

Traumabehandeling bij personen met een verstandelijke beperking



Barbara van Blanken, Gz-psycholoog, orthopedagoog en EMDR-therapeut

(Dit artikel is een bewerking van het artikel in het tijdschrift 'Onderzoek en praktijk' voorjaar 2018 "Traumabehandeling kan wel! De toepassing van de Slapende honden-methode bij jeugdigen en volwassenen met een verstandelijke beperking en complex trauma")

Samenvatting

Traumatisering wordt bij personen met een verstandelijke beperking (VB) vaak niet herkend. Behandeling richt zich vaak op hieruit voortkomende psychische symptomen of gedragsproblemen. Als de onderliggende traumatisering onbehandeld blijft, zijn deze behandelingen onvoldoende effectief of kunnen de klachten verergeren. Ook als het trauma wel wordt herkend, wordt in de praktijk vaak afgezien

van een behandeling gericht op het verwerken van traumatische herinneringen, omdat de persoon en zijn systeem niet 'stabiel' genoeg zijn en men geen 'slapende honden wakker wil maken'. De complexe traumatisering, het systeem waarin de persoon opgroeit en een veelheid aan problemen in het dagelijks leven bemoeilijken het vormgeven van een traumabehandeling vaak. De methode 'Slapende Honden? Wakker maken!' geeft in dergelijke gevallen handvatten voor een gestructureerde, systeemgerichte benadering.

Inleiding

Traumatisering komt veel voor bij personen met een verstandelijke beperking (VB). Enerzijds doordat ze vaker worden blootgesteld aan traumatische ervaringen en anderzijds doordat ze minder goed in staat zijn deze gebeurtenissen op een natuurlijke wijze te verwerken¹. Het doel van dit artikel is de lezers kennis te laten maken met de methode 'Slapende honden? Wakker maken!'² die, in combinatie met een traumaverwerkingsbehandeling zoals eye-movement desensitization and reprocessing³, geschikt is als behandelvorm bij getraumatiseerde personen met VB. In dit artikel wordt de methode toegelicht met de casus van Daisy¹.

Complexe traumatisering

Traumatisering bij personen met een VB is vaak complex. Er kan sprake zijn van mishandeling, misbruik, verwaarlozing en/of een onveilige hechting. Daarnaast kan de VB leiden tot onbegrip, veelvuldige faalervaringen en pestervaringen. Naarmate jeugdigen met een verstandelijke beperking ouder worden, wonen ze doorgaans in een pleeggezin, gezinshuis of instelling, waarbij het risico op traumatische ervaringen niet kan worden uitgesloten¹. Ook medische problemen en dus medisch trauma komen vaker voor bij deze doelgroep⁴. Er zijn minder beschermende factoren aanwezig, zoals sociale steun en een veilige hechting. Daarnaast is vaak minder begrip van wat er is gebeurd⁵.

Daisy is een jonge vrouw met een lichte verstandelijke beperking. Ze is op 18-jarige leeftijd in zorg gekomen bij het Centrum Verstandelijke Beperking en Psychiatrie (CVBP). Ze is in de loop van haar leven gediagnosticeerd geweest met onder andere een angststoornis en schizofrenie. Bij eerdere diagnostiek- en behandeltrajecten was trauma als oorzaak van de klachten nog niet als zodanig herkend. Vanaf zeer jonge leeftijd was Daisy getuige van huiselijk geweld tussen haar ouders. Vanaf 6-leeftijd is ze ook zelf slachtoffer van psychisch en fysiek geweld, en ernstig seksueel misbruik. Vader mishandelde ook moeder en broertje. Hij misbruikte Daisy onder dreiging van geweld en liet haar tegen betaling misbruiken door anderen. Hij vernielde haar speelgoed en vertelde haar dat ze dit geweld moest ondergaan omdat de duivel in haar zou zitten.

Onbehandelde vroegkinderlijke traumatisering kan verregaande gevolgen hebben op alle ontwikkelingsgebieden^{6,7,8} en ook bij Daisy werden de problemen steeds groter. Toen Daisy negen was, ontvluchtte moeder met beide kinderen de onveilige thuissituatie. Bij Daisy werd de verstandelijke beperking vastgesteld, waarna ze naar het speciaal basisonderwijs ging. De vroegkinderlijke, chronische traumatisering werd toen niet herkend. Op 11-jarige leeftijd kreeg moeder een nieuwe partner, die Daisy

wederom seksueel misbruikte. Ze werd ook misbruikt door haar opa, die tevens haar moeder had misbruikt. Op 12-jarige leeftijd kwam Daisy in zorg bij de kinderveerpsychiatrie. Hier werd een angststoornis vastgesteld. De behandeling had weinig effect. Op 16-jarige leeftijd werd Daisy gedwongen opgenomen, toen ze last had van angst, het horen van stemmen en zelfverwonding. Ze is gesepareerd geweest, wat tevens een zeer angstige ervaring voor haar is geweest.

Traumabehandeling

EMDR is tegenwoordig een belangrijke behandelmogelijkheid voor kinderen, jongeren en volwassenen met een posttraumatische stressstoornis^{9,10}. Deze behandeling richt zich op het verwerken van traumatische herinneringen, zodat deze in het hier en nu geen klachten meer veroorzaken. Ook voor personen met VB is EMDR een geschikte, doeltreffende behandeling¹.

Bij aanmelding was Daisy erg angstig en in zichzelf gekeerd. Ze had voortdurend last van nare herinneringen. Ze had herbelevingen, dissociaties, nachtmerries en boze stemmen in haar hoofd die haar zeiden zichzelf te haten en te verwonden. Ze had een negatief zelfbeeld en was erg bang voor mannen. Ze was schrikachtig en bang bij iedere aanraking. Ze werd in diverse dagelijkse situaties herinnerd aan haar trauma's en werd hierdoor belemmerd in haar functioneren.

De diagnose posttraumatische stressstoornis (PTSS) met dissociatieve symptomen werd gesteld.

In de praktijk wordt meestal geadviseerd om de trauma's met rust te laten tot de cliënt eraan toe is. Op deze manier worden dus geen 'slapende honden wakker gemaakt'. Dat het ook anders kan, laat het vervolg van de casus zien.

Daisy was erg gemotiveerd voor behandeling en er werd EMDR-behandeling gestart. Hierop verergerden haar klachten, automuteerde ze en werd ze suïcidaal. Ze moest worden opgenomen in de psychiatrie. Na enkele maanden werd ze ontslagen naar huis. Poliklinisch werd behandeling opgestart met de methode 'Slapende Honden'.

Er is discussie over de vraag of bij een verergering van klachten de traumabehandeling moet worden gestaakt, of dat juist interventies moeten worden ingezet om de cliënt te versterken. Door de behandeling te faseren wordt gestreefd naar het hanteerbaar maken van de instabiliteit; een 'good enough stability'. Oftewel, een mate van stabiliteit die voldoende is voor de jeugdige om de traumaverwerkingssessies te kunnen doorstaan. Een zorgvuldige analyse van de situatie is belangrijk, om zo een plan te maken om deze delicate balans te bereiken. De Slapende Honden methode biedt hiervoor een kader.

