

Ernstige Premenstrual Dysforic Disorder bij een 17-jarige

Elke maand de grip verliezen

Mijnke Janssen

Samenvatting

In dit artikel wordt ingegaan op de prevalentie en mogelijke oorzaken van Premenstrual Dysforic Disorder: PMDD. De

veelvoorkomende differentiaaldiagnostische verwarring tussen PMDD en de bipolaire stoornis komt aan bod, evenals de behandelstrategie.

In deze casus wordt de situatie van Elise beschreven, een 17-jarige adolescente die mijn collega en ik vanuit CCE (Centrum voor Consultatie en Expertise) zagen ter consultatie. Ze was al enige tijd in traumabehandeling geweest, had havo 4 afgemaakt en was sinds een jaar opgenomen op de HIC (High Intensive Care) van een kinder- en jeugdpsychiatrisch centrum vanwege ernstige gedragsproblemen, concentratieproblemen, somberheid en agressie. Ze werd behandeld met antipsychotica, een stemmingsstabilisator en kalmerende middelen onder de werkdiagnose bipolaire stoornis, PTSS en een persoonlijkheidsstoornis. Helaas had deze behandeling onvoldoende resultaat. Ouders en het behandelteam kwamen steeds meer tegenover elkaar te staan en Elise

voelde zich steeds machtelozer. Vanwege het opvallende cyclische patroon (samenhangend met haar menstruele cyclus) zijn we ons verder gaan verdiepen en kwamen wij tot de diagnose Premenstrual Dysforic Disorder (PMDD). De multidisciplinaire samenwerking tussen gynaecoloog en kinderpsychiater resulteerde in het geleidelijk stoppen met de eerdere medicatie en het starten met een andere anticonceptiepil en een SSRI die het meisje een week per maand moest slikken. Ook kreeg ze thuisbegeleiding van een ervaringsdeskundige om weer in een goede dagstructuur te komen en levensstijl- en voedingsadviezen. Deze behandeling sloeg enorm goed aan, na twee maanden waren haar klachten verdwenen.

Premenstrual Dysforic Disorder (PMDD) is een ernstige vorm van het premenstrueel syndroom (PMS), die gekenmerkt wordt door intense emotionele en lichamelijke klachten in de luteale fase

(tussen de eisprong en de menstruatie) van de menstruatiecyclus.

Men schat de prevalentie van PMDD op 3 tot 8% van de vrouwen in de vruchtbare leeftijd, waarbij

de symptomen meestal ontstaan in de adolescentie, maar vaak pas jaren later als zodanig worden geduid, en in ernst kunnen toenemen (Terwisscha van Scheltinga & Terwisscha van Scheltinga, 2023). Bij PMDD is er geen sprake van een hormonale disbalans. Men vermoedt dat het een stoornis op celniveau is, waarschijnlijk in hersendelen die betrokken zijn bij emotionele reacties. Er zijn meerdere hypothesen die dit mogelijk verklaren. Een oorzaak kan zijn dat het brein abnormaal reageert op allopregnanolon (een metaboliet van progesteron, hierna ALLO). Hoewel ALLO er normaliter voor zorgt voor dat mensen zich kalmer voelen, heeft het een tegenovergesteld effect bij vrouwen met PMDD: het veroorzaakt dan irritatie, angst en negatieve stemmingsveranderingen. De website van de Stichting PMDD (www.pmddnederland.nl) bevat veel nuttige informatie. Andere onderzoekers gaan uit van een verstoorde serotoninerespons op de hormonale veranderingen, dit kan verklaren waarom selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's) bij deze vrouwen werkzaam zijn (Hulpvaders voor Geestelijke Gezondheidszorg, 2025).

