

Reactie op 'Behandeling van jongeren met autisme en katatonie: ethische plicht'

In zijn Redactioneel breekt Sienaert (2012) een lans voor adequate behandeling van patiënten met autisme, in het bijzonder voor de behandeling van katatonie. Wij juichen dit pleidooi in principe toe, maar willen enkele kanttekeningen plaatsen bij sommige argumenten.

Katatonie komt ook bij autisme voor. Wing en Shah (2000) rapporteerden een prevalentie van 17%, maar gaven aan dat dit cijfer waarschijnlijk te hoog was vanwege selectiebias. Zij baseerden de diagnose katatonie op een exacerbatie van vooral gedragskenmerken, zoals toename van traagheid, passiviteit en initiatiefloosheid.

Het stellen van de diagnose katatonie bij mensen met autisme kan ingewikkeld zijn omdat symptomen overlappen met die van het autisme zelf (Wachtel & Dhossche 2010). Enerzijds waarschuwen bijvoorbeeld Wing e.a. (2010) ervoor om stereotypieën te snel te beschouwen als onderdeel van het autisme zonder katatonie te overwegen. Anderzijds is het riskant (mede gezien de ingrijpende behandelmethoden, zeker voor kinderen) te snel te besluiten dat het gaat om katatonie als mensen met autisme zich melden met mutisme, negativisme, stereotiepe spraak, echolalie, grimassen en (schijnbaar) doelloze agitatie. Altijd moet worden geanalyseerd of de gedragsverandering vanuit een autistische invalshoek verklaarbaar is. Dit vraagt om goede kennis van autisme.

Als voorbeeld noemen wij de casus van een 29-jarige vrouw met autisme die met een psychotisch toestandsbeeld werd opgenomen op een algemene psychiatrische afdeling. Na twee weken werd zij mutistisch. Zes maanden later werden autismedeskundigen in consult gevraagd. Er werd gestart met korte (eenzijdige) structurerende gesprekken, steeds op hetzelfde moment in de week in een prikkelarme ruimte. Na 5 weken hervatte patiënte spontaan het praten. Haar verkla-

ring voor het mutisme was dat zij besloten had om niets meer te zeggen aangezien alles wat zij zei – in haar perceptie – verkeerd uitgelegd werd. In deze casus zou behandeling met elektroconvulsietherapie (ECT) na benzodiazepines als gevolg van een te letterlijke interpretatie van de criteria voor katatonie een kunstfout zijn geweest.

Sienaert stelt dat zelfbeschadigend gedrag bij mensen met autisme voorbode kan zijn van katatonie. Hij vindt het een ethische plicht om dit adequaat te behandelen. Hoewel katatonie absoluut goed behandeld moet worden, is het volgens ons minstens net zo'n ethische plicht zorgvuldig na te gaan of het bij veranderend gedrag of automutilatie echt om katatonie gaat of dat het beeld anderszins verklaarbaar is. Zo zien wij regelmatig problematisch gedrag, waaronder automutilatie, bij jongvolwassen vrouwen met autisme, dat doet denken aan borderlinepersoonlijkheidsproblematiek (Horwitz & Sizoo 2012).

Om te voorkomen dat katatonie bij autisme gemist wordt, adviseren wij kennis te nemen van onmiskenbare gevalsbeschrijvingen in de literatuur (bijvoorbeeld Wachtel & Dhossche 2010; Wachtel e.a. 2010; Wing & Shah 2000; de Winter e.a. 2007). De diagnostiek van katatonie bij autisme is complex. Zelfbeschadigend gedrag is soms katatonie, maar niet altijd (Wachtel & Dhossche 2010). Terecht waarschuwt Sienaert voor het gevaar dat katatonie bij mensen met autisme gemist wordt als er onvoldoende deskundigheid is.

De situatie is gelukkig niet zo somber als Sienaert schetst: 'Niet alleen ontbreken de voorzieningen, er is ook een gebrek aan kennis.' Dat eerste is niet zo. Er zijn, althans in Nederland, diverse psychiatrische instellingen die uitstekende klinische zorg bieden voor mensen met autismspectrumstoornissen (ASS). Instellingen zoals het Dr. Leo Kannerhuis, Yulius, het Vincent van Gogh instituut, GGZ Eindhoven en Dimence richten zich op de klinische derdelijnsbehandeling van kinderen en/of (jong) volwassenen met ASS. Bij Dimence wordt een gesloten medium- en highcareafdeling voor volwassenen met ASS gebouwd, waar ECT zeker tot het behandelaanbod hoort. Het Leo Kannerhuis

ontwikkelt momenteel een gesloten afdeling voor acute opvang van kinderen en jongeren met ASS.

