aan afbakening van werkelijkheid en fantasie. Dit had een sterk angst-reducerend effect en maakt dat het Ik niet meer overspoeld werd door de vele angstige fantasieën. Vanaf dat moment kon er – stapje voor stapje – uitleg gegeven worden over de werking van hormonen en de hiermee gepaard gaande lichamelijke sensaties. Angstige fantasieën omtrent het lichaam verbleekten en maakten plaats voor op de werkelijkheid gebaseerde kennis omtrent de lichaamsfuncties en de hormonale invloeden hierop. Een herhaling van het algemeen oriënterend somatisch onderzoek door de huisarts en/of kinderarts op dit moment van de therapie bleek zeer zinvol, aangezien de kinderen extra steun ontleenden aan het nogmaals horen zeggen dat er zeker geen sprake was van een somatisch lijden. Het thema doodsangst werd bespreekbaar, aangezien het Ik niet meer overspoeld werd door primitieve angstige fantasieën en er geen sprake was van een (dreigende) psychotische desintegratie. Immers, het opleven van de primitieve seksuele en agressieve impulsen, gepaard gaande met angst- en schuldgevoelens, en koppeling hiervan aan de lichamelijke gevoelens, leidend tot doodsangst, maken het ons inziens zeer belangrijk om de prepuber die deze koppeling maakt seksuele voorlichting te geven en de doodsangst te bespreken. Echter pas nadat men met de prepuber werkelijkheid en fantasie heeft afgebakend. Doet men dit niet, dan is er een gerede kans op een versterking van de psychose in plaats van een opklaring. In individuele gevallen zou men – naast de genoemde therapie – tevens medicamenteuze therapie ter ondersteuning kunnen overwegen. Er is echter nog onvoldoende onderzocht of men in deze gevallen de voorkeur moet geven aan een anxiolyticum, een anti-psychoticum of een antidepressivum.

Nawoord

De meeste prepubers vinden zelf de juiste wegen om om te gaan met de voor hen onbekende, onlustvolle en vaak angstaanjagende lichamelijke sensaties. De innerlijke druk die hierdoor ontstaat leidt dan niet tot een desintegratie van het Ik en het lukt deze prepubers om – in meerdere of mindere mate – op eigen kracht de stap vooruit te maken. Zo niet bij de prepubers waar sprake is van een psychotische desintegratie ten gevolge van de ingetreden puberteit. Zij hebben onze hulp nodig: zowel voor het stellen van de juiste diagnose als voor een deskundige begeleiding ter versterking van hun Ik, waardoor ze in staat zijn om gesterkt de puberteit tegemoet te gaan. Voor de hier besproken prepubers betekende dit een klinisch kinderpsychiatrische opname voor de jongens van respectievelijk 7 maanden en 1 1/2 jaar en voor het meisje een poliklinische behandeling van 6 maanden. De jongens zijn nu circa 2

jaar van therapie af en het meisje een half jaar en allen functioneren geheel zoals te verwachten bij kinderen van hun leeftijd. Of en in hoeverre het natuurlijk beloop van de biologische rijping meewerkt aan een verbetering van de symptomatologie is niet bekend.

Literatuur

- Caprio, F.S. (1950), A study of some psychological reactions during prepubescence to the idea of death. *Psychiatric Quarterly*, 24, 495-505.
- Hart de Ruyter, Th. (1963), *Capita selecta uit de kinder- en jeugdpsychiatrie*. De Haan, Zeist.
- Hershberg, S.G., G.A. Carlson, D.P. Cantwell en M. Stroberg (1982), Anxiety and depressive disorders in psychiatrically disturbed children. *Journal of Clinical Psychiatry*, 43, 358-361.

Schrijver is als kinder- en jeugdpsychiater werkzaam op de kinder- en jeugdpsychiatrie van het Sophia Kinderziekenhuis te Rotterdam (hoofd: prof. dr. J.A.R. Sanders-Woudstra). Werkadres: Polikliniek Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Godelweg 160, 3038 GE Rotterdam.