

# Elektroconvulsietherapie bij mensen met een verstandelijke handicap

## Casuïstiek en literatuuroverzicht

J.A. VAN WAARDE, J.J. STOLKER, A.C.A. SOLEMAN

**ACHTERGROND** Bij mensen met een verstandelijke handicap kunnen ernstige depressieve stoornissen worden vastgesteld. Elektroconvulsietherapie (ECT) is een veilige, snelle en effectieve behandeling van depressieve stoornissen.

**DOEL** In dit overzichtsartikel worden de ziektegeschiedenissen beschreven van twee patiënten met een verstandelijke handicap die succesvol met ECT werden behandeld voor een ernstige affectieve stoornis. Daarnaast wordt een overzicht gegeven van de literatuur.

**METHODE** In standaardwerken en Medline werd gezocht naar literatuur over ECT bij verstandelijk gehandicapten.

**RESULTATEN** Er werden in totaal 27 beschreven patiënten gevonden. ECT gaf in de meeste gevallen een goed resultaat.

**CONCLUSIES** Door de auteurs wordt ervoor gepleit om mensen met een verstandelijke handicap, zoals dit ook geldt voor normaal begaafden, op indicatie met elektroconvulsietherapie te behandelen. Een indicatie is onder andere een ernstige depressieve stoornis waarbij meerdere medicamenteuze behandelingen hebben gefaald, of medicatie gecontraïndiceerd is vanwege ernstige bijwerkingen waarvoor verstandelijk gehandicapten gevoeliger zijn, of waarbij verder uitstel van de ECT gezien de ernst van het psychiatrisch beeld niet verantwoord is.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 42 (2000) 11, 811-824]

**TREFWOORDEN** depressie, elektroconvulsietherapie, verstandelijke handicap

Diagnostiek en behandeling van psychiatrische stoornissen bij mensen met een verstandelijke handicap staan de laatste tijd meer in de belangstelling van psychiaters. Recent besteedden Verhoeven & Tuinier (1999a en b) in dit tijdschrift uitgebreid aandacht aan de neuropsychiatrische diagnostiek en farmacotherapie bij verstandelijk gehandicapten.

Elektroconvulsietherapie (ECT) is een biologische behandeling die bij verschillende psychiatrische stoornissen kan worden toegepast. De laatste jaren wordt ECT toenemend geaccepteerd

als een veilige, snelle en effectieve behandeling van depressieve stoornissen. Andere meer zeldzame indicaties zijn: acute manie, schizofrenie, delier, letale catatonie, maligne neuroleptica-syndroom, ziekte van Parkinson en enkele andere uitzonderlijke aandoeningen. Men gaat meestal over tot ECT indien medicamenteuze behandeling niet geholpen heeft, of indien er sprake is van een zeer ernstige of gevaarlijke situatie (Van den Broek e.a. 1999).

Wij behandelden twee mensen met een verstandelijke handicap met elektroconvulsietherapie

pie, die beiden leden aan een ernstige affectieve stoornis. Het resultaat van deze behandelingen was gunstig. In dit overzichtsartikel beschrijven wij de ziektegeschiedenissen van deze patiënten en geven wij een overzicht van de literatuur die is verschenen over ECT bij mensen met een verstandelijke handicap. Er wordt aandacht besteed aan de ethische en juridische aspecten van deze behandeling. Ten slotte doen wij op grond van onze ervaringen en vanuit de literatuur een aantal aanbevelingen voor de praktijk.

#### ZIEKTEGESCHIEDENISSEN

Patiënte A, een 67-jarige vrouw, werd voor ECT doorverwezen in verband met een catatoon-mutistisch beeld in het kader van een psychotische depressie, waarbij zij niet meer at en dronk. Haar voorgeschiedenis vermeldde sinds haar geboorte een lichte verstandelijke handicap met een onbekende etiologie. Haar intelligentiequotiënt (IQ) was niet in getal vastgesteld, maar de verstandelijke handicap was bepaald met de Sociale Redzaamheidsschaal voor Zwakzinnigen (Kraijer & Plas 1997). In haar medische dossier vonden wij de volgende gegevens. Op 31-jarige leeftijd werd zij in een psychiatrisch ziekenhuis opgenomen in verband met 'een opwindingsstoestand met seksuele ontremming'. Een jaar later werd zij, na het overlijden van haar moeder, omschreven als depressief met 'jammerend en theateraal gedrag'. Op 48-jarige leeftijd vertoonde zij gewichtsverlies, waarvoor geen andere oorzaak werd gevonden dan dat zij 'bewust weinig zou eten'. Het jaar hierop zou zij 'druk, bij het manische af' zijn geweest. Op 64-jarige leeftijd volgde een periode van sombere stemming met angst en achterdocht. Zij kreeg alimemazinetraat voorgeschreven, waarop zij zou zijn opgeknapt. Een jaar later werd zij wederom als 'te opgewekt en eufoor' beschreven. Zij werd in deze jaren alleen met antipsychotica behandeld en kreeg geen antidepressivum of stemmingsstabilisator.

Onze bemoeienis begon toen zij in een aantal

maanden toenemend depressief werd. In het klinische beeld stonden met name boosheid en achterdocht op de voorgrond. Zij voelde zich somber, sliep slecht en at weinig, waardoor haar gewicht was verminderd. Zij vertelde stemmen in het hoofd te horen, die onaangename dingen zeiden. Ook meende zij dat er over haar geroddeld werd. Ze dacht geen benen meer te hebben. Op basis van de voorgeschiedenis, het beloop en de huidige psychopathologie werd geconcludeerd dat er sprake was van een depressieve episode met stemmingscongruente psychotische kenmerken in het kader van een bipolaire stoornis. Uitgebreid lichamelijk, waaronder ook neurologisch, onderzoek sloot andere oorzaken van de klachten uit. In deze periode werd getracht met risperidon (tot viermaal daags 2 mg) en lithiumcarbonaat (spiegel 0,4 mmol/l bij eenmaal daags 600 mg) haar psychiatrisch beeld te behandelen. Vanwege de slechte lichamelijke toestand konden wij de dosis lithiumcarbonaat niet verder ophogen. Er was sprake van dehydratie, hypokaliëmie, hyperglykemie en forse decubitus van stuit en heup. Zij sprak, dronk en at niet meer en lag in de foetushouding in bed. Zij kon de orale medicatie niet meer innemen. Wij verwezen patiënte naar een PAAZ voor elektroconvulsie-therapie.