In 2013 werd PMDD als psychiatrische stoornis aan de DSM toegevoegd en in 2019 aan de ICD-11 als een aandoening van het voortplantingssysteem. Een bevestigde diagnose vereist prospectieve monitoring van symptomen gedurende twee cycli, anders is de diagnose voorlopig. Voor de classificerende diagnose PMDD moeten uit de DSM-5 ten minste vijf van de elf symptomen cyclisch optreden (zie figuur 1). Tien hiervan zijn psychisch van aard, het laatste is lichamelijk. Ook mogen de klachten niet slechts een verergering van een andere onderliggende aandoening inhouden.

Casusbeschrijving

Elise is 17 jaar oud als mijn collega (teamleider en systeemtherapeut) en ik in consult gevraagd worden. Haar moeder en stiefvader (hierna ouders genoemd) hebben de aanvraag gedaan, het behandelend team is daarvan op de hoogte gesteld en staat erachter. De vraag van ouders is: 'Kunnen jullie meekijken naar de behandeling van Elise, wij hebben de indruk dat er een behandelimpasse is ontstaan.

Hoe kunnen we weer vertrouwen krijgen in het behandelteam?' De vraag van Elise is: 'Ik wil mijn levenslust weer terug.' Het perspectief van Elise om maandelijks vanwege agressie, onrust en verwardheid op de HIC (High Intensive Care) en EBK (Extra Beveiligde Kamer) te moeten verblijven, maakt haar somber en ze vraagt zich ook af of ze op die manier wil blijven leven. Ze heeft een euthanasieverzoek ingediend. De vraag van het behandelteam is: 'Hoe kunnen wij de samenwerking met ouders verbeteren?' Ook is er behoefte aan expertise op het gebied van trauma; wanneer dit te behandelen, eerst stabiliseren of niet en wat is een goede behandelplek?

Elise is op dat moment al ongeveer een jaar opgenomen op de HIC van een Kinder- en Jeugdpsychiatrisch Centrum, waarbij zij maandelijks in de EBK moet verblijven vanwege grote onrust, verwardheid met (rand)psychotische symptomen en heftige agressie. Het team en ouders maken zich grote zorgen. Ouders en vooral Elise dringen aan op traumabehandeling. Elise is ervan overtuigd is dat vooral traumabehandeling haar verder zal kunnen helpen, maar is teleurgesteld dat ze daar niet aan mag beginnen omdat haar stemming zo instabiel is.

Behandelvoorgeschiedenis

Elise had in 2020 gesprekken met de PraktijkOndersteuner Huisartsenzorg (POH), in 2021 een aantal gesprekken ter overbrugging voor behandeling bij de Jeugd GGZ, waarna ze zes maanden ambulante traumabehandeling had. In juli 2022 volgde drie weken crisisopname in een universitaire kliniek voor kinder- en jeugdpsychiatrie. Vanaf juni 2022 kwam ze in behandeling bij het regionale Kinder- en Jeugdpsychiatrisch Centrum: ze kreeg IHT (Intensive Home Treatment), ambulante behandeling, er volgde een HIC (High Intensive Care) opname met IHT. In deze opname van langer dan een jaar is er ook een Crisismaatregel afgegeven.

Functioneren in de voorgeschiedenis en psychische klachten voor en tijdens opname

Elise is een zeer intelligente adolescente die al vanaf jonge leeftijd streeft naar perfectie. Ze kon in wisselende mate aansluiting vinden bij haar

