

Reactie op 'Katatonie meten: welke schaal te kiezen?'

Rooseleer e.a. (2011) publiceerden in het meinummer van het Tijdschrift voor Psychiatrie een overzichtsartikel waarin zij de bestaande beoordelingsschalen voor katatonie met elkaar vergeleken. In deze reactie op hun artikel formuleren wij enkele aanvullende opmerkingen en introduceren we de Nederlandstalige gevalideerde versie van de Bush-Francis Catatonia Rating Scale (BFCRS).

De auteurs kaarten terecht aan dat katatonie een syndroom is dat lange tijd te weinig aandacht heeft gekregen, zowel in de klinische praktijk als in het wetenschappelijk onderzoek. In een vorig artikel in dit tijdschrift hielden wij eveneens een pleidooi voor het belang van deze psychomotorische symptoomcluster (Morrens e.a. 2008). Ondanks een beperkte daling van de prevalentiecijfers van katatonie sinds de jaren dertig van de vorige eeuw, is dit syndroom zeker niet verdwenen (Stompe e.a. 2002). Zo toonden Chalasani e.a. (2005) bovendien recent aan dat katatonie voorkomt bij 9,6-13,5% van de patiënten opgenomen op een acute psychiatrische afdeling. Daarnaast rapporteerden Oulis en Lykouras (1996) dat in een groep van patiënten met schizofrenie 43% voldeed aan de DSM-IV-criteria voor katatonie, terwijl in de klinische praktijk bij slechts 5% van dezelfde cohort de diagnose katatonie werd gesteld. Deze bevindingen onderstrepen eens te meer dat de clinicus veel minder aandacht lijkt te hebben voor dit syndroom, zoals Rooseleer e.a. (2011) ook opperden.

Verscheidene factoren kunnen verantwoordelijk geacht worden voor de verminderde aandacht voor katatonie. Ten eerste wordt katatonie bijna per definitie als integraal onderdeel van schizofrenie herkend. Deze erfenis van Kraepelin (1919) zit nog steeds vervat in de huidige DSM-IV-TR-classificatie, die katatonie vooral als een subtype van schizofrenie positioneert. Daarnaast

betogen echter meerdere experts (Fink & Taylor 2006; Van Harten 2005) dat dit psychomotorische syndroom eveneens samenhangt met andere psychiatrische aandoeningen, zoals de stemmingsstoornissen en ook neurologische en systemische aandoeningen. Bovendien leidde de introductie van de antipsychotica in de jaren vijftig van de vorige eeuw ertoe dat vele psychomotorische symptomen te snel gezien werden als medicatiegeïnduceerde extrapiramidale symptomen. Dit had dan ook tot gevolg dat de motorische fenomenen die niet veroorzaakt werden door psychofarmaca, maar inherent verbonden waren aan de onderliggende aandoening, vaak niet herkend werden. Dit lijkt heden ten dage nog steeds het geval te zijn (Morrens e.a. 2008).

Ten tweede heeft het ontbreken van een eenduidige definitie van katatonie mogelijk ook bijgedragen aan de verminderde herkenning van dit syndroom, zoals terecht ook vermeld door Rooseleer e.a. Katatonie is een klinisch, empirisch concept dat een heterogene groep van motorische symptomen omvat in combinatie met verstoringen van de stemming en het denken. Kahlbaum (1874) beschreef aanvankelijk 17 symptomen, maar door de jaren groeide het aantal symptomen gestaag en momenteel worden tot meer dan 40 symptomen beschreven (Fink & Taylor 2003). Dit resulteerde dan ook in de ontwikkeling van verschillende klinische schalen met elk een specifieke focus op welbepaalde van deze grote groep symptomen, zoals Rooseleer e.a. in detail beschreven.

In hun vergelijkende literatuurstudie van alle bestaande schalen concludeerden deze auteurs dat de BFCRS de voorkeur zou moeten krijgen voor het gebruik op de klinische werkvloer, voornamelijk op basis van de goede validiteit, betrouwbaarheid en gebruiksvriendelijkheid van deze schaal. Een meerwaarde van de BFCRS is dat deze gebaseerd is op de ruimere definitie van katatonie, met name de aanwezigheid van 2 of meer symptomen uit de beoordelingsschaal (die eveneens als screeningsinstrument gebruikt kan worden).

Tot op heden was de BFCRS niet beschikbaar in het Nederlands. Omdat ook onze onderzoeksgroep van mening is dat deze schaal de best hanteerbare is in de klinische praktijk, hebben we de originele Engelstalige BFCRS omgezet in een Nederlandstalige versie (BFCRS-N; te vinden op [www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl](http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl), in de sectie meetinstrumenten).

De volgende procedure werd hiervoor gebruikt: 3 clinici vertaalden onafhankelijk van elkaar de originele versie naar het Nederlands. Daarna werden deze 3 Nederlandse versies geïntegreerd in één Nederlandstalige versie. Deze laatste versie werd vervolgens terugvertaald naar het Engels door een onafhankelijke vertaler-tolk, die niet betrokken was bij de eerste vertaling. Deze terugvertaalde Engelse versie werd daarna met goed gevolg ter goedkeuring voorgelegd aan de auteur van de originele BFCRS (A. Francis).