De hypokaliëmie en hyperglykemie werden behandeld. Gezien de ernst van de depressie en het feit dat langer uitstel van behandeling medisch onverantwoord was, werd met ECT begonnen. Met patiënte kon niet over de behandeling worden overlegd, omdat zij mutistisch was. Aangezien er geen familie of andere wettelijke vertegenwoordiger van patiënte was om mee te overleggen, gaf het hoofd van de voorziening waar patiënte woonde, plaatsvervangende toestemming.

Patiënte kreeg anesthesie door middel van penthotal (4-5 mg/kg), spierverslapping met succinylcholine (0,5-1,0 mg/kg) en atropine 0,5 mg ter preventie van bradycardie en asystolie. De ECT werd bilateraal toegediend in verband met de ernst van het toestandsbeeld. De frequentie

van de ECT was tweemaal per week, in een dosering van 378 tot 504 milliCoulomb (mC). Dosering vond plaats door middel van de leeftijdsmethode, uitgevoerd met de Thymatron Dgx (Somatics, Lake Bluff, vs). De insultduur werd gemeten met de EEG-methode en varieerde van 74 tot 24 seconden. Motorisch was een insultduur van 58 tot 20 seconden waarneembaar aan de grote teen.

Reeds na de derde sessie werd een duidelijke verbetering van de stemming geconstateerd. Er konden geen betrouwbare meetschalen worden afgenomen om het effect vast te leggen, maar patiënte was vrolijk en vol goede moed. De lichamelijke toestand verbeterde aanzienlijk. Wel bleven akoestische hallucinaties bestaan. Na in totaal negen sessies werd patiënte ontslagen naar haar woonvoorziening. De medicamenteuze nabehandeling bestond uit olanzapine eenmaal daags 15 mg vanwege de hallucinaties en profylactisch venlafaxine eenmaal daags 75 mg voor de depressieve stoornis.

Na twee maanden recidiveerde de depressieve stoornis. Aanvankelijk wilde patiënte zich niet opnieuw met elektroconvulsietherapie laten behandelen. Zij wilde, zoals zij dit treffend zei, 'niet weer een stekker in haar hoofd'. Wij trachtten met het toevoegen van valproïnezuur als stemmingsstabilisator het recidief te behandelen. De toestand verslechterde en uiteindelijk gaf patiënte toch toestemming voor ECT. Dit geschiedde poliklinisch tweemaal per week, gedurende twaalf bilaterale behandelingen volgens dezelfde procedure als boven beschreven. Wederom klaarde de stemming snel op. Ditmaal werd zij nabehandeld met mirtazepine eenmaal daags 45 mg en valproïnezuur driemaal daags 300 mg (bloedspiegel: 328 micromol/l; therapeutisch: 346-693 micromol/l).

Patiënt B, een 55-jarige man met een matige verstandelijke handicap (totaal IQ = 45) met onbekende etiologie en met een pervasieve ontwikkelingsstoornis, werd doorverwezen voor ECT vanwege een ernstige depressieve stoornis,

waarvoor diverse medicamenteuze behandelingen gefaald hadden. Sinds een paar jaar ging het geleidelijk minder goed met hem. Hij maakte een gedeprimeerde indruk. Zijn gedrag werd drukker en hij was soms agressief, waarbij hij stompte en spuugde. Soms sloeg hij zichzelf en beet op zijn handen. Hij wilde erg vroeg naar bed. Spullen die in zijn kamer stonden, maakte hij stuk, waardoor hij uiteindelijk alleen in een prikkelarme ruimte kon verblijven. Hij had geen belangstelling meer voor de omgeving en was wantrouwend naar zijn begeleiders. Voorheen was hij dol op lekker eten, de laatste periode echter propte hij het voedsel in een snel tempo naar binnen. Daarnaast was er mogelijk een slaapstoornis die niet kon worden geobjectiveerd. Er was een dagschommeling aanwezig, waarbij patiënt 's avonds enigszins beter functioneerde dan overdag. Gezien zijn gevoeligheid voor veranderingen van de omgeving werd overwogen of zijn gedragsproblemen te maken hadden met verhuizingen binnen de woonvoorziening, of met andere veranderingen en gebeurtenissen in zijn leven.

In verband met de angst, somberheid en agitatie waren de afgelopen jaren diverse psychofarmaca voor langere of kortere tijd geprobeerd, die geen van alle succesvol bleken: fluvoxamine (tot dagelijks 200 mg), clomipramine (tot dagelijks 150 mg), buspiron (tot dagelijks 45 mg), valproïnezuur (tot dagelijks 1350 mg), risperidon (tot 2 mg per dag) en diverse benzodiazepines. Het toevoegen van lithium werd niet toegepast, onder meer door de grote angst van patiënt voor venapuncties. Daarnaast bleek hij steeds zeer gevoelig te zijn voor bijwerkingen van de medicijnen.

Toen wij bij de casus betrokken raakten, bevestigden wij de diagnose therapieresistente depressieve stoornis met vitale kenmerken. Vanwege de ernst van de stemmingsstoornis en de agitatie, waarbij de patiënt inmiddels bijna de hele dag in een prikkelarme ruimte afgezonderd moest worden, werd hij doorverwezen naar een PAAZ, waar de indicatie voor ECT werd gesteld.

