

Kinderpsychiatrische gevolgen van prae- en dysmaturitas*

DOOR PROF. DR. D. J. DE LEVITA

Dit onderwerp werd uitgekozen om twee redenen: in de eerste plaats omdat kennis van genoemd syndroom voor iedere arts praktisch nut heeft en met name de huisarts in staat stelt met eenvoudige middelen veel psychische schade en misère te voorkomen en ten tweede omdat het een geschikt voorbeeld is om te laten zien hoe voor een goed begrip van een bepaalde tak van de kindergeneeskunde, een enuropsychologisch-biologisch ingestelde kinderpsychiater en een kinderpsychiater die zich voornamelijk bezighoudt met het begrijpen en hanteren van menselijke relaties, elkander nodig hebben.

In 1948 heeft een commissie uit de World Health Organization voorgesteld van praematuritas te spreken wanneer het geboortegewicht minder bedraagt dan 2 500 gram. Hiermede was dus een uitspraak gedaan over de zwangerschapsduur naar aanleiding van het geboortegewicht. Het is duidelijk dat een dergelijke koppeling niet houdbaar zou blijken. In 1961 heeft dezelfde commissie dan ook een nieuw voorstel gedaan; daarbij werd voorgesteld te spreken van praematuritas bij een zwangerschapsduur van 37 weken of minder en van dysmaturitas bij een geboortegewicht van minder dan 2 500 gram. Bij deze definitie kan een kind dus zowel prematuur als dysmatuur zijn; het blijkt echter dat dit in minder dan 50 procent van de gevallen voorkomt. Meer dan 50 procent van de prematuren hebben een relatief normaal geboortegewicht; meer dan 50 procent van de dysmaturen hebben een normale zwangerschapsduur gehad.

Reeds betrekkelijk vroeg heeft men zich geïnteresseerd voor de vraag of onder de prematuren — vergeleken met de kinderen met een normaal geboortegewicht — relatief meer neuropsychiatrische stoornissen voorkwamen. Bekend is geworden het onderzoek van Knobloch en Pasamanick uit 1956 — dus nog uit de tijd, dat geen onderscheid werd gemaakt tussen pre- en dysmaturen — die een groep van 500 prematuur geboren kinderen uit

Baltimore vergeleken met bijna even zoveel kinderen met een normaal geboortegewicht. Onderzocht werden het vóórkomen van “cerebral palsy” en een defectieve intelligentie, gemeten met de test van Gesell. In de groep prematuren bleken vaker neurologische stoornissen en vaker defecte intelligenties voor te komen dan in de controlegroep, terwijl binnen de groep van de prematuren de kinderen met een geboortegewicht onder de 1 500 gram weer significant slechter waren dan die tussen de 1 500 en de 2 500 gram. Dergelijke onderzoeken zijn vaker uitgevoerd, meestal met hetzelfde resultaat. Zij hebben allen gemeen dat het psychisch functioneren van het kind werd gemeten aan de hand van intelligentietests. Op al deze onderzoeken kan niet worden ingegaan. Een uitzondering wordt gemaakt voor een onderzoek van Horn en medewerkers uit Göttingen dat in 1969 is gepubliceerd in het *Monatschrift für Kinderheilkunde*.

Genoemd onderzoek onderscheidt zich van vorige onderzoeken omdat de aantallen kinderen kleiner zijn dan in de meeste Amerikaanse publikaties. Daartegenover beperkten de onderzoekers zich niet tot één testmethode; verschillende tests en ook de schoolresultaten werden in aanmerking genomen, terwijl de leeftijd van de kinderen lag tussen acht en twaalf jaar met een gemiddelde van 9,7 jaar. Afgenomen werden ten eerste de Hawik, de Duitse versie van de Wechsler voor kinderen die ook voor Nederlandse kinderen goed bruikbaar is gebleken; ten tweede de “coulered progressive matrices test”; ten derde de Benton, een meetinstrument voor cerebraal-organische resttoestanden, ten vierde de poppetjes-tekentest van Goodenough en ten vijfde een vergelijking van schoolresultaten, uitgaande van de klas waarin de kinderen zaten en de schoolrapporten.