Gefaseerde trauma-focused behandeling met de Slapende Honden methode

Slapende Honden is een gefaseerde behandelmethode voor vroegkinderlijk, chronisch getraumatiseerde personen die voorbereiding nodig lijken te hebben om met traumaverwerking te kunnen starten. Voorafgaand aan de behandeling wordt een analyse gemaakt van de cliënt en zijn of haar netwerk aan de hand van zes testen. Zo wordt in kaart gebracht wat mogelijke redenen zijn voor het niet kunnen of willen starten met traumaverwerking. Aan de hand van die analyse wordt een plan gemaakt met interventies om de mogelijke blokkades voor de cliënt en zijn of haar netwerk op te heffen (in de stabilisatiefase van behandeling). Als de blokkades zijn opgeheven en de cliënt kan en wil starten met traumaverwerking, dan volgt de fase van traumaverwerking waarin de traumatische herinneringen, die de klachten veroorzaken, worden verwerkt.

In de daaropvolgende integratiefase wordt gewerkt aan het integreren en consolideren van veranderen en het vergroten van de weerbaarheid tegen nieuwe mogelijke traumatisering in de toekomst.

De Slapende Honden methode is een systeemgerichte methode en biedt niet alleen structuur bij het vormgeven van de behandeling, maar beschrijft tevens hoe er kan worden samengewerkt met ouders en begeleiders. De methode kan een mooi concreet kader bieden om hen inzicht te geven wat het trauma van de cliënt betekent en hoe er samen met de behandelaar kan worden gewerkt aan het stabiliseren van de cliënt, zodat traumaverwerking uiteindelijk mogelijk is. De Slapende Honden methode, inclusief de toepassing van deze methode bij personen met een verstandelijke beperking, staat uitgebreid beschreven in het boek *Slapende Honden? Wakker maken!* ².

Analyse en stabilisatie met behulp van de Zes Testen

De Slapende Honden methode maakt gebruik van de 'Zes Testen', ontwikkeld naar het model van de 'Drie Testen' voor volwassenen ¹, om een analyse te maken van de mate van stabiliteit van de jeugdige en zijn of haar systeem en om de mogelijke redenen in kaart te brengen voor het niet willen of kunnen praten over zijn of haar traumatische herinneringen door het kind.

Test 1: Veiligheid

In de eerste test, Veiligheid, kijkt de behandelaar naar de veiligheid van de cliënt aan de hand van vragen als: Is de cliënt veilig nu? Zou het kunnen zijn dat de cliënt zich nog niet voldoende veilig voelt of bang is? Of dat hij of zij niet met ouders er over mag praten? Is er pedagogische veiligheid, heeft de persoon een hechtingsfiguur die hem/haar steunt en stimuleert?

Bij de eerste test werden Daisy's persoonlijk begeleider, moeder en man betrokken. Met moeder werd besproken dat het belangrijk was dat Daisy over haar herinneringen kon praten. Ook werd duidelijk dat er sinds jaren geen contact meer was met de plegers van het misbruik en de mishandeling. Met de man van Daisy werden duidelijke afspraken gemaakt over de seksualiteit binnen hun relatie. De persoonlijk begeleider was bij de afspraken betrokken.

Test 2: Dagelijks leven

Onrust in het dagelijks leven kan een reden zijn om niet te willen of kunnen praten over trauma's. In de tweede test komen de problemen in het Dagelijks leven aan de orde. Zou de cliënt teveel problemen ervaren, zodat er niet nog meer bij kan?

Of is de cliënt bang dat zijn of haar gedragsproblemen erger worden en hij of zij van school gestuurd wordt of uit huis moet? Is er sprake van nachtmerries en hoe kan de cliënt leren om hiervan minder last te hebben? Hoe zit het met het dag- en nachtritme? Is er een goede dag invulling zoals school of werk? Is er sprake van verslaving?

Met name bij deze test is de begeleiding vaak nodig, omdat zij vaak een goed inzicht hebben in hoe de cliënt functioneert in het dagelijks leven.

Daisy had een duidelijke dag invulling met dagbesteding op de zorgboerderij en de zorg voor haar hond. Ze ontving ambulante begeleiding vanuit haar dagbestedingslocatie. Het slapen werd regelmatig verstoord door nachtmerries; er werd een nachtmerrie-protocol opgesteld om meer rust te creëren.

Test 3: Hechting

Problemen in de hechtingsrelaties, test 3 Hechting, kunnen ook een reden zijn dat een cliënt niet over zijn of haar nare herinneringen wil of kan praten. Hij of zij wil papa of mama bijvoorbeeld niet overstuur maken. Of, bij een uithuisplaatsing, is een jeugdige bang niet meer naar huis te mogen. Of een jeugdige maakt onvoldoende gebruik van de hechtingsfiguur om hem of haar te troosten en te reguleren, en het is de verwachting dat de persoon dermate zal dissociëren tijdens traumaverwerking, dat de traumaverwerking stagneert.

De moeder en man van Daisy waren haar belangrijkste hechtingsfiguren. Daisy ervaaarde veel steun van hen, maar bij oplopende emoties konden ze niet altijd de rust bewaren. In deze situatie kon de persoonlijk begeleider van moeder zorgen voor emotionele stabiliteit. Gezamenlijk had dit netwerk om Daisy heen voldoende steun en stabiliteit, een 'good enough stability'.

Test 4: Emotieregulatie

Vroegkinderlijk, chronisch getraumatiseerde personen hebben doorgaans ook problemen in de emotieregulatie⁷. Angst voor gevoelens, zoals boosheid, verdriet of angst, en een gebrek aan emotieregulatie kunnen ook redenen zijn voor cliënten om niet te willen of te kunnen praten over hun trauma's. Het kan ook zijn dat een begeleidings-team van een instelling daarom afziet van traumabehandeling. Hier wordt in test 4, Emotieregulatie, naar gekeken. Hierbij leert de cliënt wat de 'Window Of Tolerance' is en hoe hij/zij kan leren om binnen het WOT te blijven of er weer in terug kan komen.

Test 5: Cognitieve Shift

Bij de meeste vroegkinderlijk, chronisch getraumatiseerde kinderen zijn hun ouders verantwoordelijk voor de traumatisering¹¹. Omdat ouders verantwoordelijk zijn voor de veiligheid en kinderen van hen afhankelijk zijn, kunnen kinderen ingewikkelde negatieve cognities ontwikkelen over de traumatische ervaringen¹². Ze kunnen verantwoordelijkheid ervaren voor de mishandeling, misbruik of verwaarlozing. Dit gebeurt veelal in situaties waarin ouders het kind ook daadwerkelijk beschuldigen. Tijdens traumaverwerking moet de persoon zich gaan realiseren dat het niet zijn of haar schuld was en dat hij of zij geen slecht kind is. In test 5, de Cognitieve Shift, wordt bekeken in hoeverre de persoon voorbereiding nodig heeft om die verschuiving in cognitie mogelijk te maken.

De ontwikkeling van Daisy's gevoelens en gedachten gerelateerd aan de traumatische ervaringen ging moeizaam. Ze voelde zich schuldig en had moeite haar boosheid toe te staan. Om deze reden werd gestart met psychomotorische therapie (PMT). De PMT werd afgewisseld met ervaringsgerichte (gespreks)therapie; beide waren gericht op het zelfbeeld en assertiviteit. Daarnaast spraken Daisy's moeder en man uit dat de trauma's niet haar schuld waren. Dit gaf een uiteindelijke doorbraak in haar therapie en haar zelfbeeld ontwikkelde zich positief. Ze kon beter voor zichzelf opkomen en had minder last van schuldgevoelens en herbelevingen. De omgeving werd hierbij betrokken, omdat ze zich in dagelijkse situaties anders opstelde.