Internistisch, neurologisch en laboratoriumonderzoek hadden geen afwijkingen aan het licht gebracht.

Patiënt kreeg anesthesie door middel van ethomidat (0,2-0,3 mg/kg), spierverslapping met succinylcholine (0,5-1,0 mg/kg) en atropine 0,5 mg. De ECT werd bilateraal met de Thyatron DgX toegediend met een frequentie van tweemaal per week. De dosis varieerde van 403,2 tot 478,8 mC en werd bepaald met de leeftijdsmethode. De insultduur, bepaald met de EEG-methode, varieerde van 35 tot 22 seconden; motorisch zagen wij 26 tot 12 seconden een insult aan de grote teen. Na de derde sessie werd een verbetering van de stemming geconstateerd. Betrouwbaar vaststellen met meetschalen van de mate van verbetering was niet mogelijk. Patiënt kreeg in totaal negen sessies. De ECT werd poliklinisch uitgevoerd, nadat duidelijk was geworden dat het verblijf op de PAAZ de patiënt zeer angstig maakte. Hij moest diverse malen extra anxiolytica toegediend krijgen om de behandeling te kunnen continueren. Ondanks deze anxiolytica was de insultduur adequaat (> 20 seconden op het EEG). De angst leek niet alleen voort te komen uit de stemmingsstoornis. Patiënt was door zijn verstandelijke beperkingen en de autistische stoornis nog gevoeliger voor de beangstigende situatie in een vreemde omgeving. Bij beëindiging van de ECT was patiënt volgens zijn familie goed opgeknapt en weer 'de oude, lieve en meegaande persoon'. Hij werd medicamenteus nabehandeld met fluvoxamine eenmaal daags 100 mg.

#### LITERATUUROVERZICHT

Wij onderzochten de literatuur via Medline (1989 - juni 1999; trefwoorden: mental retardation en ECT) op relevante artikelen. Ook gingen we de literatuurverwijzingen in de gevonden artikelen na. Daarnaast werd in een aantal standaardwerken gezocht naar elektroconvulsieve therapie bij mensen met een verstandelijke handicap. Het Royal College of Psychiatrists in Engeland

baseert het advies over elektroconvulsie therapie bij verstandelijk gehandicapten in haar *Handbook* alleen op gevalsbeschrijvingen (McClelland 1996). In het advies wordt gesteld dat ECT een therapeutische optie is bij een minderheid van de patiënten, bij wie het gedrag en/of symptomen passen bij een ernstige depressieve stoornis, waarbij adequate medicamenteuze therapieën hebben gefaald. In een Engelstalig leerboek voor psychiatrie bij verstandelijk gehandicapten wordt elektroconvulsie therapie beschreven als bruikbaar voor de groep patiënten met een ernstige depressieve stoornis, met daarbij een dreigend en substantieel risico voor suïcide, stupor of gevaar voor de lichamelijke gezondheid (Clarke 1997). Overigens wordt in dit leerboek slechts verwezen naar het hierboven aangehaalde advies van het Royal College of Psychiatrists en wordt alleen effectonderzoek bij niet-verstandelijk gehandicapten als verdere onderbouwing gebruikt.

Het standaardwerk van Abrams (1997) noemt enkele gevalsbeschrijvingen. In het rapport *Electroconvulsie therapie* van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (Van Bommel e.a. 1992) wordt geen melding gedaan van behandeling bij deze doelgroep. Ook in een recent verschenen Nederlandstalig boek over ECT (Van den Broek e.a. 1999) wordt deze behandeling bij mensen met een verstandelijke handicap niet beschreven.

In ons literatuuronderzoek vonden wij geen gecontroleerde onderzoeken naar elektroconvulsie therapie bij verstandelijk gehandicapten. Alleen casuïstische mededelingen zijn gepubliceerd. Wij vonden in totaal 27 beschreven patiënten, in 11 artikelen en 4 brieven aan de redactie van een tijdschrift. Deze gegevens en de gegevens van onze twee patiënten worden samengevat weergegeven in tabel 1.

Opgemerkt kan worden dat ECT zowel bij mannen als bij vrouwen met een verstandelijke handicap toegepast is. Ook zijn patiënten van verschillende leeftijden behandeld (spreiding: 17-69 jaar). De verstandelijke handicap van deze patiënten varieerde van licht tot zeer ernstig

TABEL 1 Literatuur over ECT bij verstandelijk gehandicapten

Auteur jaartal	M/v	Leeftijd (in jr)	Verstandelijke handicap	Psychiatrische diagnose	Methode ECT	Nabehandeling	Effect
Payne 1968	m	38	zwakbegaafd (IQ=83)	bipolaire stoornis	serie ECT	'medicijnen'	bevredigend resultaat; na 5 jaar recidief psychotische depressie
	m	31	matig (IQ=50)	depressieve stoornis	serie ECT	?	compleet opklaren depressie; na 6 jaar recidief
	m	19	zwakbegaafd (IQ=75)	catatone psychose	serie ECT	intermitterend trifluoperazine	'Gaf niet veel voordeel'
Bates & Smeltzer 1982	m	25	ernstig (IQ=21-25)	ernstige psychose met zelfbeschadiging, slaapproblemen en gewichtsverlies. Tevens PPD	12 x bilateraal ECT, 3 x per week	eerste 4 maanden geen medicatie, dan flufenazinedepot en lithiumcarbonaat (spiegel 1-1,4 mmol/l)	zelfbeschadiging verdween, ging beter eten; na 4 maanden weer automutilatie, insomnie, goede reactie op lithium
Kearns 1987	m	67	matig (IQ=35)	psychotische depressie	6 x ECT	nomifensine 2 dd 25 mg	symptomen verdwenen volledig
Guze e.a. 1987	m	21	licht (IQ=65)	bipolaire stoornis, psychotisch depressief	8 x unilateraal ECT	vanwege manie 6 weken na ECT: lithium (spiegel 0,8 mmol/l)	depressie verdween na ECT; manie stabiliseerde met lithium
Goldstein & Jensvold 1989	m	68	licht (IQ=63)	psychotische depressie en alcoholabusus	10 x unilateraal ECT in 20 dagen	nortriptyline 75 mg, thioridazine 20 mg, levo/carbidopa 15/150 mg	verbetering tot premorbide niveau
Warren e.a. 1989	v	17	? Syndroom van Down	psychotische depressie	14 x ECT	?	verbetering
	m	24	? Syndroom van Down	psychotische depressie	10 x ECT	?	verbetering
	m	24	? Syndroom van Down	psychotische depressie	5 x ECT	lithium op spiegel	compleet opklaren van beeld

