

Repetitief onaangepast seksueel gedrag bij geagiteerde depressie: katatone stereotypie?

I. Boonen, N. Van de Velde, H. Tandt, C. De Smul, G. Lemmens

Samenvatting Katatonie is een ernstig syndroom gekenmerkt door psychomotore symptomen waaronder stereotypieën: repetitieve, abnormaal frequente, niet-doelgerichte bewegingen. Er is geen eensgezindheid over het aantal symptomen noodzakelijk voor diagnose. We zagen repetitief onaangepast seksueel gedrag bij een patiënt met bipolaire depressie en geagiteerde katatonie (score op Bush-Francis Catatonia Rating Scale: 12). Elektroconvulsietherapie (ECT) leidde tot verdwijnen van katatonie, het onaangepast seksueel gedrag en remissie van depressie. Een recidiefepisode met vergelijkbaar gedrag werd opnieuw succesvol behandeld met ECT. Wij interpreteerden het repetitief onaangepast seksueel gedrag als een katatone stereotypie. Vergelijkbare stereotypieën zijn beschreven bij kinderen met autismespectrumstoornis. Tics en zelfverwondend gedrag bij patiënten met autisme kunnen een stereotypie binnen katatonie zijn. Differentiaaldiagnostisch beschouwden we de geagiteerde depressie met het beschreven repetitieve gedrag als uiting van psychomotore agitatie. Meer onderzoek is nodig naar de verschillende psychomotore symptomen bij katatonie en specifiek naar repetitief onaangepast seksueel gedrag als mogelijke katatone stereotypie.

Katatonie is een psychomotor syndroom dat gekenmerkt wordt door verschillende motorische, affectieve en gedragsmatige symptomen (Bush e.a. 1996; Northoff 2002). Verschillende subtypes van katatonie worden beschreven met het psychomotor geremde subtype als vaakst voorkomend met onder andere immobiliteit, mutisme, beperkte vocht- en voedselinname, starend oogcontact, rigiditeit, katalepsie, stereotypieën en maniërismen als mogelijke symptomen (Rasmussen e.a. 2016).

De geagiteerde vorm van katatonie wordt gekenmerkt door opwinding of psychomotore agitatie, maar patiënten kunnen ook symptomen zoals stereotypieën, impulsiviteit en/of vijandigheid vertonen (Bush e.a. 1996; Rasmussen e.a. 2016). Stereotypieën zijn een bekend symptoom van katatonie en worden beschreven als repetitieve, abnormaal frequente, niet-doelgerichte bewegingen.

Katatonie komt voor bij ongeveer 10% van patiënten met een acuut psychiatrisch toestandsbeeld en wordt het vaakst gediagnosticeerd bij patiënten met een stemmingsstoornis (Bush e.a. 1996; Rasmussen e.a. 2016). Ondanks de hoge prevalentie van katatonie, is er sprake van een belangrijke onderdiagnostiek (Bush e.a. 1996; Rasmussen e.a. 2016). Deze onderdiagnostiek is onder

andere te verklaren door de verscheidenheid aan symptomen en klinische tekens (Bush e.a. 1996; Rasmussen e.a. 2016). Bovendien bestaat er in de literatuur geen eensgezindheid over het aantal symptomen dat nodig is om de diagnose van katatonie te stellen; naargelang de bron spreekt men over de aanwezigheid van minimaal 1 tot 4 symptomen (Bush e.a. 1996). Volgens de DSM-5 daarentegen dienen voor katatonie minstens 3 van de 12 vermelde symptomen aanwezig te zijn (American Psychiatric Association 2013).

Lorazepam is de eerstelijnsbehandeling bij katatonie (Bush e.a. 1996; Rasmussen e.a. 2016). Ernstige vormen van katatonie, die potentieel levensbedreigend zijn, worden behandeld met elektroconvulsietherapie (ECT); dit geldt ook indien er onvoldoende respons op behandeling met lorazepam is (Bush e.a. 1996; Rasmussen e.a. 2016).

Wij beschrijven de casus van geagiteerde katatonie bij een patiënt met een bipolaire depressie met repetitief onaangepast seksueel gedrag die succesvol behandeld werd met elektroconvulsietherapie.

AUTEURS

Iris Boonen, ten tijde van het schrijven van dit artikel: arts in opleiding tot psychiater, UZ Gent; thans: psychiater, Psychiatrisch Ziekenhuis Asster, Sint-Truiden.