Test 6: De Notendop

De Notendop, test 6, ten slotte, is een proef op de som om te kijken of de persoon al in staat is om een overzicht te maken van zijn of haar traumatische herinneringen, zonder hierbij overspoeld te raken. Als dat lukt, is de persoon klaar voor de verdere traumaverwerking.

Toen Daisy voldoende stabiel leek (namelijk niet meer dissocieerde, zichzelf niet meer beschadigde en nauwelijks nog nachtmerries en herbelevingen had), werd het overzicht van haar trauma's opnieuw met haar bekeken.

Daisy kon deze herinneringen nu noemen zonder ontregeld te raken.

EMDR

In twaalf sessies kon Daisy nu haar trauma's verwerken met behulp van EMDR. Ze was goed in staat om binnen haar Window of Tolerance te blijven.

Integratiefase

In de integratiefase wordt met de Slappende Honden-interventies verder gewerkt aan het herstel en het opnieuw leren leven na traumabehandeling.

De integratiefase duurde tien maanden. Daisy leerde omgaan met de nieuwe situatie. Haar medicatie kon worden afgebouwd. Ze kreeg aandacht voor het maken van vrienden, het omgaan met haar eigen seksualiteit en het zoeken naar een dag invulling die aansloot bij haar interesses. De omgeving van Daisy moest eraan wennen dat Daisy geen terugvallen meer kreeg. De traumabehandeling heeft in totaal drie jaar geduurd en werd twee jaar geleden afgesloten. Sindsdien is Daisy stabiel en bouwt aan haar eigen leven.

Systeemgericht werken

Een centraal uitgangspunt van de Slappende Honden methode is de systeemgerichte visie en samenwerking met het netwerk. Niet alleen bij jeugdigen, maar ook bij volwassenen met een verstandelijke beperking is het noodzakelijk om systeemgericht te werken met het netwerk om verschillende redenen². Personen met een verstandelijke beperking hebben meer moeite om hun situatie en klachten te overzien en over te brengen op de behandelaar, en om nieuwe inzichten te generaliseren en toe te passen. De verzorger of begeleider kan hierbij helpen en is bij voorkeur aanwezig bij de behandeling. Indien mogelijk is het wenselijk om ouders te betrekken bij de behandeling. Als ouders, een partner of familieleden zelf ook een verstandelijke beperking hebben, kan met de hun eigen begeleiding worden samengewerkt om de instabiliteit van het netwerk rondom de cliënt hanteerbaar te houden.

Ook als biologische ouders (mede-)verantwoordelijk zijn voor de traumatisering worden ze, indien mogelijk en veilig, betrokken bij de behandeling. Zij kunnen hun kind toestemming geven om te praten over de herinneringen, hen ontschuldigen en indien mogelijk excuus maken.

Beschouwing

Traumatisering komt veel voor bij jeugdigen en volwassenen met een verstandelijke beperking, maar wordt nog te weinig onderkend en behandeld. Traumabehandeling kan echter klachtenverlichting geven en bijdragen aan de kwaliteit van leven. Daarnaast kan traumabehandeling

ling mogelijk bijdragen aan het voorkomen van herhaald slachtofferschap. 'Slapende Honden' is een methode waarmee in kaart kan worden gebracht waarom getraumatiseerde jeugdigen en volwassenen mogelijk niet over hun traumatische herinneringen willen of kunnen praten en wat hun mogelijke blokkades zijn, om deze vervolgens met interventies op te heffen en hen voor te bereiden op traumaverwerking. Deze methode kan goed worden toegepast bij kinderen, jeugdigen en volwassenen met een verstandelijke beperking, voor wie traumabehandeling aanvankelijk onmogelijk leek. Dit werd geïllustreerd aan de hand van een beschrijving van de casus van Daisy, een meisje met een verstandelijke beperking bij wie pas na zeventien jaar en een uiteenlopend scala aan misdiagnoses en klinische opnames, de traumatisering werd vastgesteld. Zij werd met succes behandeld met behulp van de methode 'Slapende Honden'.

Literatuurlijst

- ¹ Mevisen, L., & Didden, R. (2017). Systeemgerichte diagnostiek en behandeling van psychotrauma bij jeugdigen met een licht verstandelijke beperking. *Onderzoek en Praktijk*, 15 (1), 6-14.
- ² Struik, A. (2016). *Slapende honden? Wakker maken!* Amsterdam: Pearson Assessment and Information B.V.
- ³ Shapiro, F. & Forrest, M.S. (2001). *EMDR: The Breakthrough Therapy for Overcoming Anxiety, Stress and Trauma*. Basic books. Apeldoorn: Maklu Uitgevers
- ⁴ Mevisen, L. (2016). EMDR bij mensen met een verstandelijke beperking in
- H.J. Oppenheim, H. Hornsvelt, E. Ten Broeke, & A. De Jongh (Eds.), *Praktijkboek EMDR Deel II. Toepassingen voor nieuwe patiëntengroepen en stoornissen*. Amsterdam, The Netherlands: Pearson Assessment and Information.
- ⁵ Scharloo, A., Ebbers, S., & Spijker, M. (2013). *SOS-snelle opvang bij seksueel misbruik van mensen met een verstandelijke beperking: een praktisch handboek*. Houten, The Netherlands: Bohn Stafleu van Loghum.
- ⁶ Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V. & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. *The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study*. *Am J Prev Med*, 14(4), 245-258.
- ⁷ Schore, A.N. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant mental health journal*, 22 (1-2), 201-269.
- ⁸ Van der Kolk, B., Pynoos, R., Cicchetti, D. C., M., D'Andrea, W., Ford, J., Lieberman, A. P. & Teicher, M. (2009). Proposal to include a developmental trauma disorder diagnosis for children and adolescents in DSM-V. Retrieved from Un-published. <http://www.traumacenter.org/about/Conference2011.php>.
- ⁹ Cohen, J. A., Bukstein, O., Walter, H., Benson, S. R., Chrisman, A., Farchione, T. R. & Medicus, J. (2010). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(4), 414-430.
- ¹⁰ World Health Organization. (2013). *Guidelines for the management of conditions specifically related to stress*. Geneva, Switzerland: WHO.
- ¹¹ Sedlak, A. J., Mettenburg, J., Basena, M., Petta, I., McPherson, K., Greene, A., & Li, S. (2010). *Fourth National Incidence Study of Child Abuse and Neglect (NIS-4): Report to Congress*. Retrieved from Washington, DC: Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families.
- ¹² Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Herbert, C., & Mayou, R. A. (2003). A randomized controlled trial of cognitive therapy, a self-help booklet, and repeated assessments as early interventions for post-traumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*, 60(10), 1024-1032. ■

Katatonie



Janina Bron, AVG i.o. ¹



Yvette de Waard-Alblas, AVG i.o. ²



Gerda de Kuijper ³

- ¹ 's Heerenloo, Ermelo
- ² De Twentse Zorgcentra
- ³ GGZ Drenthe/Centrum Verstandelijke Beperking en Psychiatrie, Assen, Nederland