TABEL 1 Literatuur over ECT bij verstandelijk gehandicapten (vervolg)

Auteur jaartal	M/v	Leeftijd (in jr)	Verstandelijke handicap	Psychiatrische diagnose	Methode ECT	Nabehandeling	Effect
Merrill 1990	v	?	diep (IQ=?)	depressie met atypische symptomen	10 x ECT, 3 x per week	?	verdwijnen van alle symptomen
Lazarus 1990	v	32	licht (IQ=?) Syndroom van Down	ernstige depressie met mutisme	6 x bilateraal ECT in 2 weken	poliklinische onderhouds-ECT, 1 x per maand (6x) en lithium	verbetering tot uitgangsniveau; terugval na 4 weken
	v	50	licht (IQ=60) Syndroom van Down	ernstige depressie	6 x bilateraal ECT in 2 weken	fluoxetine 1 dd 20 mg	verbetering
Puri 1992	m	32	licht (IQ=70)	psychotische depressie en persoonlijkheidsstoornis	bilateraal ECT, aantal onbekend; in 11 jaren diverse series	onderhouds-ECT, 1 x per 3 weken + dothiepin 1 dd 300 mg	verbetering op meetschaal ABS
Karvounis e.a. 1992	m	69	matig (IQ=40)	psychotische depressie	11 x bilateraal ECT (poliklinisch)	fluoxetine 1 dd 40 mg	verbetering tot premorbide niveau
Jancar 1994	m	28	matig (IQ=46)	recidiverende psychotische depressie bij dysthyme stoornis	series ECT	?	'respons' op de depressieve stoornis; niet op dysthymie
	v	38	licht (IQ=55)	recidiverende psychotische depressie bij dysthyme stoornis	series ECT	?	'respons' op psychotische symptomen; stemming bleef depressief
Bebchuk e.a. 1996	m	44	diep (IQ=?)	differentiële diagnose: dementie, ernstige depressie, bipolaire stoornis; achteruitgang in functioneren sinds 2-3 jaar	6 x unilateraal ECT, 3 x per week	onderhouds-ECT, 2 x per week (poliklinisch)	terugkeer premorbide niveau; na 4 maanden relaps, waarna onderhouds-ECT

TABEL 1 Literatuur over ECT bij verstandelijk gehandicapten (vervolg)

Auteur jaartal	M/v	Leeftijd (in jr)	Verstandelijke handicap	Psychiatrische diagnose	Methode ECT	Nabehandeling	Effect
Gabriel 1998	v	65	matig (IQ=?)	'refractaire psychose', automutilatie en agressie, labiele stemming	eerst: 15 x ECT, gevolgd door 1 x per week voor 6 maanden	onderhouds-ECT, 1 x per 7-10 dagen, medicatie onbekend	'beter te hanteren', BPRS 85→42 en GAF 25→40
Thuppal 1999	m	56	licht (IQ=?)	schizoaffectieve stoornis	9 x bilateraal ECT, 3 x per week	sertraline en perfenazine	opgeklarde depressie; recidief na staken medicatie
	m	18	matig (IQ=40)	'agressie, agitatie, verminderde slaap en eetlust'	13 x bilateraal ECT, 3 x per week	4x vervolg-ECT, 1 x per week + clozapine 1 dd 300 mg	veel verbeterd
	m	29	licht (IQ=59)	catatone schizofrenie + alcoholabusus	17 x bilateraal ECT, 3 x per week	vervolg-ECT, totaal 45 x in 7 maanden + lorazepam	catatonie en psychose verdwenen
	m	64	?	recidiverende psychotische depressie + COPD, hypertensie, maagulcus	2 x ECT, afgebroken i.v.m. agitatie en hypoxie	carbamazepine, trifluoperazine, benzatropine	depressieve stemming verdwenen
	v	25	matig (IQ=?)	bipolaire stoornis, depressief en catatonie	3 x bilateraal ECT	vervolg-ECT, 31 x in 9 maanden	verbetering
Chanpattana 1999	v	31	ernstig (IQ=30-35)	schizofrenie en infantiele epilepsie	6 x bilateraal ECT, 3 x per week + flupenthixol 1 dd 18 mg + carbamazepine 1 dd 600 mg + clonazepam 1 dd 4 mg	onderhouds-ECT, 1 x per week, na 4 maanden 1 x per 2 weken	verbetering

TABEL 1 Literatuur over ECT bij verstandelijk gehandicapten (vervolg)