Nele Van de Velde, psychiater, UZ Gent.

Hannelore Tandt, psychiater, UZ Gent.

Caroline De Smul, psychiater, PC Dr. Guislain, Gent.

Gilbert Lemmens, hoofddocent Psychiatrie en diensthoofd Psychiatrie, UZ Gent.

Correspondentieadres

Dr. Iris Boonen, Psychiatrisch Ziekenhuis Asster, Halmaalweg 2, 3800 Sint-Truiden, België.

E-mail: Iris.Boonen@asster.be

Geen strijdige belangen meegegeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 7-10-2020.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2021;63(4):301-304

GEVALSBESCHRIJVING

Patiënte A, een 55-jarige vrouw met een bipolaire stoornis, werd opgenomen in het ziekenhuis met een depressie met psychotische kenmerken en katatonie. Ze had een eerste depressieve episode (met psychotische kenmerken) op 53-jarige leeftijd. Nadien volgden een hypomane episode en een tweede depressieve episode met psychotische en katatone kenmerken die succesvol behandeld werd met ECT. Patiënte nam bij aanvang van opname de volgende medicatie: lithiumcarbonaat 750 mg daags, trazodon 200 mg daags en estradiolvaleraat 2 mg daags. Daarnaast nam patiënte tevens 8 mg lorazepam daags wegens vermoeden van katatonie.

De huidige depressieve episode kenmerkte zich door uitgesproken interesseverlies, insomnie, concentratieproblemen en subjectieve geheugenproblemen. Naast visuele hallucinaties waren er stemmingscongruente wanen, zoals armoedewanen, de overtuiging dementie te hebben en te zullen sterven.

De psychomotoriek was duidelijk verstoord waarbij patiënte er niet in slaagde op haar stoel te blijven zitten tijdens het opnamegesprek. Daarnaast was er sprake van stereotiepe lipbewegingen, ijsberen en repetitieve wrijvende bewegingen ter hoogte van de genitaliën gelijkend op handelingen die worden uitgevoerd bij masturbatie. Dit onaangepast en repetitief aanraken van de genitaliën deed zich meerdere malen per dag voor in de gemeenschappelijke ruimtes van de psychiatrische afdeling van het ziekenhuis. De patiënte slaagde er niet in om deze repetitief wrijvende bewegingen te stoppen ondanks verbale vermaning van het verzorgend personeel. Ook gaven deze bewegingen geen verlichting van de (seksuele) arousal die ze voortdurend rapporteerde. Er werd geen ander onaangepast gedrag of andere vorm van desinhibitie naar anderen opgemerkt.

Diagnostiek

Wegens het vermoeden van een katatoon toestandsbeeld

werd de *Bush-Francis Catatonia Rating Scale* (BFCRS) afgenomen. De aanwezigheid van katatonie werd bevestigd op basis van de aanwezigheid van 3 van de eerste 14 symptomen uit deze vragenlijst (*Bush-Francis Catatonia Screening Instrument*; BFCSI), namelijk opwinding, stereotypie en rigiditeit. Qua ernst scoorde patiënte bij opname 12 op de BFCRS (opwinding: 3, stereotypie: 3, rigiditeit: 2, perseveratie: 3 en autonome instabiliteit: 1). Er werden geen afwijkingen gezien bij elektro-encefalogram (eeg), magnetischeresonantiebeeldvorming (MRI) van de hersenen noch bij een standaardbloedafname.

Behandeling

De dosis lorazepam werd tijdens opname getitreerd tot 16 mg per dag met onvoldoende respons (totaalscore BFCRS: 11). Er werd overgegaan op ECT met bitemporale elektrodepositie, 3 keer per week. Na 5 sessies ECT was er een significante verbetering van zowel de katatone kenmerken als het repetitief onaangepast seksueel gedrag. Klinische remissie werd bereikt na 9 sessies ECT. Tijdens opname kon lorazepam gradueel afgebouwd worden. Een terugkeer van depressieve klachten noopte tot het voortzetten van de ECT met nog 11 bijkomende sessies. Onderhoudsbehandeling na ECT bestond uit het voortzetten van lithiumcarbonaat, 1200 mg daags met een lithiumspiegel van 0,6 mmol/l.