Vergelijkt men de bevindingen, dan blijkt dat op elk onderdeel de dysmaturen — in dit onderzoek hypotrofen genoemd — slechter eraf komen dan de prematuren, hetgeen reeds bekend was. In de groep van de hypotrofen zijn de bevindingen slechter naarmate het geboortegewicht lager was, hetgeen ook in overeenstemming is met de vondsten elders in de literatuur. Van speciaal belang is het merkwaardige feit dat bij de hogere intelligenties de prematuren de normalen in aantal gaan over-

* Voordracht, gehouden tijdens de studiedag „Kinderen zijn ook mensen.” Commissie voor de Artsencursus Rotterdam, november 1971.

treffen. Bij de resultaten van de Bentontest wordt hetzelfde gevonden.

In de discussie wordt door de auteurs nader ingegaan op bovenstaand verrassend resultaat, dat nog opvallender wordt omdat de hoge intelligenties die bij de prematuren worden gevonden, niet gepaard blijken te gaan met goede schoolresultaten, zelfs in een zo geringe mate dat de auteurs moeten vaststellen dat de premature kinderen over het algemeen onder hun intelligentieniveau schijnen te functioneren. Zij proberen het verschijnsel te verklaren door te wijzen op het relatieve hoge aantal oudste kinderen in de groep en te refereren aan de uitspraak van Cattell uit 1959, dat de oudste kinderen zich dikwijls onderscheiden door een geringere neiging zich in te zetten en door een lagere ambitie, een uitspraak die lijnrecht tegen onze verwachtingen ingaat en ook in de literatuur allerm minst is bevestigd, integendeel.

Op grond van mijn klinische ervaring met kinderen die eens prematuren waren, ben ik van mening een en ander aan de verklaring van het gesignaleerde fenomeen te kunnen bijdragen.

Laten wij ons in gedachten verplaatsen naar de geboorte van een normale baby. De moeder wordt gefeliciteerd vanwege de flinke zoon of dochter, een wolk van een baby en wat dies meer zij; hoe moet de moeder van een niet-flinke zoon, van een klein en miezerig kind zich voelen, in het bijzonder wanneer zij het kind niet eens naar huis kan meekrijgen, maar het ter verdere opkweking in de couveuse moet achterlaten? De moeder is dan in de positie van iemand die op een verjaardag moet zeggen dat het boek, dat de jarige zo graag wilde hebben weliswaar was uitverkocht, maar dat het is besteld en na enige weken zeker bij hem zal worden afgeleverd. Na alle verwachtingen welke de zwangerschap had opgewekt, is een anticlimax ontstaan en de moeder heeft alle reden om gedeprimeerd te zijn en vol teleurstelling over haar klein, miezerig kind. Dit is echter nog maar de oppervlakte; het is bekend, dat in diepere zin de geboorte van een dergelijk kind bij de moeder twee soorten gevoelens opwekt: ten eerste een diepe krenking en teleurstelling over haar slechte prestatie en ten tweede gevoelens van agressie tegen het kind die zelfs tot doodwensen kunnen aanzwellen. Uit de ervaring met "battered children" is komen vast te staan dat bij menige primitieve moeder deze agressiegevoelens doorbreken en leiden tot daadwerkelijke agressie jegens het kind, een reactie die enigszins doet denken aan die van bepaalde dieren die het mislukte jong eenvoudig uit het nest werpen. Gelukkig komt het bij de meeste moeders niet zo ver; deze wensen stuiten in de psyche op tegenkrachten, onder andere verbonden met het in onze

maatschappij vigerende taboe op agressie tegen het zeer jonge kind. De situatie kan echter moeilijk zijn en is in zekere zin paradoxaal: hoe mieziger het kind, des te meer agressie wekt het op bij de moeder, terwijl het tegelijkertijd juist meer liefde en geduld van de moeder nodig heeft. Zij zit zodoende psychisch eigenlijk in een dwangpositie.

Waar moet zij haar gevoelens van agressie jegens het pasgeboren kind laten?

De geijkte reactie is deze weg te stoppen achter een krachtige poging het kind zo gauw mogelijk de achterstand te laten inhalen en hem zo snel mogelijk tot ontwikkeling te brengen. Op zichzelf is de neiging het kind te stimuleren tot ontwikkeling en bloei, een essentieel onderdeel van het moederschap van iedere gezonde moeder. In dat geval gaat de neiging te stimuleren gepaard met het vermogen te verdragen dat het kind soms terugvalt tot een lager niveau van functioneren of anders gezegd: de gezonde moeder verdraagt de regressie van haar kind indien deze maar niet blijvend is en wordt gevolgd door weer nieuwe ontwikkelingen vooruit.