Auteur jaartal	M/v	Leeftijd (in jr)	Verstandelijke handicap	Psychiatrische diagnose	Methode ECT	Nabehandeling	Effect
Chanpattana 1999 (vervolg)	m	21	matig (IQ = 52)	paranoïde schizofrenie	21 x bilateraal ECT, 3 x per week + flupenthixol 1 dd 24 mg	onderhouds-ECT, 1 x per week (recidief na vermindering tot 1 x per 2 weken)	verbetering tot: BPRS 16-30; MMSE 21-25
	m	45	matig (IQ = 45)	paranoïde schizofrenie	4 x bilateraal ECT + flupenthixol 1 dd 24 mg	onderhouds-ECT, 1 x per week, na 2 maanden 1 x per 2 weken	verbetering tot: BPRS 9-19; MMSE 26-30; recidief 4 maanden na stoppen onderhouds-ECT
Van Waarde 2000 (dit artikel)	v	67	licht (IQ = ?)	bipolaire stoornis, psychotische depressie	9 x bilateraal ECT, 2 x per week	olanzapine 1 dd 15 mg; venlafaxine 1 dd 75 mg	verbetering, recidief na 2 maanden
	m	55	matig (IQ = 45)	ernstige depressie + PDD	9 x bilateraal poliklinische ECT, 2 x per week	fluvoxamine 1 dd 100 mg	verbetering

? = onbekend/niet omschreven

Afkortingen:

ABS	Adaptive Behaviour Scale
BPRS	Brief Psychiatric Rating Scale
COPD	Chronisch Obstructief Pulmonaal Lijden
GAF	Global Assessment of Functioning Scale
MMSE	Minimal Mental State Examination
PDD	Pervasieve ontwikkelingsstoornis

(spreiding totaal IQ: 70-21). De psychiatrische diagnose was in de meeste gevallen een psychotische, uni- dan wel bipolaire depressie. Ook werden andere psychotische beelden genoemd, soms gediagnosticeerd als schizoaffectieve stoornis of schizofrenie. Thuppall & Fink (1999) beschrijven het gedrag van een 18-jarige matig verstandelijk gehandicapte man, zonder een uitspraak te doen

over de psychiatrische diagnose: agressief gedrag, verminderde slaap, agitatie, willekeurige bewegingen, spierstijfheid, verminderde eetlust en urineretentie.

De gebruikte methode was wisselend. Het totale aantal ECT-sessies varieerde (spreiding: 2-21 keer), waarbij de ECT uni- of bilateraal werd toegediend. Behandeling vond klinisch en/of



poliklinisch plaats. Er was nabehandeling met medicatie en/of onderhouds-ECT.

In de meeste gevallen was er een duidelijke verbetering van de klinische toestand van de patiënt, zonder belangrijke bijwerkingen of negatieve consequenties van de ECT. In één geval werd de ECT afgebroken in verband met optredende agitatie en hypoxie, namelijk bij een 64-jarige man met ook uitgebreide somatische problematiek. De stemming was overigens na de ECT verbeterd (Thuppal & Fink 1999). In één artikel werd ECT beschreven bij twee patiënten met een psychotische depressie gesuperponeerd op een dysthyme stoornis. De recidiverende depressieve stoornis bovenop de dysthymie verbeterde wel met ECT; de dysthyme stoornis bleef echter in beide gevallen aanwezig (Jancair & Gunaratne 1994). Een andere auteur kwalificeerde ECT als 'zonder groot voordeel' bij één van drie van zijn patiënten. Dit werd overigens summier gerapporteerd bij een 19-jarige zwakbegaafde man met een catatone psychose, bij wie tevens ernstige gezinsproblematiek speelde (Payne 1968).

Bij 14 van de 29 beschreven patiënten, inclusief de onze, werd melding gemaakt van recidiveren van de stoornis na beëindiging van de initiële ECT of de vervolgt-ECT. Bij 10 van de 29 patiënten werd vervolgt- en/of onderhouds-ECT uitgevoerd, waarbij vervolgt-ECT bedoeld was ter preventie van terugval en onderhouds-ECT om een recidief te voorkomen.

Uiteraard moeten deze gegevens met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Bij deze casuïstiek lijken met name gunstige behandelresultaten gepubliceerd, waardoor een publicatie-bias waarschijnlijk aanwezig is. Daarnaast is de verbetering meestal niet met gevalideerde meetinstrumenten vastgelegd. Dit is te verklaren doordat de gebruikelijke meet-schalen niet gevalideerd zijn voor mensen met een verstandelijke handicap. De uitkomstmaat is vaak gebaseerd op het klinisch oordeel, waarbij meestal het gedrag (bijvoorbeeld: terugkeer van vaardigheden, verbetering slaappatroon, vermindering van automutilatie en restrictieve

maatregelen) en enkele objectieve parameters (bijvoorbeeld: gewicht, pols, tensie) zijn geëvalueerd. Twee auteurs legden de verbetering door behandeling vast met de Brief Psychiatric Rating Scale (Gabriel 1998; Chanpattana 1999). Ook bij onze patiënten bleek het niet mogelijk een meet-schaal betrouwbaar af te nemen.

#### ECT IN DE PRAKTIJK BIJ MENSEN MET EEN VERSTANDELIJKE HANDICAP

Uit de ziektegeschiedenissen die wij vonden in de literatuur en die wij in dit artikel beschrijven, blijkt elektroconvulsie therapie een adequate behandeling voor een affectieve psychose bij verstandelijk handicaptten. Bij de meeste beschreven patiënten was de indicatie voor de behandeling gelijk aan die bij de normaal begaafde populatie: een ernstige depressieve stoornis met resistentie voor meerdere medicamenteuze behandelingen, waarbij uitstel van de behandeling niet langer verantwoord was (Van Bommel e.a. 1992).