Recidiefepisode

Een jaar na deze episode kreeg patiënte een uitgesproken manische episode waardoor een opname in een psychiatrisch ziekenhuis onder gedwongen voorwaarden noodzakelijk was. Zij werd behandeld met antipsychotica. In de nasleep hiervan keerden depressieve symptomen met de bekende agitatie terug. Patiënte werd opnieuw verwezen voor ECT wegens deze depressieve episode met katatone symptomen zoals ijsberen, impulsiviteit en stereotypieën inclusief repetitief wrijvende bewegingen ter hoogte van de genitaliën. Bij opname bedroeg de totaalscore op BFCRS 10 (opwinding: 2, ste-

reotypie: 3, rigiditeit: 1, perseveratie: 3 en autonome instabiliteit: 1) met een daling tot een score van 4 na behandeling met lorazepam en een score van 0 na ECT. Ten tijde van het schrijven van dit artikel was de stemming van de patiënte stabiel onder tweewekelijkse onderhoudsbehandeling met ECT. Verder werd er geen repetitief onaangepast seksueel gedrag meer geobserveerd of gerapporteerd.

BESPREKING

Katatonie als verklaring

In deze casusbeschrijving vermelden we de aanwezigheid van geagiteerde katatonie. De diagnose van katatonie steunt op de aanwezigheid van 3 van de eerste 14 symptomen opgesomd in de BFCRS: psychomotore agitatie, rigiditeit bij passieve bewegingen van de bovenste ledematen en stereotypieën. Bush e.a. stellen dat bij het gebruik van BFCRS de aanwezigheid van minstens 2 van de eerste 14 symptomen gedurende meer dan 24 uur noodzakelijk is om de diagnose van katatonie te stellen, dit is het BFCSI (Bush e.a. 1996). De ernst van katatonie wordt dan weer bepaald door de som te nemen van de ernst gescoord op alle 23 items, gaande van 0 tot 3 per item (Bush e.a. 1996).

Heel wat gedragingen van onze patiënte hadden een repetitief en niet-doelgericht karakter, namelijk: het ijsberen, de lipbewegingen, haar spraak, maar ook het seksueel onaangepast gedrag. Dit gedrag deed zich meerdere keren per dag voor en patiënte ervoer er geen controle over, zelfs niet na externe aansturing door verpleegkundigen. Daarnaast gaf het geen verlichting van de ervaren seksuele arousal. De hypothese is dan ook dat het seksueel onaangepast gedrag een stereotypie is, passend binnen de geagiteerde katatonie. Vergelijkbare stereotypieën, gericht op de persoon zelf, zoals het aanraken van de eigen genitaliën worden beschreven bij kinderen met een autismespectrumstoornis (Goldman e.a. 2009).

Niet voor het eerst wordt de hypothese geformuleerd dat repetitief gedrag dat samenhangt met andere katatone kenmerken en tezelfdertijd verbetert onder de ingestelde behandeling voor katatonie zelf een symptoom is van katatonie. Zo beschreven Dhossche e.a. (2010) tics, die vóórkomen bij autismespectrumstoornis en tourettesyndroom, als plotse en niet-ritmische variaties op stereotypieën bij katatonie. Ook zelfverwondend gedrag bij autismespectrumstoornissen kan beschouwd worden als een stereotypie gezien het repetitieve karakter ervan (Wachtel e.a. 2010).

Niet enkel stereotypieën vormen een gemeenschappelijk kenmerk van katatonie en autismespectrumstoornis, maar ook psychomotore agitatie, rigiditeit, grimassen, mutisme, enz. worden bij beide beschreven (Wachtel e.a. 2010). De hypothese dat tics en zelfverwondend gedrag als stereotypieën soms een mogelijk symptoom

van katatonie vormen, werd ondersteund door de verbetering van respectievelijk tics en zelfverwondend gedrag tezamen met andere katatone kenmerken na een behandeling met elektroconvulsietherapie (Dhossche e.a. 2010; Wachtel e.a. 2010).

De voortdurend aanwezige seksuele arousal kan eveneens wijzen op katatonie gezien vele patiënten met katatonie extreme emoties ervaren. In onderzoek van Northoff rond emotionele belevingen bij patiënten met katatonie is de meest voorkomende emotie angst, maar daarnaast zijn er ook patiënten die positieve emoties zoals euforie en verliefdheid rapporteren (Northoff 2002).