Samenvatting

- Katatonie is een ontregeling van het motorische systeem
- Prevalentie: 20% van de mensen met een acuut psychiatrisch beeld. Verschillende studies naar prevalentie van katatonie bij mensen met ASS melden cijfers tussen 6-20%, hierbij wordt geen onderscheid gemaakt op aanwezigheid van een verstandelijke beperking. Er zijn geen prevalentiecijfers bekend bij mensen met een verstandelijke beperking.
- 4 subtypen: stuporeus, met opwindingsstoestand, lethaal, periodiek
- DSM-5: katatonie bij andere psychische stoornis, katatonie stoornis door somatische aandoening, ongespecificeerde katatonie
- BFCRS valide instrument voor mensen zonder VB, echter geen onderzoek bij mensen met VB
- Behandeling met lorazepam of ECT, vanuit aantal case-reports ook positieve effecten bij mensen met VB
- Advies: onderzoek naar katatonie specifiek bij mensen met VB met betrekking tot prevalentie, diagnostiek en behandeling

Inleiding

In 1874 werd de term katatonie voor het eerst beschreven door de Duitse psychiater Kahlbaum. Hij zag katatonie als een uniek ziektebeeld. In 1919 omschreef Kraplin katatonie als een subtype van schizofrenie. Uit onderzoek is echter gebleken dat katatonie niet alleen voorkomt bij schizofrenie, maar onder andere ook bij psychose, affectieve stoornis, medicatie geïnduceerd en verscheidene somatische aandoeningen.¹ In de DSM-5 wordt katatonie daarom ook omschreven als katatonie bij een andere psychische stoornis (als specificatie), katatonie door een somatische aandoening of als ongespecificeerde katatonie.² Uit onderzoek blijkt dat katatonie ook voorkomt bij mensen met een autisme spectrum stoornis en/of verstandelijke beperking, waarbij onderliggend geen andere oorzaak werd gevonden.³ De DM-ID 2 komt overeen met de DSM-5, echter wel met een belangrijke kanttekening dat oplettenheid is geboden gezien de overlap van symptomen bij een (zeer-ernstige) verstandelijk beperking en/of autisme (zie bijlage I).⁴

Uit verschillende onderzoeken blijkt dat katatonie wordt ondergediagnosticeerd.⁵ De literatuur kent een spreiding in prevalentie, maar het komt voor bij 20% van de mensen met een acuut psychiatrisch beeld.⁵ Er is geen prevalentie beschikbaar van katatonie bij mensen met een verstandelijke beperking. Verschillende studies tonen aan dat de prevalentie van katatonie bij autisme spectrum stoornis (ASS) varieert tussen 6-20%, hier wordt echter geen onderscheid gemaakt in ASS met of zonder een verstandelijke beperking.⁶

Uit de literatuur wordt verondersteld dat katatonie bij autisme spectrum stoornis onvoldoende wordt herkend vanwege gebrek aan bewustheid en/of door de overlapping van motorische en gedragssymptomen van autisme.⁷ Indien katatonie niet in een vroeg stadium wordt gediagnosticeerd kan dit leiden tot een groot risico op ernstige morbiditeit en mortaliteit.⁸

Hieronder bespreken we wat er in de literatuur tot dusver nog meer bekend is over katatonie bij mensen met een verstandelijke beperking, hoe de diagnose wordt gesteld en de behandelopties.

Wat is katatonie?

"... the patient remains entirely motionless, without speaking, and with a rigid, mask-like facies, the eyes focused at a distance; he seems devoid of any will to move or react to any stimuli; there may be fully developed "waxen" flexibility, as in cataleptic states, or only indications, distinct, nevertheless, of this striking phenomenon. The general impression conveyed by such patients is one of profound mental anguish..."

Karl Ludwig Kahlbaum, 1874

Kenmerkend voor katatonie is de ontregeling van het motorisch systeem. Katatonie ontstaat vaak acuut en openbaart zich door een verscheidenheid aan motorische symptomen, zoals katalepsie, mutisme en negativisme. Er zijn 4 verschillende subtypes van katatonie:¹

- stuporeuze katatonie: patiënt is vrijwel geheel bewegingsloos en mutistisch, reageert niet of nauwelijks op externe stimuli
- katatonie met opwindingsstoestand: overmatige beweeglijkheid, verwardheid, incoherente spraak en desoriëntatie
- lethale of maligne katatonie: acuut ontstaan en gaat gepaard met koorts en autonome instabiliteit
- periodieke katatonie: snel ontstaan van kortdurende, terugkerende episodes van hypo- of hyperkinetische katatonie

De symptomen die kunnen passen bij katatonie zijn onder te verdelen in 4 groepen: motorische verschijnselen, terugtrekgedrag, opwinding en bizar, zich herhalend gedrag (tabel 1).¹

Tabel 1. Symptomen van katatonie¹

Motorische symptomen	Terugtrekgedrag	Opwinding	Bizar, zich herhalend gedrag
Stupor/ onbeweeglijkheid	Mutisme	Hyperactiviteit	Grimasseren
Katalepsie	Staren	Impulsiviteit	Echolalie
Rigiditeit	Negativisme	Ongerichte, potentieel gevaarlijke agressie	Echopraxie
Flexibilitas cerea	Weigeren van eten en drinken	Autonome instabiliteit	Stereotypie
			Maniërismen
			Perseveratie/ Verbigeratie
			Bevelsautomatisme
			Mitmachen
			Gegenhalten
			Ambitendentie

De pathofysiologie van katatonie is nog onduidelijk. In een review beschrijft Sienaert een aantal hypothesen.⁹ Hieruit komt onder andere naar voren dat een aantal symptomen mogelijk verklaard kunnen worden door ontregeling van het frontale hersencircuit. Zo zijn er aanwijzingen voor abnormale elektrische ontladingen in de frontale kwabben en het anterieur limbische systeem. Tevens is met SPECT een slechtere doorbloeding van de prefrontale-pariëtale cortex aangetoond bij mensen met katatonie. Vanuit meerdere reviews wordt beschreven, dat een dysfunctie van het GABA-systeem mogelijk een rol heeft in de ontwikkeling van katatonie. Rasmussen geeft hiervoor in zijn review meerdere interpretaties. Zowel het positieve effect van benzodiazepines en extreme angst die mensen kunnen benoemen pleiten hiervoor, maar ook het feit dat meerdere symptomen van katatonie lijken op parkinsonisme.¹⁰ Dit laatste is verbonden met het feit dat de meeste neuronen in de basale ganglia GABA-erge zijn. Een verhoging van het homo-vanillezuur, een metabooliet van dopamine, bij mensen met katatonie geeft mogelijk een indicatie voor hypo-activiteit van de dopamine functie.^{1,9}

Diagnose stellen

Als we kijken naar de DSM-5 dan is er sprake van katatonie als er drie of meer van de kenmerkende symptomen aanwezig zijn met daarnaast een psychische of somatische aandoening of waarbij de onderliggende oorzaak onduidelijk is, de zogeheten ongespecificeerde katatonie (bijlage I).² Katatonie bij mensen met een verstandelijke beperking valt onder de categorie katatonie bij een andere psychische stoornis (katatonie bij een neurobiologische ontwikkelingsstoornis), indien er geen andere psychische of somatische oorzaak (onderliggend aan de verstandelijke beperking) is van de katatonie.

Om de aanwezigheid van katatonie vast te stellen zijn door de jaren heen verschillende meetinstrumenten ontwikkeld.