Figuur 1. PMDS volgens DSM-V

- A. Tijdens de meeste menstruatiecycli (in het voorafgaande jaar) dienen minstens 5 van de volgende symptomen aanwezig te zijn voor de aanvang van de menstruatie, die binnen een paar dagen na het begin van de menstruatie afnemen, en minimaal of volledig afwezig zijn in de week na de menstruatie
- B. 1 van de symptomen moet nummer 1-4 zijn.
 - 1. Duidelijke affectieve labiliteit (zoals stemmingsschommelingen).
 - 2. Duidelijke prikkelbaarheid of boosheid, of een toename van interpersoonlijke conflicten.
 - 3. Duidelijke sombere stemming, gevoelens van hopeloosheid of verlaagde zelfwaardering.
 - 4. Duidelijke angst, spanning, en/of het gevoel opgedraaid of opvliegend te zijn.
 - 5. Verminderde interesse voor de gewone activiteiten (werk, school, vrienden en hobby's).
 - 6. Subjectief ervaren van moeite met concentreren.
 - 7. Lethargie, vlug vermoeid of een duidelijk gebrek aan energie.
 - 8. Duidelijke verandering van de eetlust, overeten of hunkeren naar specifiek voedsel.
 - 9. Hypersomnie of insomnia
 - 10. Het gevoel overspoeld te worden door emoties of zichzelf niet in de hand te hebben.
 - 11. Lichamelijke klachten zoals gevoelige of gezwollen borsten, gewrichts- of spierpijn, opgeblazen gevoel, gewichtstoename.
- C. De symptomen gaan samen met klinisch significante lijdensdruk of beperkingen in het functioneren op werk of op school en in de gebruikelijke relaties met anderen.
- D. De stoornis is niet slechts een exacerbatie van de symptomen van een andere aandoening (bijv. depressie, angststoornis of persoonlijkheidsproblematiek).
- E. De symptomen moeten prospectief gescoord worden in minimaal twee cycli.
- F. De symptomen komen niet door medicatie/drugs of een fysieke aandoening.

klasgenootjes en terugkijkend wist men op school eigenlijk niet goed wat men met haar begaafde profiel aan moest. Elise heeft huiselijk geweld meegemaakt en is door verschillende hulpverleners niet gehoord in de pogingen die zij deed om de omgang met haar vader te stoppen na de echtscheiding tussen haar moeder en haar biologische vader. Vijf jaar later besloot de rechter dat de omgangsregeling met vader gestopt werd.

Elise heeft vwo 4 voor haar crisisopname nog af kunnen maken. Ze had een bijbaantje in de snackbar en had een vriendengroep waar zij regelmatig mee afsprak. Ze is een leergierige en gedreven puber die graag controle heeft over de invulling

Elise schaamde zich voor haar periodieke agressie en wat ze dan zei en deed

van haar leven. Ouders beschrijven haar als een zelfstandig meisje met een groot rechtvaardigheidsgevoel dat haar regelmatig in de weg zit.

Beloop van de consultatie

Elise was aanvankelijk te ziek om thuis te zijn en verbleef op de HIC in de EBK. Zij werd behandeld met haloperidol (1 dd 2 mg), lithium (1000 mg/dag met spiegel van 0.81), lorazepam 1 dd 1 mg en tot 3 dd 2,5 mg extra bij forse onrust en zopiclon 7.5 mg voor de nacht. Daarnaast gebruikte ze een anticonceptiepil. In gesprek werd duidelijk dat Elise heel veel moeite had om zich te kunnen concentreren, zich schaamde voor haar periodieke agressie en wat ze dan zei en deed. Ze had het vertrouwen in haar toekomst verloren. Zo vertelde ze dat haar droom om kinderarts te worden in rook was opgegaan, omdat ze zich nergens meer op kon concentreren en niet meer kon lezen. Ook had ze last van zich vlakheid, traagheid en futloosheid. Ze had het vermoeden dat dit door de bijwerking van haar medicatie kwam.

Het was voor de behandelaars moeilijk om tot een passende diagnose te komen omdat het beeld steeds zo wisselde in de tijd. De werkclassificatie was: bipolaire 1 stoornis, ongespecificeerde persoonlijkheidsstoornis en PTSS. Ondanks bovenstaande medicatie (passende bij de bipolaire I stoornis) knapte Elise niet op.