Tot slot wijst het gelijktijdig verminderen van de katatone kenmerken en het repetitief onaangepast seksueel gedrag als gevolg van een behandeling met ECT in de richting van onze hypothese, net zoals het opnieuw verschijnen van dit onaangepast seksueel gedrag binnen een recidief van de depressieve episode met geagiteerde katatonie.

Alternatieve verklaringen

Een alternatieve verklaring voor de aanwezigheid van het onaangepast seksueel gedrag is een uiting van psychomotore agitatie. Deze psychomotore agitatie kan passen bij een gemengde episode binnen de bipolaire stoornis, maar de episode voldoet niet aan de DSM-5-criteria (American Psychiatric Association 2013).

Deze agitatie kan wel passen bij een ernstige depressieve episode met psychomotore agitatie en psychotische kenmerken. De geagiteerde depressie voldoet aan de criteria van een depressieve episode, maar wordt gekenmerkt door motore agitatie en/of intense innerlijke spanning in plaats van psychomotore retardatie die vaak aan depressie wordt gelinkt (Koukopoulos & Koukopoulos 1999; Koukopoulos e.a. 2007). De aanwezigheid van seksuele hyperactiviteit wordt significant vaker vastgesteld bij de geagiteerde depressie in vergelijking met de niet-geagiteerde depressie, maar komt niet zo vaak voor als bij manie (Maj e.a. 2003).

Verschillende auteurs pleiten voor de terugkeer van het concept 'melancholia (agitata)' als afzonderlijke diagnose voor deze vorm van depressie met psychomotore agitatie, psychotische en/of vitale kenmerken (Koukopoulos & Koukopoulos 1999; Koukopoulos e.a. 2007; Dols e.a. 2010). Deze geagiteerde depressie reageert namelijk slecht op antidepressiva met toename van agitatie en insomnie, maar ook toegenomen lijdensdruk inclusief (ernstige) suicidaliteit en het mogelijk ontstaan van psychotische symptomen (Koukopoulos e.a. 2007; Maj e.a. 2003). De episodes houden langer aan dan bij niet-geagiteerde vormen van depressies en daarnaast krijgen patiënten met een geagiteerde depressie hun eerste psychiatrische contact op latere leeftijd en hebben ze gemiddeld meer opnames op een afdeling psychiatrie nodig dan patiënten met een depressie zonder agitatie (Maj e.a. 2003).

De geagiteerde depressie reageert goed op ECT, maar ook antipsychotica en stemmingsstabilisatoren hebben een goed effect (Koukopoulos & Koukopoulos 1999; Koukopoulos e.a. 2007; Dols e.a. 2010). Dit kan verklaren waarom het onaangepast seksueel gedrag tevens verminderde tezamen met de depressieve kenmerken, de psychotische belevingen en de agitatie. Deze verklaring kan ondersteund worden doordat bij patiënte volgens de DSM-5 niet voldaan werd aan de criteria van katatonie (American Psychiatric Association 2013).

Het onaangepast seksueel gedrag zouden we tot slot kunnen interpreteren als seksuele disinhibitie, die aanwezig kan zijn als complicatie van een onderliggende neurocognitieve stoornis. Johnson e.a. (2006) definiëren seksuele disinhibitie als 'een verbale of fysieke uiting met een expliciet, of zo ervaren, seksueel karakter die onaanvaardbaar is in de sociale context waarin deze wordt uitgevoerd'. Deze patiënte vertoonde geen onaangepast seksueel gedrag naar anderen toe noch vertoonde ze gedragsdinhibitie binnen andere domeinen. Er werden geen afwijkingen geconstateerd op MRI die konden wijzen op een abnormaliteit van de frontale cortex of dementie. Aldus konden we de diagnose van (seksuele) disinhibitie niet stellen.

CONCLUSIE

Wij beschreven de aanwezigheid van repetitief onaangepast seksueel gedrag bij een patiënte met een depressie met psychotische kenmerken. We stelden katatonie als waarschijnlijkheidsdiagnose gezien de combinatie van volgende kenmerken: opwinding/agitatie, stereotypie en rigiditeit. Het repetitief onaangepast seksueel gedrag kunnen we in dat geval beschouwen als een stereotypie binnen de katatonie, die gelijktijdig met andere katatonie kenmerken en het onderliggend depressief toestandsbeeld verbeterde onder ECT.