Uit een systematische review van Sienaert, Rooseleer en de Fruyt over beoordelingsschalen bij katatonie komt naar voren dat er zes bruikbare schalen zijn, waarvan de Bush-Francis Catatonia Rating Scale (BFCRS) de meest gebruikte schaal is in de klinische praktijk als ook in onderzoek. Daarnaast is de schaal gevalideerd en betrouwbaar.^{11, 12} Echter, is deze schaal wel toepasbaar bij mensen met een verstandelijke beperking?

Bush-Francis Catatonia Rating Scale (BFCRS)

The BFCRS bestaat eigenlijk uit 2 schalen. De zogeheten Bush-Francis Catatonia Screening Instrument (BFCI), waarbij alleen de aan- of afwezigheid van symptomen wordt gescreend en de Bush-Francis Catatonia Rating Scale (BFCRS) waarbij de ernst van katatonie wordt gescoord. Beide schalen worden aan de hand van een vaste onderzoeksprocedure gescoord door directe observaties van de cliënt (tabel 2).

De schaal bestaat uit 23 items (bijlage II), waarvan de BFCI de eerste 14 items omvat. Hierin wordt zoals eerder benoemd de aan- of afwezigheid van symptomen gescoord. Indien er sprake is van ≥ 2 symptomen gedurende 24 uur kan de diagnose katatonie worden gesteld.^{11, 12, 13} Echter, als we kijken naar de DSM-5 dan kan de diagnose katatonie worden gesteld indien er ≥ 3 van de 12 symptomen aanwezig zijn. De symptomen uit de BFCI en DSM-5 komen grotendeels overeen, echter zijn er ook verschillen. Zo bestaat de BFCI uit meer symptomen en komen een aantal symptomen niet voor in de DSM-5 (opwinding, teruggetrokkenheid, rigiditeit, verbigeratie en staren). In de DSM-5 wordt 'agitatie niet onder invloed van externe stimuli' en 'poseren' als symptoom benoemd, welke niet voorkomen in de BFCI.²

De BFCRS (bijlage II) bestaat uit items 1-23, waarvan 1-14 overeenkomt met de BFCI. Deze schaal wordt gebruikt om de ernst van de symptomen vast te stellen. Om de ernst vast te stellen worden de items op een schaal van

Tabel 2. Onderzoeksprocedure BFCRS

1. Observeer de patiënt terwijl u pogingen onderneemt hem/haar in een gesprek te betrekken.
- Activiteitsniveau – Abnormale bewegingen – Abnormale spraak.
2. De onderzoeker krabt zichzelf op overdreven wijze. – Echopraxie.
3. Onderzoek de arm op het tandradfenomeen. Poging tot herpositionering: instrueer de patiënt om 'de arm ontspannen te houden' – beweeg de arm met afwisselend relatief weinig en veel kracht. – Negativisme – Wasachtige soepelheid – Gegenhalten.
4. Vraag de patiënt de arm (voor zich uit) te strekken. Plaats één vinger onder zijn/haar hand en tracht deze langzaam verder omhoog te tillen na de instructie: 'Laat uw arm NIET door mij opheffen' – Mitgehen
5. Steek uw hand uit terwijl u het volgende zegt: 'Geef mij GEEN hand' – Ambitendentie
6. Steek uw hand in uw broekzak en zeg: 'Steek uw tong uit, ik wil er een naald in steken.' – Automatisch gehoorzamen.
7. Controleer of de grijpreflex aanwezig is. – Grijpreflex
8. Bekijk de aantekeningen van de afgelopen 24 uur in het patiënten rapport. Let daarbij in het bijzonder op orale inname, vitale tekens of enig incident.
9. Streef ernaar de patiënt ten minste elke dag voor korte tijd indirect te observeren.

Tabel 3. Behandeling van acute katatonie volgens richtlijn NVvP

Stap 1	- Lorazepam 3dd1mg oraal (bij weigering overweeg i.m.) - Evalueer effect na elke gift (BFCRS) en verhoog snel bij uitblijven respons of totdat sprake is van sedatie - Dosering tot 30mg lorazepam (of hoger) per dag zijn soms noodzakelijk
Stap 2	Overweeg te starten met ECT wanneer: - Er na 2 dagen geen effect waarneembaar is van lorazepam (tenminste 15mg en bij elke dosering die overmatige sedatie geeft) - Bij een ernstig beeld Advies: - 2-3x/week - Bilateraal - Minimaal 6x

0-3 gescoord, een hoge score geeft een ernstiger toestandbeeld van katatonie weer. In de BFCRS worden geen afkapwaardes gebruikt voor de ernst van katatonie.¹³ De hedendaagse diagnostische richtlijnen en de meetinstrumenten lopen sterk uiteen, waardoor afgevraagd moet worden of de BFCRS wel gebruikt kan worden om te screenen of alleen gebruikt dient te worden om de ernst van katatonie te monitoren.

De richtlijn van GGZ-Drenthe geeft aan bij het vermoeden van katatonie altijd de BFCRS af te nemen, omdat dit een goede validering van de uitgebreidheid en ernst van de katatonie geeft.⁵ De Nederlandse Vereniging voor psychiatrie (NVvP) heeft een richtlijn voor de behandeling van acute katatonie, hierin wordt geadviseerd te monitoren met de BFCRS.¹⁴

Afgevraagd kan worden of de onderzoeksprocedure wel goed toepasbaar is bij mensen met een verstandelijke beperking. Er is geen literatuur beschikbaar over de bruikbaarheid van BFCRS bij mensen met een verstandelijke beperking. De schaal is daarnaast gevalideerd in een populatie zonder verstandelijke beperking. De meeste onderzoeken gaan over mensen met autisme en katatonie, waarin geen onderscheid wordt gemaakt met wel of geen verstandelijke beperking. Carroll et al. suggereert dat de BFCRS bij neuropsychiatrische aandoeningen waaronder autisme, die gepaard gaan met katatonische symptomen onvoldoende zijn om katatonie te diagnosticeren in deze specifieke populatie.¹⁵

De vraag uit de onderzoeksprocedure 'geef me geen hand' terwijl je je hand uitsteekt en 'steek je tong uit, ik wil er een naald insteken', kunnen voor mensen met een verstandelijke beperking zeer moeilijke vragen zijn. Naar onze mening zullen mensen met een licht en matig verstandelijke beperking de opdrachten mogelijk niet altijd uitvoeren mede door hun ontwikkelingsleeftijd, waarbij ze bv. koppig kunnen zijn. Ook denken wij dat automatisme bij mensen met ASS en/of een licht en matig verstandelijke beperking hierbij een rol speelt. Als iemand een hand

uitsteekt is het normaal diegene een hand te geven. De BFCRS zal hierdoor niet altijd een betrouwbare uitkomst geven. Daarom is het volgens ons belangrijk om rekening te houden met de gedragingen van een cliënt, voordat er veranderingen optreden. Bij mensen met een (zeer)ernstige verstandelijke beperking zijn wij zeer terughoudend om de BFCRS af te nemen, omdat zij vanwege hun niveau de opdrachten niet begrijpen en mogelijk vanwege lichamelijke problematiek deze niet kunnen uitvoeren, waardoor de betrouwbaarheid laag is.

Ons advies is om aanpassingen aan te brengen in de onderzoeksprocedure en daarnaast op een neutraal moment een 0-meting uit te voeren, zodat bij een verdenking van katatonie de scores met elkaar vergeleken kunnen worden.