In de praktijk schuilt voor de psychiater waarschijnlijk het grootste probleem in de diagnostische belemmeringen waarmee zij of hij geconfronteerd wordt bij mensen met een verstandelijke handicap en een psychiatrische stoornis. Hoe stelt men bijvoorbeeld een psychotische depressie vast bij iemand die zich niet verbaal kan uiten? Ook is bekend dat psychiatrische symptomen zich atypisch kunnen manifesteren bij deze patiënten, waardoor ze wellicht niet als passend bij een depressieve stoornis worden herkend. Ten slotte wordt soms de mogelijkheid van het aanwezig zijn van een psychiatrische stoornis in het geheel niet overwogen. Eerder omschreven wij dergelijke moeilijkheden in de diagnostiek en gaven wij aandachtspunten voor het psychiatrische onderzoek bij verstandelijk gehandicapten (Van Waarde e.a. 1999). Ondanks deze beperkingen menen sommige auteurs dat het zelfs mogelijk is bij ernstig en diep verstandelijk gehandicapten stemmingsstoornissen en andere psychiatrische diagnoses vast te stellen (King e.a. 1994). Wij steunen deze mening en vinden dat als

een psychiatrische stoornis waarschijnlijk is, behandeling daarvan (waaronder elektroconvulsie therapie) moet worden overwogen.

Daarnaast is er een ander argument waarom ECT gebruikt zou kunnen worden bij deze groep. Volgens Clarke (1997) zijn mensen met een verstandelijke handicap bijzonder gevoelig voor bijwerkingen van (psychotrope) medicatie; deels vanwege het bestaan van andere aandoeningen (zoals cerebrale schade, epilepsie, obstipatie) en deels doordat communicatieproblemen hun mogelijkheid beperken om lichamelijke verschijnselen aan de arts of begeleider te melden. Verhoeven & Tuinier (1999b) beschreven uitgebreid diverse complicaties van het gebruik van psychofarmaca bij verstandelijk gehandicapten. Specifiek onderzoek naar bijwerkingen van antidepressiva bij verstandelijk gehandicapten is ons overigens niet bekend. In hun recente artikel over psychofarmacotherapie bij verstandelijk gehandicapten pleitten Santosh & Baird (1999) dringend voor wetenschappelijk onderzoek naar bijwerkingen van psychotrope medicatie bij deze doelgroep. Naar onze mening kan elektroconvulsie therapie bij verstandelijk gehandicapten die ernstige bijwerkingen ondervinden van medicatie, een middel van eerste keus zijn, zoals ook bij ouderen. Neurologische aandoeningen, vaker aanwezig bij mensen met een verstandelijke handicap, zijn meestal geen contraïndicatie voor ECT (Dubovsky 1986).

In onze ervaring was bij de beschreven patiënten elektroconvulsie therapie technisch goed mogelijk. De behandelprocedure (dosering, anesthesie, enzovoort) was bij deze patiënten niet anders. Noemenswaardige bijwerkingen of complicaties deden zich niet voor en er werd snel resultaat van de behandeling gezien. In deze opzichten verschilden onze patiënten niet met de in de literatuur beschreven anderen.

Onze behandelingen werden ook poliklinisch uitgevoerd. De patiënten kregen daarbij tweemaal per week ECT. Bij patiënte A leverde dit geen problemen op, mits het vervoer en de begeleiding vanuit de woonvoorziening gewaarborgd

waren. Patiënt B kon door zijn angst het verblijf op de PAAZ niet volhouden. De voor hem onbekende omgeving, samen met de onmogelijkheid om op de PAAZ omstandigheden te creëren waarin rekening gehouden kon worden met de eveneens aanwezige verstandelijke handicap en autistische stoornis, waren voor hem zeer beangstigend. Door het poliklinisch uitvoeren van de ECT kon hij in zijn vertrouwde omgeving blijven en verliepen de behandelingen voor hem minder belastend. Ondanks deze maatregel moest hij ook extra sederende medicatie gebruiken om vervoerd te kunnen worden.

Een belangrijk aspect van het poliklinisch uitvoeren van ECT is de praktische organisatie. De patiënt en zijn begeleiders moeten goed geïnstrueerd worden. Verantwoordelijkheden dienen duidelijk te zijn en de woonvoorziening moet flexibel met de frequentie van de behandeling kunnen omgaan (Gieteling e.a. 1998).

Bij patiënte A trad twee maanden nadat de ECT was afgerond een recidief psychotische depressie op. In ons literatuuronderzoek bleek dat ook andere auteurs veelvuldig melding doen van recidiverende stoornissen, waarna in veel gevallen overgegaan werd op een onderhoudsbehandeling met elektroconvulsie therapie. Dit lijkt niet een specifiek probleem in de behandeling van verstandelijk gehandicapten. Bij ECT in de normaal begaafde populatie komen recidieven regelmatig voor en kan onderhouds-ECT in sommige gevallen een optie zijn (Rabheru & Persad 1997; Van den Broek e.a. 1999).

#### ETHISCHE EN JURIDISCHE ASPECTEN

Wij bemerkten een onbekendheid bij de staf van de woonvoorzieningen ten aanzien van de behandel mogelijkheden met elektroconvulsie therapie. Ook bestonden de nodige vooroordelen en misverstanden. Bij patiënte A werd ECT aanvankelijk door een enkele groepsleider als 'straf' gezien; bij patiënt B dachten sommigen dat de behandeling eenmalig was. Deze situatie is een verschil met de praktijk in de normaal begaafde

populatie, waarin de psychiater meestal alleen met de patiënt en zijn naasten te maken heeft. Uitgebreide voorlichting verminderde de onbekendheid en vooroordelen bij de staf, zodat de patiënten voor behandeling konden worden doorverwezen.

Een ander aspect was de vereiste toestemming voor de behandeling. Patiënte A was bij de eerste behandeling zelf niet meer in staat haar wil te uiten en er was geen familie meer beschikbaar om voor haar te beslissen. Vanuit de gedachte dat patiënte was opgenomen in een instelling voor verstandelijk gehandicapten en dat van daaruit een verantwoordelijkheid voor begeleiding voortvloeit, vroegen wij het hoofd van haar woonvoorziening om toestemming. De patiënte bevond zich tevens in een levensbedreigende situatie, waardoor wij vanuit onze wettelijke plicht tot 'goed hulpverlenerschap' tot uitvoering van de behandeling konden overgaan zonder haar eigen expliciete toestemming. Tijdens het recidief respecteerden wij haar aanvankelijke weigering van de ECT. Wij achtten haar hierin wilsbekwaam, omdat zij gezien haar uitlatingen goed wist waar zij over besliste. Na verdere achteruitgang van de depressie en met toename van haar lijdensdruk gaf patiënte alsnog toestemming na uitgebreide voorlichting en de belofte dat de behandeling poliklinisch zou worden uitgevoerd. Bij patiënt B, die ook niet in staat was zijn wil kenbaar te maken, gaf zijn zus vervangende toestemming.