In de literatuur werd reeds eerder de hypothese geponeerd dat tics en zelfverwondend gedrag binnen de autismespectrumstoornis een stereotypie kunnen zijn passend binnen katatonie en verbeterend onder ECT. De onduidelijkheid over de definitie en diagnostiek van katatonie werpt een tegenargument op voor deze hypothese aangezien er discussie kan ontstaan over de diagnose van katatonie bij onze patiënte. Het repetitief onaangepast seksueel gedrag kan men in dat geval verklaren als uiting van psychomotorie agitatie en kan zo symptoom zijn van een geagiteerde depressie. Mogelijk bevinden de psychomotorische symptomen bij katatonie en geagiteerde depressie zich op eenzelfde spectrum van verstoorde motoriek en spraak.

Meer onderzoek is nodig om eensgezindheid te creëren over de definitie van katatonie. Daarnaast is er ook meer onderzoek nodig naar het vóórkomen van repetitief onaangepast seksueel gedrag binnen de context van (geagiteerde) depressie en katatonie zodat getoetst kan worden of dit gedrag een stereotypie binnen katatonie is.

LITERATUUR

- American Psychiatric Association. Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5. Arlington: American Psychiatric Association; 2013. p. 395.
- Bush G, Fink M, Petrides G, Dowling F, Francis A. Catatonia. I. Rating scale and standardized examination. *Acta Psychiatr Scand* 1996; 93: 129-36.
- Dhossche DM, Reti IM, Shettar SM, Wachtel LE. Tics as signs of catatonia: Electroconvulsive therapy response in 2 men. *J ECT* 2010; 26: 266-9.
- Dols A, Rhebergen D, Eikelenboom P, Stek ML. Melancholie; verstoorde beweging of ontstemd gemoed? *Tijdschr Psychiatr* 2010; 52: 583-8.
- Goldman S, Wang C, Salgado MW, Greene PE, Kim M, Rapin I. Motor stereotypies in children with autism and other developmental disorders. *Dev Med Child Neurol* 2009; 51: 30-8.
- Johnson C, Knight C, Alderman N. Challenges associated with the definition and assessment of inappropriate sexual behavior amongst individuals with an acquired neurological impairment. *Brain Inj* 2006; 20: 687-93.
- Koukopoulos A, Koukopoulos A. Agitated depression as a mixed state and the problem of melancholia. *Psychiatr Clin North Am* 1999; 22: 547-64.
- Koukopoulos A, Sani G, Koukopoulos AE, Manfredi G, Pacchiarotti I, Girardi P. Melancholia agitata and mixed depression. *Acta Psychiatr Scand* 2007; 115(Suppl. 433): 50-7.
- Maj M, Pirozzi R, Magliano L, Bartoli L. Agitated depression in Bipolar I disorder: Prevalence, phenomenology and outcome. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 2134-40.
- Northoff G. What catatonia can tell us about 'top-down modulation': a neuropsychiatric hypothesis. *Behav Brain Sci* 2002; 25: 555-604.
- Rasmussen SA, Mazurek MF, Rosebush PI. Catatonia: Our current understanding of its diagnosis, treatment and pathophysiology. *World J Psychiatr* 2016; 6: 391-8.
- Wachtel LE, Dhossche DM. Self-injury in autism as an alternate sign of catatonia: Implications for electroconvulsive therapy. *Med Hypotheses* 2010; 75: 111-4.

SUMMARY

Repetitive inappropriate sexual behaviour as a symptom of agitated depression: catatonic stereotypy?

I. Boonen, N. Van de Velde, H. Tandt, C. De Smul, G. Lemmens

Catatonia is a psychomotor syndrome characterised by multiple symptoms like stereotypies – repetitive, abnormally frequent, non-goal-directed movements. A problem is the lack of unanimity regarding the number of symptoms needed for diagnosis. We describe repetitive inappropriate sexual behaviour in a patient with bipolar depression and excited catatonia with Bush-Francis Catatonia Rating Scale score of 12. Electroconvulsive therapy resulted in disappearance of catatonia and inappropriate sexual behaviour and remission of depression. A recurrent episode with similar inappropriate sexual behaviour was successfully treated with electroconvulsive therapy. We interpreted the repetitive inappropriate sexual behaviour as a catatonic stereotypy. Similar stereotypies are reported in children with autism. Tics and self-injury in patients with autism are described as a stereotypy within catatonia. The agitated depression is another possible diagnosis with the repetitive inappropriate sexual behaviour as an example of psychomotor agitation. More research is needed towards repetitive inappropriate sexual behaviour as a possible stereotypy within catatonia.