Behandeling

Voor de behandeling van katatonie zijn er verschillende opties, welke zijn beschreven in een systematisch review van Pelzer. Benzodiazepines en elektroconvulsieve therapie (ECT) zijn de meest onderzochte behandelingen en lijken beiden effectief.⁸ Dit zijn ook de behandelingen die staan beschreven in de richtlijn van NVvP (Tabel 3).¹⁴ In de richtlijn katatonie van GGZ-Drenthe zijn enkele aanpassingen gedaan, namelijk starten met lorazepam 4x per dag 2.5 mg in plaats van 3 keer per dag 1 mg. Daarnaast adviseren zij indien er na 4 dagen geen effect is opgetreden ECT te overwegen in plaats van 2 dagen.⁵

Van de benzodiazepines is lorazepam het meest onderzocht. Het effect op en de remissie van katatonie ligt bij lorazepam tussen de 0-100%, dit is voornamelijk afhankelijk van de duur van de symptomen tot aan de behandeling. Het effect is meestal zichtbaar binnen een aantal dagen. De medicatie wordt goed verdragen en er zijn weinig bijwerkingen. Andere benzodiazepines die zijn onderzocht, zijn diazepam, flunitrazepam en clonazepam. Lorazepam wordt geadviseerd als middel van eerste keuze (tabel 3), zowel door de effectiviteit als ook doordat het in verschillende situaties gemakkelijk is toe te passen.^{8, 14}

De behandeling van 2e keus is met ECT, welke zowel als primaire behandeling ingezet kan worden bij levensbedreigende situaties, als secundair wanneer er geen of onvoldoende respons is op benzodiazepines. Pelzer beschrijft een effectiviteit die ligt tussen 59-100%.⁸ Leroy et al, maken hierin echter een nuancering. Hoewel er in de literatuur stelselmatig een verbetering van de katatonie verschijnselen wordt beschreven na het toepassen van ECT, is de kwaliteit van de studies niet hoog aangeschreven.¹⁶ De bijwerkingen die worden beschreven bij ECT zijn hoofdpijn, geheugenverlies en cognitieve verslechtering. Het risico op bijwerkingen wordt groter bij een hogere ECT frequentie. In de overwegingen moet ook het risico op morbiditeit en mortaliteit door de katatonie worden meegenomen.⁸

Andere, weinig onderzochte, behandelopties zijn antipsychotica, anti-epileptica, 'packing therapy' en amantadine.⁸ Bij iedere vorm van behandeling van katatonie moet ook aandacht zijn voor de behandeling van de onderliggende oorzaak.⁸

De literatuur over de behandeling van katatonie bij mensen met een verstandelijke beperking is summier en beperkt zich hoofdzakelijk tot case-reports. Bij een groot gedeelte van deze casussen was er sprake van een combinatie van verstandelijke beperking en ASS. In alle literatuur werden er positieve effecten van lorazepam of ECT beschreven.¹⁷⁻²⁵

Een mogelijk alternatief voor in de toekomst is transcraniële magnetische stimulatie (TMS). Deze behandeling is momenteel al onderdeel van het behandelprotocol bij depressieve stoornissen. Ook bij katatonie zijn in de literatuur positieve effecten beschreven van TMS.²⁶⁻²⁸ Een groot voordeel van TMS ten opzichte van ECT is dat de behandeling uitgevoerd wordt zonder narcose. Zeker voor onze doelgroep is dit van meerwaarde. Echter moet de impact van een groot, lawaaiig apparaat ook niet onderschat worden.

Wanneer er sprake is van katatonie bij mensen met een verstandelijke beperking zijn wij van mening dat behandeling op korte termijn is aangewezen. Wanneer de katatonie langere tijd (onbehandeld) aanwezig is, leidt dit tot een grote kans op complicaties en is de kans op een positief effect van de behandeling kleiner. De meest aangewezen vorm is het toepassen van orale lorazepam. Gezien de beschreven positieve effecten van ECT is ook deze behandeling een optie. Echter moet hierbij óók per patiënt zorgvuldig worden afgewogen of de behandeling haalbaar is vanwege de intensiteit. Immers moet iemand dan een aantal dagen per week naar een gespecialiseerd centrum om de ECT onder (lichte) narcose uit te voeren.

Conclusie

Samenvattend kunnen we zeggen dat katatonie een ontregeling is van het motorische systeem en er vaak sprake is van onderdiagnostiek. Aan de hand van de DSM-5 kan katatonie vastgesteld worden indien 3 van de 12 symptomen aanwezig zijn. De DSM-5 is onderverdeeld in 3 groepen: bij andere psychische stoornis, door somatische aandoening of ongespecificeerd. Voor mensen zonder verstandelijke beperking is de BFCRS een valide meetinstrument om te screenen op aanwezigheid van katatonie en de ernst te classificeren. Echter is deze validering er niet voor onze doelgroep. Naar onze mening kan de BFCRS afgenomen worden bij mensen met een licht en matig verstandelijke beperking, echter is het volgens ons belangrijk om rekening te houden met de gedragingen van een cliënt, voordat er veranderingen optraden. Bij mensen met een (zeer)ernstige verstandelijke beperking zijn wij zeer terughoudend om de BFCRS af te nemen.

De behandeling van katatonie bestaat in de eerste plaats uit oraal lorazepam. Wanneer dit echter niet (voldoende) effectief is, of wanneer er sprake is van lethale katatonie is ECT de aangewezen behandeling. Voor beide interventies zijn in de literatuur positieve effecten gerapporteerd. Gezien de belasting van ECT is deze behandeling mogelijk niet voor al onze patiënten geschikt. Het is belangrijk hierover in gesprek te gaan en te blijven met wettelijk vertegenwoordigers en alle betrokken professionals. Alles bij elkaar is er zeer weinig wetenschappelijke literatuur beschikbaar specifiek over katatonie bij een verstandelijke beperking. Aanbevolen wordt om verder onderzoek te doen naar de prevalentie van katatonie bij mensen met een verstandelijke beperking en onderzoek te doen of de BFCRS een valide meetinstrument is om toe te passen bij mensen met een verstandelijke beperking.

Referenties

- ¹ Harten PNv. Katatonie, een syndroom om te herinneren. *Tijdschrift voor psychiatrie*. 2005;47(6):371-82.
- ² Association AP. *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen, 5de editie*. Nederlandse vertaling van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition*. 2014.
- ³ White M, Maxwell E, Milteer WE, de Leon J. *Catatonie in Older Adult Individuals with Intellectual Disabilities. Case reports in psychiatry*. 2015;2015:120617.
- ⁴ Barnhill Jarret CS-A. *Diagnostic Manual--Intellectual Disability 2 (DM-Id). A Textbook of Diagnosis of Mental Disorders in Persons with Intellectual Disability* 2017.
- ⁵ Arends Johan HT. *Richtlijn Katatonie, Genees Middelen Commissie GGZ Drenthe*. 2018.
- ⁶ Mazzone L, Postorino V, Valeri G, Vicari S. Catatonia in patients with autism: prevalence and management. *CNS drugs*. 2014;28(3):205-15.
- ⁷ Solmi M, Pigato GG, Roiter B, Guaglianone A, Martini L, Fornaro M, et al. Prevalence of Catatonia and Its Moderators in Clinical Samples: Results from a Meta-analysis and Meta-regression Analysis. *Schizophrenia bulletin*. 2018;44(5):1133-50.