Wanneer een patiënt onder curatele is gesteld, dient de psychiater toestemming voor behandeling te hebben van de curator, en wanneer er door de rechter een mentor is benoemd, geldt dat deze mede beslist ten aanzien van de behandeling en de patiënt in deze vertegenwoordigt (Ministerie van Justitie 1997). Belangrijk in de overwegingen om tot ECT over te gaan blijft uiteraard de mening hierover van de patiënt, los van een eventueel benoemde curator of mentor.

## CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN VOOR DE PRAKTIJK


De beschrijvingen in de literatuur en onze ervaringen tonen dat elektroconvulsietherapie een goede behandeloptie is voor mensen met een verstandelijke handicap met een ernstige affectieve stoornis. Uit ons literatuuronderzoek blijkt dat er echter geen gecontroleerde onderzoeken zijn gedaan naar het effect van elektroconvulsietherapie bij deze doelgroep. Slechts één auteur pleit expliciet voor grote prospectieve studies ter evaluatie van deze behandelvorm (Lazarus e.a. 1990). Recidiveren van de stemmingsstoornis na ECT komt helaas regelmatig voor. Diverse auteurs beschrijven het toepassen van vervolgen/of onderhouds-ECT in deze gevallen.

De ECT dient te worden uitgevoerd door daarin bekwame psychiaters, waarbij het voortsnog aangewezen lijkt deze behandeling toe te passen in gespecialiseerde en goed geoutilleerde centra (Gieteling e.a. 1998). Ervaring in de omgang met mensen met een verstandelijke handicap is gewenst, maar voor de behandeling zeker niet vereist. Specifieke aanpassing van de elektroconvulsietherapie aan de verstandelijk gehandicapte is niet nodig en ECT kan volgens de gebruikelijke standaard worden uitgevoerd. Belangrijker is adequate psychiatrische diagnostiek bij deze doelgroep, van waaruit de indicatiestelling voor ECT kan voortkomen. Diagnostische beperkingen kunnen een probleem zijn, met name bij de ernstiger verstandelijk gehandicapten.

Bij de voorbereiding en het informed consent dient rekening te worden gehouden met de verstandelijke beperking van de patiënt. De hulp van een vertegenwoordiger (bijvoorbeeld familie, curator, mentor en/of de groepsleider van de woonvoorziening) is onontbeerlijk. Bij de behandeling van mensen met een verstandelijke handicap die in een instelling wonen, is het van belang rekening te houden met de beperkte kennis bij de groepsleiders van psychiatrische aandoeningen, behandelingen en bijwerkingen

hiervan. Toch verdient het aanbeveling om na te gaan of de behandeling poliklinisch vanuit de woonvoorziening kan worden uitgevoerd. In instellingen voor verstandelijk gehandicapten bestaat meestal ervaring met de opvang van mensen die vlak daarvoor onder lichte anesthesie zijn geweest (bijvoorbeeld in verband met tandheelkundige behandelingen). De groepsleiding moet dan worden geïnstrueerd met name te observeren op verwardheid, hoofd- en spierpijn en geheugenstoornissen, ontstaan na de ECT, en deze te melden aan de behandelend psychiater. Vaak is er een arts in de instelling aanwezig en is er 24 uur per dag toezicht mogelijk. Zo kan de patiënt in zijn eigen vertrouwde omgeving blijven. Onze ervaring is dat dit, mits goed ingeschat en voorbereid, op een veilige wijze kan geschieden.

Ten slotte stellen wij dat, bij een juiste indicatiestelling, elektroconvulsietherapie als een veilige, snelle en doeltreffende behandeling van een medicatieresistente ernstige depressieve stoornis aan mensen met een verstandelijke handicap moet worden aangeboden.

 Wij danken W.W. van den Broek, als psychiater verbonden aan het Academisch Ziekenhuis Rotterdam-Dijkzigt, voor zijn kritische commentaar op het manuscript, en mevrouw A. Vergeer, bibliothecaresse bij het Psychiatrisch Ziekenhuis Amsterdam, voor het helpen verzamelen van de literatuur.