Een moeder verdraagt het wanneer het kind eens een minder goede dag heeft of onder de invloed van bijzondere gebeurtenissen — moeheid of wat dan ook — tijdelijk tot een vroeger niveau terugzakt. Hoe meer het stimuleren van het kind moet dienen om gevoelens van teleurstelling en krenking weg te werken, des te minder heeft de moeder het vermogen met de ontwikkeling van haar kind zowel in voor- als in achterwaartse richting mee te buigen en des te meer krijgt het appèl dat zij op hem doet een geforceerd en star karakter. Deze moeders kunnen vaak geen enkele terugval van hun kind verdragen, zij beleven dit als een teken, dat de in het begin zo gevreesde onvolwaardigheid van hun kind nu toch een feit is geworden en duidelijk aan de dag treedt. Een en ander leidt ertoe, dat pre- en dysmaturen constant blootstaan aan overbelasting.

Om te begrijpen hoe het kind op deze overbelasting reageert, is het goed nogmaals te bedenken dat men meestal heeft te maken met in principe gezonde ouders en gezonde kinderen, al komen speciaal in de groep van de dysmaturen relatief meer cerebraal-organische stoornissen voor dan in een normale controlegroep. In de moeder is, zoals gezegd, de wens haar kind te stimuleren een deel van haar natuurlijke en normale reactie. Het kind wil ook niets liever dan op deze normale stimulans antwoorden met ontwikkeling en vooruitgang. Hij zal vanuit zichzelf geneigd zijn, het uiterste uit zichzelf te halen. Niet alle menselijke vermogens in ontwikkeling laten zich echter in

dezelfde mate stimuleren. Het is bekend, dat vele vormen van intelligent functioneren weliswaar volgens een cultureel bepaald patroon verlopen, maar dat het kind hierin over grote reserves beschikt, zoals blijkt uit de ervaringen van Margadant, die kinderen op een veel jongere leeftijd dan ten onzent gebruikelijk, tot lezen wist te brengen. Het kind zal zodoende vaak erin slagen, een voor zijn leeftijd normale ontwikkeling van intelligent functioneren te vertonen of zelfs daarop nog vooruit te lopen.

Andere vermogens echter laten zich niet zo gemakkelijk stimuleren, zij hebben veel meer tijd nodig om tot ontwikkeling te komen. Ten eerste moet worden genoemd het uithoudingsvermogen en ten tweede de frustratietolerantie, het vermogen tegenslagen te verdragen. Deze beide vermogens zijn voor het kind onmisbaar wil het over het normale rendement kunnen genieten van zijn intelligent functioneren. De genoemde overbelasting, des te sterker indien deze geforceerd en rigide wordt toegediend, werkt op de ontwikkeling van laatstgenoemde emotionele vermogens ongunstig in en maakt dat hun voortgang geen gelijke tred houdt met de voortgang van de intelligentie. Op school, waar het kind zowel over intelligente als over emotionele capaciteiten moet beschikken die met elkaar een goed geïntegreerd geheel behoren te vormen, hebben deze kinderen het dan ook uiterst moeilijk en vaak knappen zij plotseling af. Naar mijn mening moet de in het geciteerde onderzoek bevinding van relatief hoge I.Q.'s gepaard gaande met relatief slechte schoolprestaties, door het zojuist beschreven mechanisme worden verklaard.

In de praktijk wordt men herhaaldelijk geconfronteerd met kinderen die in hun schoolontwikkeling zijn vastgelopen. Een niet onbelangrijk deel van hen blijkt te worden gevormd door kinderen uit de zojuist genoemde groepen: kinderen, eens prematuur of dysmatuur geboren en daardoor gestart met een achterstand in ontwikkeling, waarvan de omvang niet is te bepalen. Dergelijke kinderen hebben een aantal jaren als leeuwen gevochten om te voldoen aan de wens van hun ouders dat zij flink voor hun leeftijd zouden zijn, maar zij moesten het tenslotte afleggen door bijvoorbeeld hun te lage tempo, hun te grote vermoeibaarheid en daardoor te snel verminderende concentratie of door hun te geringe weerbaarheid en onvermogen in emotioneel opzicht met de andere kinderen uit de klas mee te kunnen, waardoor het schoolbezoek een marteling werd en vandaaruit de schoolprestaties nadelig werden beïnvloed. Niet zelden ziet men dat de terugslag zo hevig komt, dat niet alleen op school, maar over de gehele

linie het kind de vlag moet strijken. Dit gaat dan meestal gepaard met vage lichamelijke klachten die zich niet zelden aan elke diagnostisering onttrekken en de somaticus tot wanhoop kunnen brengen indien hij de voorgeschiedenis niet in het geheel betreft. Twee voorbeelden hiervan volgen.