- ⁸ Pelzer AC, van der Heijden FM, den Boer E. Systematic review of catatonia treatment. *Neuropsychiatric disease and treatment*. 2018;14:317-26.
- ⁹ Sienaert P, Hert M, Probst M, Vancampfort D. Diagnose en behandeling van katatonie: een stand van zaken. 2015;20:1-7.
- ¹⁰ Rasmussen SA, Mazurek MF, Rosebush PI. Catatonia: Our current understanding of its diagnosis, treatment and pathophysiology. *World journal of psychiatry*. 2016;6(4):391-8.
- ¹¹ Sienaert P, Rooseleer J, De Fruyt J. Measuring catatonia: a systematic review of rating scales. *Journal of affective disorders*. 2011;135(1-3):1-9.
- ¹² Rooseleer JW, A.; Sienaert, P. Katatonie meten: welke schaal te kiezen? *Tijdschrift voor psychiatrie*. 2011;53(5):287-98.
- ¹³ Bush G, Fink M, Petrides G, Dowling F, Francis A. Catatonia. I. Rating scale and standardized examination. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 1996;93(2):129-36.
- ¹⁴ NVvP. Behandeling acute katatonie. 2018.
- ¹⁵ Carroll BT, Kirkhart R, Ahuja N, et al. Katatonia: a new conceptual understanding of catatonia and a new rating scale. *Psychiatrie (Edmont)*. 2008;5(12):42-50.
- ¹⁶ Leroy A, Naudet F, Vaiva G, Francis A, Thomas P, Amad A. Is electroconvulsive therapy an evidence-based treatment for catatonia? A systematic review and meta-analysis. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*. 2018;268(7):675-87.
- ¹⁷ Wahidi N, de Leon J. Rapid Development of Lorazepam Tolerance Within 48 Hours in an Adult With Intellectual Disability Who Presented With Stuporous Catatonia and Refused Electroconvulsive Therapy. *The primary care companion for CNS disorders*. 2018;20(3).
- ¹⁸ Gajnd GS, Rosebush PI, Mazurek MF. Lorazepam treatment of acute and chronic catatonia in two mentally retarded brothers. *The Journal of clinical psychiatry*. 1994;55(1):20-3.
- ¹⁹ Sajith SG, Liew SF, Tor PC. Response to Electroconvulsive Therapy in Patients With Autism Spectrum Disorder and Intractable Challenging Behaviors Associated With Symptoms of Catatonia. *The journal of ECT*. 2017;33(1):63-7.
- ²⁰ Torr J, D'Abrera JC. Maintenance electroconvulsive therapy for depression with catatonia in a young woman with Down syndrome. *The journal of ECT*. 2014;30(4):332-6.
- ²¹ Wachtel LE, Griffin M, Reti IM. Electroconvulsive therapy in a man with autism experiencing severe depression, catatonia, and self-injury. *The journal of ECT*. 2010;26(1):70-3.
- ²² Wachtel LE, Griffin MM, Dhossche DM, Reti IM. Brief report: Electroconvulsive therapy for malignant catatonia in an autistic adolescent. *Autism : the international journal of research and practice*. 2010;14(4):349-58.
- ²³ Palm U, Forsthoef A, de la Fontaine L, Rupprecht T, Karch S, Meisenzahl EM, et al. Electroconvulsive therapy and corpus callosum aplasia: a case report. *The journal of ECT*. 2011;27(1):e17-20.
- ²⁴ Ligas A, Petrides G, Istafanous R, Kellner CH. Successful electroconvulsive therapy in a patient with intellectual disability and bipolar disorder, with catatonic features misdiagnosed as encephalopathy. *The journal of ECT*. 2009;25(3):202-4.
- ²⁵ Malur C, Pasol E, Francis A. ECT for prolonged catatonia. *The journal of ECT*. 2001;17(1):55-9.
- ²⁶ Saba G, Rocamora JF, Kalalou K, Benadhira R, Plaze M, Aubriot-Delmas B et al. Catatonia and transcranial magnetic stimulation. *Am J Psychiatry*. 2002;159(10):1794.
- ²⁷ Kate MP, Raju D, Vishwanathan V, Khan FR, Nair, Thomas SV. Successful treatment of refractory organic catatonic disorder with repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) therapy. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2011; 23(3):2-3.
- ²⁸ Stip E, Blain-Juste ME, Farmer O, Fournier-Gosselin MP, Lespérance P. Catatonia with schizophrenia: From ECT to rTMS. *Encephale*. 2018;44(2):183-187. ■

Bijlage I. Criteria katatonie volgens DSM-5

Katatonie bij een andere psychische stoornis (katatonie als specificatie)	A. In het klinische beeld staan drie (of meer) van de volgende symptomen op de voorgrond:												
	<table><tr><td>1. Stupor</td><td>5. Negativisme</td><td>9. Agitatie</td></tr><tr><td>2. Katalepsie</td><td>6. Poseren</td><td>10. Grimasseren</td></tr><tr><td>3. Wasachtige buigzaamheid</td><td>7. Motorische manierismen</td><td>11. Echolalie</td></tr><tr><td>4. Mutisme</td><td>8. Motorische stereotypieën</td><td>12. Echopraxie</td></tr></table>	1. Stupor	5. Negativisme	9. Agitatie	2. Katalepsie	6. Poseren	10. Grimasseren	3. Wasachtige buigzaamheid	7. Motorische manierismen	11. Echolalie	4. Mutisme	8. Motorische stereotypieën	12. Echopraxie
	1. Stupor	5. Negativisme	9. Agitatie										
2. Katalepsie	6. Poseren	10. Grimasseren											
3. Wasachtige buigzaamheid	7. Motorische manierismen	11. Echolalie											
4. Mutisme	8. Motorische stereotypieën	12. Echopraxie											
Vermeld de naam van de bijbehorende psychische stoornis													
Katatone stoornis door een somatische aandoening	A. Als bij 'katatonie bij een andere psychische stoornis'												
	B. Er zijn aanwijzingen vanuit anamnese, lichamelijk onderzoek of laboratoriumuitslagen dat de symptomen het directe pathofysiologische gevolg zijn van een somatische aandoening												
	C. De stoornis kan niet beter worden verklaard door een andere psychische stoornis												
D. De stoornis treft niet uitsluitend op in het beloop van een delirium													
E. De symptomen veroorzaken klinisch significante lijdensdruk of beperkingen in het sociale beroepsmatige functioneren of in het functioneren op andere belangrijke terreinen													
Vermeld de naam van de bijbehorende somatische stoornis													
Ongespecificeerde katatonie	• Symptomen kenmerkend voor katatonie die klinisch significante lijdensdruk of beperkingen veroorzaken in het sociale of beroepsmatige functioneren of in het functioneren op andere belangrijke terreinen • Echter: - o Aard van onderliggende psychische stoornis of somatische aandoening is onduidelijk - o Niet volledig voldaan aan criteria voor katatonie - o Onvoldoende informatie om een specifieke classificatie toe te passen (bv. op SEH)												
DM-ID 2	Geen aanpassingen van de criteria, echter oplettendheid geboden gezien overlap met symptomen passend bij de (ernstige-zeer ernstige) verstandelijke beperking en/of autisme												

M. Morrens, D. Schrijvers, H. Moens, B. Sabbe

Gebruik de aan- of afwezigheid voor de items 1-14 om patiënten te screenen

Gebruik de 0–3-schaal voor de items 1-23 om de ernst van de symptomen te bepalen

1. Opwinding

Extreme hyperactiviteit, niet aflatende en schijnbaar doelloze motorische onrust.