#### LITERATUUR

- Abrams, R. (1997). *Electroconvulsive therapy*. 3e editie. New York: Oxford University Press.
- Bates, W.J., & Smeltzer, D.J. (1982). Electroconvulsive treatment of psychotic self-injurious behavior in a patient with severe mental retardation. *American Journal of Psychiatry*, 139, 1355-1356.
- Bebchuk, J.M., Barnhill, J., & Dawkins, K. (1996). ECT and mental retardation [letter]. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1231.
- Bemmel, A.L. van, Berkestijn, J.W.B.M. van, Groot, P.A., e.a. (1992). Electroconvulsie therapie. Aanbevelingen voor indicatiestelling, informed consent en uitvoering. Rapport van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Utrecht: NVvP.
- Broek, W.W. van den, Leentjens, A.F.G., & Verwey, B. (red.) (1999). *Electroconvulsietherapie*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Chanpattana, W. (1999). Maintenance ECT in mentally retarded, treatment-resistant schizophrenic patients. *Journal of ECT*, 15, 150-153.
- Clarke, D. (1997). Physical treatments. In Read, S.G. (red.), *Psychiatry in learning disability* (pp. 350-379). London: W.B. Saunders Company Ltd.
- Dubovsky, S.L. (1986). Using electroconvulsive therapy for patients with neurological disease. *Hospital and Community Psychiatry*, 37, 819-825.
- Gabriel, A. (1998). ECT continuation and maintenance in a patient with psychosis and mental disability [letter]. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43, 305-306.
- Gieteling, M., Hoekstra, R., Broek, W.W. van den, e.a. (1998). Vervolgbehandeling met electroconvulsietherapie bij medicatieresistente depressie. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 142, 2110-2112.
- Goldstein, M.Z., & Jensvold, M.F. (1989). ECT treatment of an elderly mentally retarded man. *Psychosomatics*, 30, 104-106.
- Guze, B.H., Weinman, B., & Diamond, R.P. (1987). Use of ECT to treat bipolar depression in a mental retardate with cerebral palsy. *Convulsive Therapy*, 3, 60-64.
- Jancar, J., & Gunaratne, J. (1994). Dysthymia and mental handicap. *British Journal of Psychiatry*, 164, 691-693.
- Karvounis, S., Holt, G., & Hodgkiss, A. (1992). Out-patient ECT for depression in a man with moderate learning disability [letter]. *British Journal of Psychiatry*, 161, 426-427.
- Kearns, A. (1987). Cotard's syndrome in a mentally handicapped man. *British Journal of Psychiatry*, 150, 112-114.
- King, B.H., DeAntonio, C., McCracken, J.T., e.a. (1994). Psychiatric consultation in severe and profound mental retardation. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1802-1808.
- Kraijer, D.W., & Plas, J.J. (1997). Psychodiagnostiek in de zorg voor verstandelijk gehandicapte mensen (pp. 174-179). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Lazarus, A., Jaffe, R.L., & Dubin, W.R. (1990). Electroconvulsive therapy and major depression in Down's syndrome. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51, 422-425.
- McClelland, R. (1996). ECT in learning disability psychiatry. In I. Freeman, *ECT-1995: Second Report of the Royal College of Psychiatrists' Special Committee on ECT* (pp. 24-25). London: Royal College of Psychiatrists.
- Merrill, R.D. (1990). ECT for a patient with profound mental retardation. *American Journal of Psychiatry*, 147, 256-257.

- Ministerie van Justitie (1997). Curatele, bewind en mentorschap. Den Haag: Ministerie van Justitie, Afdeling Service-voorlichting.
- Payne, R. (1968). The psychotic subnormal. *Journal of Mental Subnormality*, 14, 25-34.
- Puri, B.K., Langa, A., Coleman, R.M., e.a. (1992). The clinical efficacy of maintenance Electroconvulsive Therapy in a patient with a mild mental handicap. *British Journal of Psychiatry*, 161, 707-709.
- Rabheru, K., & Persad, E. (1997). A review of continuation and maintenance electroconvulsive therapy. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 476-484.
- Santosh, P.J., & Baird, G. (1999). Psychopharmacotherapy in children and adults with intellectual disability. *Lancet*, 354, 233-242.
- Thuppal, M., & Fink, M. (1999). Electroconvulsive therapy and mental retardation. *Journal of ECT*, 15, 140-149.
- Verhoeven, W.M.A., Tuinier, S., & Curfs, L.M.G. (1999a). Neuropsychiatrische diagnostiek bij verstandelijk gehandicapten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 41, 151-163.
- Verhoeven, W.M.A., & Tuinier, S. (1999b). Farmacotherapie bij verstandelijk gehandicapten met gedragsstoornissen en/of psychiatrische aandoeningen. Een dimensionale benadering. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 41, 219-231.
- Waarde, J.A. van, Stolker, J.J., & Van, H.L. (1999). Gedragsveranderingen bij mensen met een verstandelijke handicap begrepen en behandeld door consultatieve psychiatrie. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 143, 1801-1804.
- Warren, A.C., Holroyd, S., & Folstein, M.F. (1989). Major depression in Down's syndrome. *British Journal of Psychiatry*, 155, 202-205.

## AUTEURS

J.A. VAN WAARDE, assistent-geneeskundige, Psychiatrisch Ziekenhuis Amsterdam.

J.J. STOLKER, psychiater, H.C. Rümke Groep, afdeling Wier, Den Dolder.

Mevrouw A.C.A. SOLEMAN, psychiater, Sint Lucas Andreas Ziekenhuis, afdeling psychiatrie, Amsterdam.

Correspondentieadres: J.A. van Waarde, p/a Psychiatrisch Ziekenhuis Amsterdam, 2e Constantijn Huygensstraat 37, 1054AG Amsterdam (t.a.v. A-opleidingssecretariaat).

E-mail: jvwaarde@worldonline.nl

Geen strijdige belangen medegeedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 11-11-1999.

## SUMMARY

Electroconvulsive therapy in people with intellectual disabilities. Case reports and review of the literature – J.A. van Waarde, J.J. Stolker, A.C.A. Soleman –

**BACKGROUND** In people with an intellectual disability severe depressive disorders can be diagnosed. Electroconvulsive therapy (ECT) is a safe, rapid and effective treatment of depressive disorders.

**AIMS** In this overview case reports of two patients with an intellectual disability are described, who were successfully treated with ECT for a severe depressive disorder. Also a review of literature is presented.

**METHOD** In standard works and Medline was searched for literature of ECT in intellectually disabled people.

**RESULTS** Totally 27 patients were found. In case reports good results of ECT in these patients are reported.

**CONCLUSIONS** The authors argue to treat people with an intellectual disability, like non-handicapped, with ECT when indicated such as in a severe depressive disorder, in which multiple medication has failed or medication is contraindicated because of severe side effects for which intellectually disabled patients are more sensitive, or when the psychiatric disorder demands urgent treatment.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 42 (2000) 11, 811-824]

**KEYWORDS** depression, electroconvulsive therapy, intellectual disability, mental retardation