Sienaert constateert een tekort aan kennis over ASS en comorbiditeit binnen de reguliere psychiatrie. In onze opvatting dient gespecialiseerde hoogcomplexere zorg voor mensen met ontwikkelingsstoornissen zoals ASS, niet alleen als verwijzingsinstantie te fungeren, maar vooral actief bij te dragen aan de deskundigheidsbevordering binnen en buiten de psychiatrie. Dit past in het model van ketenzorg; psychiatrisch specialistische kennis bieden daar waar nodig, zodat patiënten snel en goed behandeld kunnen worden in welke setting zij ook verblijven.

## LITERATUUR

- Horwitz E, Sizoo BB. Autismespectrumstoornissen. In: Ingenhoven T, van Reekum A, van Luyn B, e.a. (red.). Handboek borderlinepersoonlijkheidsstoornissen. Utrecht: De Tijdstroom; 2012.
- Sienaert P. Behandeling van jongeren met autisme en katatonie: ethische plicht. Tijdschr Psychiatr 2012; 54: 493-5.
- Wachtel LE, Dhossche DM. Self-injury in autism as an alternate sign of catatonia: implications for electroconvulsive therapy. Med Hypotheses 2010; 75: 111-4.
- Wachtel LE, Griffin M, Reti IM. Electroconvulsive therapy in a man with autism experiencing severe depression, catatonia, and self-injury. J ECT 2010; 26: 70-3.
- Wing L, Shah A. Catatonia in autistic spectrum disorders. Br J Psychiatry 2000; 176: 357-62.
- Winter CF de, van Dijk F, Verhoeven WM, Dhossche DM, Stolker JJ. Autisme en katatonie: Een succesvolle behandeling met lorazepam. Tijdschr Psychiatr 2007; 49: 257-61.

## AUTEURS

BRAM SIZOO, psychiater, hoofd centrum ontwikkelingsstoornissen, Dimence, Deventer.

MATT VAN DER REIJDEN, geneesheer-directeur, Dr. Leo Kannerhuis, Doorwerth.

Correspondentieadres: Bram Sizoo, COS, Singel 13, 7411 HV Deventer.

E-mail: b.sizoo@dimence.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

TITLE IN ENGLISH Reaction on 'The ethical duty to treat children and adolescents with autism and catatonia'

## ANTWOORD aan Sizoo en Van der Reijden

Ik dank de collega's Sizoo en Van der Reijden voor hun reactie op mijn Redactioneel. Ik kan niet anders dan hun aanvullingen en hun oproep tot zorgvuldige diagnostiek van gedragsveranderingen en motorische symptomen in het kader van autistische problematiek volmondig ondersteunen. Toch sluit een 'psychologische verklaring' voor motorische en katatonie symptomen een 'biologische' diagnose, zoals katatonie, niet uit. Katatonie wordt vermoedelijk zelfs in de meerderheid van de gevallen mede door psychologische factoren getriggerd. Dat maakt van een biologische behandeling in deze context nog geen kunstfout.

Het punt dat ik probeerde te maken is echter niet, zoals de auteurs ten onrechte parafraseren, dat het een ethische plicht is om katatonie adequaat te behandelen. Ik probeerde duidelijk te maken dat katatonie symptomen vaak worden miskend, en dat, zelfs als ze (h)erkend worden, de weg naar behandeling niet vanzelfsprekend is, zeker niet voor jongeren met autisme (en hun ouders en behandelaars). Ik ervaar het daarom als een ethische plicht om deze behandelopties ook voor deze groep van patiënten vlot(ter) beschikbaar te maken. Het stemt me optimistisch te lezen dat er in Nederland wel degelijk al voorzieningen zijn of nog gebouwd zullen worden, waar jongeren met ernstig autisme behandeld kunnen worden en waar ECT tot het behandel aanbod hoort.

## AUTEUR

PASCAL SIENAERT is psychiater en psychotherapeut, hoofd afd. ECT, UPC-KU Leuven, campus Kortenberg, en deeltijd docent, faculteit Geneeskunde, KU Leuven.

Correspondentieadres: Pascal Sienaert, UPC-KUL Campus Kortenberg, afd. Stemningsstoornissen en afd. ECT, Leuvensesteenweg 517, 3070 Kortenberg, België.

E-mail: pascal.sienaert@uc-kortenberg.be