Gesprekken met ouders, het team en Elise draaiden eerst vooral om de vraag of de huidige behandeling wel de juiste was en waarom er niet gestart kon worden met de traumatherapie. Die wens had Elise vooral, omdat ze ervaarde nooit goede hulp te hebben ontvangen voor haar trauma's. Hoewel er in eerste instantie geen vraag was voor diagnostisch onderzoek, hebben we toch, in overleg met betrokkenen, besloten dat we ook hierover gingen meedenken. Vooral ook omdat de behandeling al gedurende een zeer lange periode (opname HIC langer dan een jaar) niet tot het gewenste effect had geleid. Ook bleef het opvallend dat Elise de episoden van heftige klachten stevast op hetzelfde moment in haar cyclus had: haar klachten begonnen vanaf halverwege haar cyclus, verergerden verderop in de luteale fase en verdwenen na de menstruatie.

Door dossieranalyse, anamnestiche gesprekken en literatuuronderzoek vonden wij de diagnose Premenstrual Dysphoric Disorder (PMDD) beter passen bij de klachten van Elise. Ouders herkennen daar alle kenmerken van en ook moeder en zus van moeder hadden (wel in mindere mate) last van cyclusafhankelijke stemmingsklachten.

Wij hebben Elise toen verwezen naar de Stichting PMDD Nederland voor verder advies. De moeder van Elise heeft contact gezocht met hen. Elise is een klachtendagboek bij gaan houden. De behandelend kinderpsychiater van de HIC heeft daarna contact gelegd met een gynaecologe van het regionale ziekenhuis. Elise werd daar in consult gezien, werd daarna behandeld met een speciale anticonceptiepil (met ethinylestradiol en drospiridon) en kreeg een antidepressivum voorgeschreven voor één week per maand rond de ovulatie, volgens de laatste inzichten van de behandeling van

PMDD. De haloperidol en de lithium konden gestopt worden.

Behandeling van PMDD

De behandeling van PMDD bestaat vaak uit een combinatie van voedings- en levensstijladviezen, psychotherapie en farmacologische interventies. Farmacologische interventies bestaan uit het voorschrijven van een selectieve serotonine heropnameremmer (SSRI) in de week rond de ovulatie (of langer als dit onvoldoende werkt) en/of een anti-conceptiepil die effectief is gebleken bij het verminderen van symptomen bij PMDD (Terwisscha van Scheltinga & Terwisscha van Scheltinga, 2023).

Resultaat

Twee maanden na de start van het nieuwe behandelbeleid waren de terugkerende episodes met heftige klachten verdwenen. Elise is met ontslag gegaan van de HIC en kreeg thuisbegeleiding met onder andere een begeleidster die ervaringsdeskundig is en haar ook van leefstijladviezen en voedingsadvies voorzag. Tijdens ons laatste contact zagen we een ware gedaanteverwisseling bij Elise: ze was weer vrolijk en zag met vertrouwen de toekomst tegemoet.

Elise weet dat haar perfectionistische inslag bij haar hoogbegaafdheid, de ingewikkeldheden in de relatie met haar vader en haar moeder in het verleden en de relatie met haar broer punten van aandacht zijn. Ze heeft er zin in om weer met school te beginnen. Ze zal starten met de havo. Het zal een uitdaging worden om niet steeds de beste te willen zijn, maar daar is ze zich van bewust. Ze vertelt dat haar stiefvader het goed in de gaten heeft als ze zichzelf te veel spanning oplegt. Ze is aangemeld voor poliklinische (trauma)behandeling in de jongvolwassenenpsychiatrie en zal doorgaan met de begeleiding door de ervaringsdeskundige.

Discussie

De casus illustreert hoe ingewikkeld het kan zijn om de diagnose PMDD op tijd en op een goede manier te stellen. In de praktijk blijkt dat vrouwen

wel vaker ten onrechte de diagnose bipolaire stoornis of psychotische stoornis hebben gekregen, terwijl er later sprake bleek van PMDD. Bipolaire stoornis en PMDD kunnen met elkaar verward worden omdat beide geassocieerd worden met extreme stemmingswisselingen en neerslachtigheid. PMDD-symptomen zijn echter gekoppeld aan de menstruatiecyclus: ze verschijnen na de ovulatie en verdwijnen tijdens de menstruatie. Stemningswisselingen bij een bipolaire stoornis, waaronder manie en depressie, kunnen echter op elk moment optreden en zijn niet strak gekoppeld aan een specifiek biologisch menstruatiecyclus.