Dirk, nu 12 jaar oud, is vorig jaar tegen het eind van het schoolseizoen onder behandeling gekomen wegens hoofdpijnaanvallen, die gaandeweg frequenter werden. In de vakantie knapte hij op, maar bij het begin van het nieuwe schoolseizoen namen de klachten weer toe. Hij vermagerde en verloor zijn levendigheid. Hoewel hij op school goed meekon, raakte hij gauw in paniek en meende hijzelf, dat hij de domste van de klas was. In zijn kleuterjaren was Dirk enige malen op vreemde wijze gevallen, de moeder dacht te hebben waargenomen dat hij daarbij zijn armen niet voor zich uitstreekte om de val te breken, maar als een blok omviel.

In de loop van vorig jaar werd uitgebreid neurologisch onderzoek verricht, waarbij echter geen enkele somatische afwijking aan het licht kwam. Elektro-encefalografie en echo-encefalografie waren normaal. De diagnose werd gesteld op migraine met vegetatieve dystonie.

Uit de voorgeschiedenis blijkt dat Dirk op tijd werd geboren, maar slechts 2750 gram woog. Hij was laat met praten, liep echter bij vijftien maanden. Op de kleuterschool ging het goed, maar het viel op dat Dirk bijzonder eigenwijs was en soms maandenlang boos kon blijven op de juffrouw, wanneer hij meende dat zij hem onrechtvaardig had behandeld. Toen het tijd was naar de lagere school te gaan, meenden de ouders dat hij eigenlijk nog niet schoolrijp was. Men liet hem echter toch gaan, een test bracht een I.Q. van 110 te voorschijn. Dirk had moeite met lezen en kreeg hiervoor twee jaar bijles. Hij ging altijd over. Bij onderzoek zag ik een kleine, stille, uiterst brave jongen die vol verontwaardiging sprak over minder oirbare praktijken van andere kinderen, vele lichamelijke klachten vertelde en in het algemeen een sterk overbelaste indruk maakte. De op zichzelf niet onaardige ouders gaven aan zeer plichtsgetrouwe mensen te zijn en zelf heel goed te hebben waargenomen, hoe verbeterd Dirk probeerde aan alle opgaven die hem werden gesteld, te voldoen. Zij zeiden hem vaak dat het voor hen niet hoefde, maar beseften zelf dat zij door hun voorbeeld van hardwerkende, zichzelf opofferende mensen een voorbeeld stelden dat woorden van tegengestelde strekking elke kracht ontnam.

Ondertussen werden Dirks klachten voortdurend sterker, hij kreeg ook maagpijn en kon het op school bijna niet meer bolwerken. Besloten werd hem naar een B-kolonie te plaatsen, om hem de gelegenheid te geven te ontspannen op elk gebied onder voortdurend zorgvuldige controle en na te gaan of hij daartoe in staat bleek wanneer de druk van buiten werd weggenomen. Hij is daar zeven maanden gebleven, is er volgens de moeder enorm opgeknapt, maar nog niet helemaal beter en is nu net weer thuis en naar school gegaan. Aan het einde van zijn verblijf in de kolonie werd reeds een begin gemaakt met voorzichtig schoolbezoek. Ik heb hem nog niet gezien maar, de berichten horende, betwijfel ik het of deze jongen zonder een behandeling is te genezen van een overbelasting die niet meer zonder meer van de uiterlijke omstandigheden komt, maar die binnen in hem een niet meer gemakkelijk weg te nemen onderdeel van zijn persoonlijkheidsstructuur is geworden.

Deze overbelasting had, theoretisch gesproken, kunnen worden voorkomen wanneer bij de over-

gang naar de lagere school advies was gevraagd aan iemand die de kinderpsychiatrische gevolgen van pre- en dysmaturitas kende: herkennen dat een kind eigenlijk nog niet schoolrijp is, hem toch de kans willen geven en indien zich moeilijkheden voordoen niet een paar passen op de plaats maken, maar met kunstmiddelen proberen het kind toch vooruit te drijven — dit alles met de beste bedoelingen — is voor het geschetste beeld een bijna pathognomonische combinatie.