Niet toe te schrijven aan akathisie of doelgerichte agitatie.

0 = Afwezig

1 = Overmatig veel bewegingen

2 = Constant in beweging, hyperkinesie zonder rustperiodes

3 = Volledig ontwikkelde katatonische opwindingstoestand, eindeloze golf van tomeloze motorische activiteit

2. Immobiliteit/stupor

Extreme hypoactiviteit, onbeweeglijk, reageert nauwelijks op stimuli.

0 = Afwezig

1 = Zit ongewoon stil, gaat wel kortdurende interacties aan

2 = Praktisch geen interactie met de omgeving

3 = Stuporeuze toestand, reageert niet op pijnprikkels

3. Mutisme

Reageert verbaal niet of alleen zeer beperkt.

0 = Afwezig

1 = Geen verbale respons op de meeste vragen, onduidelijk gefluister

2 = Spreekt minder dan 20 woorden/5 min

3 = Geen spraak

4. Staren

Aanhoudende, sturende blik, weinig of geen visuele verkenning van de omgeving, verminderd oogknippen.

0 = Afwezig

1 = Weinig oogcontact, staart herhaaldelijk gedurende minder dan 20 sec voordat de aandacht wordt verplaatst, verminderd oogknippen

2 = Sturende blik die langer dan 20 sec wordt aangehouden, de aandacht wordt zelden verplaatst

3 = Aangehouden sturende blik, reageert niet

5. Houding/katalepsie

Houdt spontaan (een) houding(en) aan, inclusief alledaagse houdingen, blijft bijv. lange tijd achtereen zitten of staan zonder te reageren.

0 = Afwezig

1 = Minder dan 1 minuut

2 = Meer dan 1 minuut, minder dan 15 minuten

3 = Bizarre of banale houding die langer dan 15 minuten wordt aangehouden

6. Grimassen

Het aanhouden van eigenaardige gelaatsuitdrukkingen.

0 = Afwezig

1 = Minder dan 10 seconden

2 = Minder dan 1 minuut

3 = Bizarre gelaatsuitdrukking(en) of een gelaatsuitdrukking die langer dan 1 minuut wordt aangehouden

7. Echopraxie/echolalie

Het nabootsen van de bewegingen of spraak van de onderzoek(st)er.

0 = Afwezig

1 = Sporadisch

2 = Frequent

3 = Voortdurend

8. Stereotypie

Repetitieve, niet doelgerichte motorische activiteit (o.a. vingerspel, zichzelf herhaaldelijk aanraken, klopjes geven of wrijven) waarbij de afwijking niet de beweging zelf is als wel de frequentie waarin deze wordt uitgevoerd.

0 = Afwezig

1 = Sporadisch

2 = Frequent

3 = Voortdurend

9. Maniërismen

Eigenaardige, doelgerichte bewegingen (huppelen, op de tenen lopen, voorbijgangers groeten/salueren of overdreven karikaturen van banale bewegingen) waarbij de afwijking de activiteit zelf is.

0 = Afwezig

1 = Sporadisch

2 = Frequent

3 = Voortdurend

10. Verbigeratie

Het herhalen van zinsneden of zinnen (zoals bij een haperende grammofoonplaat).

0 = Afwezig

1 = Sporadisch

2 = Frequent

3 = Voortdurend

11. Rigiditeit

Het volharden in een verstijfde houding ondanks inspanningen om de patiënt te laten bewegen, uit te sluiten indien het tandradfenomeen ('cog-wheeling') of tremor aanwezig is.

0 = Afwezig

1 = Geringe weerstand

2 = Matige weerstand

3 = Ernstige rigiditeit, kan niet gerepositioneerd worden

12. Negativisme

Schijnbaar ongefundeerde weerstand tegen instructies of pogingen om de patiënt te bewegen/onderzoeken. => Tegendraads gedrag, doet precies het tegenovergestelde van wat gevraagd wordt.

0 = Afwezig

1 = Geringe weerstand en/of sporadisch tegenovergesteld gedrag

2 = Matige weerstand en/of frequent tegenovergesteld gedrag

3 = Hevige weerstand en/of onafgebroken tegenovergesteld gedrag

13. Wasachtige buigzaamheid

Bij het herpositioneren van de patiënt biedt de patiënt eerst weerstand alvorens toe te laten gerepositioneerd te worden, zoals bij het buigen van een kaars.

- 0 = Afwezig
- 3 = Aanwezig

14. Teruggetrokkenheid

Weigert te eten, te drinken en/of oogcontact te maken.

- 0 = Afwezig
- 1 = Minimale orale inname/interactie gedurende minder dan 1 dag
- 2 = Minimale orale inname/interactie langer dan 1 dag
- 3 = Geen orale inname/interactie gedurende 1 dag of langer

15. Impulsiviteit

De patiënt vertoont plots onaangepast gedrag (begint bij voorbeeld door de gang te rennen, te roepen of zich uit te kleden) zonder aanleiding of uitlokking. Achteraf kan hiervoor geen of alleen een oppervlakkige verklaring gegeven worden.

- 0 = Afwezig
- 1 = Sporadisch
- 2 = Frequent
- 3 = Voortdurend of niet bij te sturen

16. Automatische gehoorzaamheid

Het in overdreven mate voldoen aan het verzoek van de onderzoeker(st)er of het spontaan doorgaan met uitvoeren van de gevraagde beweging.

- 0 = Afwezig
- 1 = Sporadisch
- 2 = Frequent
- 3 = Voortdurend

17. Mitgehen

'Anglepoise lamp'. De arm wordt opgeheven als reactie op lichte druk door de vinger uitgeoefend, ondanks de instructie om dit niet te doen.

- 0 = Afwezig
- 3 = Aanwezig

18. Gegenhalten

Weerstand tegen passieve beweging die in verhouding is met de sterkte van de stimulus die zich eerder automatisch dan uit vrije wil voordoet.

- 0 = Afwezig
- 3 = Aanwezig

19. Ambitendentie

De patiënt lijkt motorisch 'vast te zitten' in (een) besluiteloze, aarzelende beweging(en).

- 0 = Afwezig
- 3 = Aanwezig

20. Grijpreflex

Vast te stellen d.m.v. neurologisch onderzoek.

- 0 = Afwezig
- 3 = Aanwezig

21. Perseveratie

De patiënt komt herhaaldelijk terug op hetzelfde gespreksonderwerp of volhardt in het uitvoeren van bewegingen.

- 0 = Afwezig
- 3 = Aanwezig

22. Vijandigheid

Gewoonlijk op een indirecte manier en waarvoor achteraf geen of geen afdoende verklaring gegeven kan worden.

- 0 = Afwezig
- 1 = Haalt sporadisch uit, met weinig kans op verwonding
- 2 = Haalt frequent uit, met matige kans op verwonding
- 3 = Vormt ernstig gevaar voor anderen

23. Autonome afwijkingen

Kringloop: temperatuur, bloeddruk, hart/polsslag, ademhalingsfrequentie, overmatige transpiratie.

- 0 = Afwezig
- 1 = Eén parameter wijkt af (uitgezonderd reeds bestaande hypertensie)
- 2 = Twee parameters wijken af
- 3 = Drie parameters wijken af

Totaal :