We willen dan ook deze Nederlandstalige versie van de BFCRS aanbevelen als screenings- en evaluatie-instrument voor katatonie binnen het Vlaamse en Nederlandse psychiatrische werkveld, in aansluiting op de aanbevelingen van Rooseleer e.a. (2011). We hopen dan ook van harte dat de beschikbaarheid van deze vertaalde versie zal bijdragen tot een nieuwe opwaardering van dit bijna ondergesneeuwde symptoomcluster.

De Nederlandstalige versie van de *Bush-Francis Catatonia Rating Scale* (BFCRS) is te vinden op de site van dit tijdschrift, [www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl](http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl), in de sectie meetinstrumenten.

## LITERATUUR

- Chalasani P, Healy D, Morriss R. Presentation and frequency of catatonia in new admissions to two acute psychiatric admission units in India and Wales. *Psychol Med* 2005; 35: 1667-75.
- Fink M, Taylor MA. *Catatonia: a clinician's guide to diagnosis and treatment*. Cambridge: Cambridge University Press; 2003.
- Fink M, Taylor MA. Catatonia: subtype or syndrome in DSM? *Am J Psychiatry* 2006; 163: 1875-6.
- Harten PN van. Katatonie, een syndroom om te herinneren. *Tijdschr Psychiatr* 2005; 47: 371-82.

- Kahlbaum KL. *Die Katatonie oder das Spannungsirresein. Eine klinischer Form psychischer Krankheit*. Berlin: Hirschwald; 1874.
- Morrens M, Hulstijn W, Sabbe BG. Psychomotorische symptomen bij schizofrenie: het belang van een vergeten syndroom. *Tijdschr Psychiatr* 2008; 50: 713-24.
- Oulis P, Lykouras L. Prevalence and diagnostic correlates of DSM-IV catatonic features among psychiatric inpatients. *J Nerv Ment Dis* 1996; 184: 378-9.
- Rooseleer J, Willaert A, Sienaert P. Katatonie meten: welke schaal te kiezen? *Tijdschr Psychiatr* 2011; 53: 287-98.
- Stompe T, Ortwein-Swoboda G, Ritter K, Schanda H, Friedmann A. Are we witnessing the disappearance of catatonic schizophrenia? *Compr Psychiatr* 2002; 43, 167-74.

## AUTEURS

M. MORRENS is postdoctorand, afdeling Volwassenenpsychiatrie, Universiteit Antwerpen, Antwerpen.

D. SCHRIJVERS is postdoctorand, afdeling Volwassenenpsychiatrie, Universiteit Antwerpen, Antwerpen.

B. SABBE is hoogleraar Medische Psychologie en Psychiatrie aan de Universiteit Antwerpen en psychiater-psychotherapeut in het Psychiatrisch Ziekenhuis Sint-Norbertus te Duffel.

Correspondentieadres: M. Morrens, Collaborative Antwerp Psychiatric Research Institute (CAPRI), Campus Drie Eiken, Universiteitsplein 1, B-2610 Antwerpen (Wilrijk), België.

E-mail: mmorrens@hotmail.com.

Geen strijdige belangen meegegeeld.

TITLE IN ENGLISH Reaction on 'Rating scales for assessing catatonia; which ones are the best?'

## ANTWOORD aan Morrens, Schrijvers &amp; Sabbe

Wij danken de collegae Morrens e.a. voor hun positieve commentaar op ons overzichtsartikel. Aangezien de focus van het artikel op de beschrijving van de verschillende meetinstrumenten lag, ontbrak het ons aan ruimte om de conceptuele discussie verder uit te spitten. De opmerkingen die Morrens e.a. maken, zijn daarom des te meer waardevolle aanvullingen bij deze discussie.

Naast de factoren die zij aanhalen als verklaring voor de verminderde aandacht voor en het gebrek aan herkenning van katatonie, is volgens ons de teloorgang van het klinisch 'motorisch' onderzoek van belang. Wanneer een patiënt met een stemmingsstoornis en een uitgesproken psychomotore retardatie niet klinisch onderzocht wordt, zal vaak een katatoon syndroom niet herkend worden. In de huidige psychiatrie is het haast taboe geworden om de patiënt aan te raken. Om katatonie te onderkennen moeten we dit echter wel degelijk doen. De meest in het oog springende symptomen, die de clinicus in staat stellen een zogenaamde *spotdiagnose* te stellen, komen immers slechts in een minderheid van de gevallen voor.

Ons artikel was dan ook niet alleen een overzicht van meetinstrumenten, maar ook een oproep om, op geleide van een screeningsinstrument zoals de BFCRS, van achter het bureau te komen om de patiënten te onderzoeken. Alleen dan zal de herkenning van katatonie verhogen. Dat we daarbij vanaf heden een Nederlandstalige gevalideerde versie kunnen gebruiken juichen we ten zeerste toe.

#### AUTEURS

P. SIENAERT is psychiater-psychotherapeut, Opnamedienst Stemmingsstoornissen en Dienst ECT, Universitair Psychiatrisch Centrum, Katholieke Universiteit Leuven, campus Kortenberg.

J. ROOSELEER is arts in opleiding tot psychiater, Universitair Psychiatrisch Centrum, Katholieke Universiteit Leuven, campus Kortenberg.

Correspondentieadres: P. Sienaert, Leuvensesteenweg 517, 3070 Kortenberg, België.

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