In deze casus heeft het lang geduurd voordat de diagnose PMDD gesteld is. De eerste behandeling van Elise gericht op trauma moest worden afgebroken omdat zij ontregelde qua stemming, angst en agressie. De hypothese was toen dat ze door haar persoonlijkheidskenmerken een nog onvolgende stabiele basis had om haar trauma's te verwerken en dat haar stemming daarop ontregelde. Later verergerden haar stemmingsklachten en agressie zodanig dat een opname nodig was op de HIC en deels in de EBK om te zorgen dat zichzelf en anderen niet in gevaar zou brengen. Wat zich voordeed als verschil van mening tussen ouders en het behandelteam over hoe het verder moest in de behandeling, heeft zich gelukkig kunnen keren nadat het vermoeden van PMDD steeds sterker werd. Hormonale oorzaken voor de stemmingswisselingen van Elise waren eerder wel overwogen. Maar omdat ze een anticonceptiepil slikte, werd onterecht aangenomen dat de hormonale invloed geen rol meer kon spelen bij de klachten van Elise. Dat de kinderpsychiater er zo over dacht, is goed voorstelbaar. Vroeger werd daar namelijk van uitgegaan. De nuttige informatie van de Stichting PMDD Nederland heeft inmiddels tot veel kennistoename op dat vlak geleid. De gezamenlijke farmacologische aanpak van de kinderpsychiater, de gynaecoloog en de thuiszorg (ook gericht op ervaringsdeskundigheid met leefstijl- en voedingsadviezen) hebben goed effect gehad. Herkenning en erkenning van de klachten is ook in deze casus vertraagd. Maar een recent onderzoeksrapport (PMDD Nederland, 2025), gebaseerd

op een vragenlijst onder 253 mensen met PMDD, laat zien dat deze casus daarop geen uitzondering vormt:

- Respondenten kregen gemiddeld pas na 13 jaar een diagnose PMDD.
- Bij 67% begonnen de klachten voor het 25ste levensjaar.
- 60% heeft ooit suïcide overwogen en 58% ervaart terugkerende suïcidale gedachten.
- 87% geeft aan dat PMDD een grote impact heeft op hun gezin.

Conclusie

PMDD bij jongvolwassenen zoals Elise heeft een grote impact op hun ontwikkeling en dagelijkse leven. Een juiste diagnose, gebaseerd op een uitgebreide klachtenregistratie en uitsluiting van andere oorzaken, is essentieel. De verwarring met een bipolaire stoornis is begrijpelijk, maar hiermee ook te voorkomen. Het vergroten van kennis over de diagnostiek en behandeling van PMDD zou daarom goed zijn voor (aankomende) hulpverleners in de (Jeugd)GGZ en Jeugdzorg. Gelukkig is het behandelteam van Elise, samen met ouders en na consultatie, een andere koers gaan varen. Dat was voor iedereen spannend, maar heeft voor Elise gelukkig levensveranderend uitgepakt.

Over de auteur



Dr. Mijne M.M. Janssen
is kinder- en jeugdpsychiater
en systeemtherapeut;
landelijkbureau@cce.nl

Met dank aan ouders en Elise voor hun toestemming voor het beschrijven van deze casus in dit artikel. Harrie Kooistra (CCE) voor de samenwerking tijdens de consultatie. Annelies Stoorvogel (CCE) voor de administratieve ondersteuning.

Geraadpleegde literatuur kunt u vinden bij het betreffende artikel op:

www.tijdschriftvoororthopedagogiek.nl