Barend was 11 jaar en zat in de vijfde klas toen hij vage buikpijnen begon te krijgen die uitgebreid pediatrisch werden onderzocht; er werd echter geen lichamelijk substraat gevonden. In verband met deze buikpijn kroop Barend op alle mogelijke momenten in bed. Er ontstond in het gezin een strijd omdat Barend meende dat men hem van simulatie verdacht en niet wilde geloven aan de ernst van zijn klachten. Toen de ouders korte tijd later veertien dagen samen op vakantie gingen, knapte hij volkomen af en zond hun een noodbrief, gesteld in zulke alarmerende bewoordingen dat de ouders spoorlags terugkwamen om hem op te halen van zijn logeeradres. Nog enige tijd later verhuisden de ouders naar een andere stad, Barend bleef op zijn oorspronkelijke school en moest met de trein heen en weer gaan. Hierop knapte hij volkomen af, kroop in bed en weigerde eruit te komen. Toen ik hem voor het eerst zag bestond deze toestand al enige maanden.

Uit de voorgeschiedenis blijkt dat Barend werd geboren na een zwangerschap van 30 weken; hij woog 2.000 gram en kan dus een echte prematuur worden genoemd. Hij liep met achttien maanden, praatte met twee jaar en was pas met 3½ jaar geheel zindelijk. Als kleuter was hij sterk gebonden aan zijn ouders en verdroeg het moeilijk van hen te worden gescheiden. De ouders duiden dit als aandacht trekken en namen het niet altijd serieus. Barend was de jongste in een gezin met twee oudere zusters die zeer goed functioneerden. De ouders waren aardige, sportieve mensen, buitengewoon flink en actief en niet van hun stuk te krijgen. Zij hebben Barend altijd krachtig gestimuleerd om een flinke jongen te worden, geen moeite was hun daarbij te

veel. Toen bleek dat Barend op de lagere school, waar hij het wat leren betreft zeer goed deed, werd geplaagd en met name werd gedwongen om katekwaad uit te halen dat de andere kinderen hem opdroegen, begon de moeder hem met de auto naar school te brengen.

Toen hij het op school moeilijk begon te krijgen ondanks zijn I.Q. van 135, liet men hem alleen op de fiets naar bijles gaan ondanks zijn verwoede protesten, de moeder volgde hem in de auto om hem bij eventuele moeilijkheden te kunnen steunen. Zo ging het ook met zwemles en met paardrijden; tot deze en diverse andere activiteiten werd hij sterk gestimuleerd, maar tegelijkertijd ook krachtig door de ouders gesteund.

Pas na een jaar intensieve behandeling gelukte het deze jongen weer vlot te krijgen. Maandenlang deed hij niet anders dan vertellen hoe bang hij steeds was geweest voor alles wat hij moest doen, hoe graag hij net zo flink wilde worden als zijn vader, hoezeer het hemzelf speet dat hij zijn ouders steeds weer teleurstelde, hoe ontmoedigd hij was geraakt nog ooit in het leven te kunnen slagen. Achteraf kan worden geconstateerd dat de ouders werden misleid door zijn goede intelligentie en de artsen door de warme, positieve instelling van de ouders tegenover dit kind, maar niettemin met een blinde vlek voor de overbelasting waaraan zij — ook weer met de beste bedoelingen — hun kind blootstelden. Zelden heb ik bij de behandeling van een kind kunnen steunen op zo coöperatieve ouders; hoe dankbaar had in dit geval de preventie kunnen werken als deze tijdig was ondernomen.

- Horn, R., Gravinghoff, Chr. en Wolf, H. (1969) Ergebnisse psychologischer Nachuntersungen von ehemals frühgeborenen und ehemals hypotrophen Neugeborenen. *Mshr. Kinderheilk.* 117, 442.
- Parmelee, A. H. en Schulte, F. J. (1970) Developmental testing of pre-term and small-for-date infants. *Pediatrics* 45, 21.
- Eaves, L. C., Nuttall, J. C., Klonoff, H. en Dunn, H. G. (1970) Developmental and psychological test scores in children of low birth weight. *Pediatrics* 45, 9.
- Knobloch, H., Rider, R., Harper, P. en Pasamanick, B. (1956) Neuropsychiatric sequelae of prematurity. *J. Amer. med. Ass.* 161, 581.