

Reactie op 'Katatonie, een syndroom om te herinneren'

In het artikel 'Katatonie, een syndroom om te herinneren' (Van Harten 2005) zet collega Van Harten uiteen dat herkenning van katatonie van belang is in verband met de vervolgdagnostiek van onderliggende (somatische) oorzaken en het farmacotherapeutische beleid. De recent toegenomen belangstelling voor katatonie hangt waarschijnlijk samen met deze klinische relevantie. Mede gebaseerd op recent eigen onderzoek zouden we graag enige opmerkingen maken bij het overzichtsartikel.

De term 'katatonie' vormt een diagnostische uitdaging en er is nogal wat terminologische verwarring wegens het gebrek aan duidelijkheid omtrent het concept (Ungvari e.a. 2005). De vier subtypes van katatonie die in het artikel (Van Harten 2005) worden onderscheiden zijn als arbitrair te beschouwen, omdat nog steeds geen consensus bestaat over het voorkomen en de afgrenzing van de verschillende verschijningsvormen. Aan één van de in het artikel genoemde subtypes, de periodieke katatonie, dienen de uitvoerige beschrijvingen van Karl Leonhard te worden toegevoegd aan die van Gjessing. Volgens Leonhard wordt de periodieke katatonie namelijk gekenmerkt door kwalitatieve hyperkinetische en akinetische stoornissen van de psychomotoriek gedurende acute psychotische episodes en kan deze daardoor worden onderscheiden van de (cycloïde) motiliteitspsychose (Van der Heijden e.a. 2002a; Leonhard 1999).

Het familieonderzoek/genetisch onderzoek van Stöber en anderen waaraan gerefereerd wordt, was specifiek gericht op de periodieke katatonie volgens Leonhard en niet op de katatone schizofrenie, zoals per abuis staat vermeld. De associatie met een locus op chromosoom 15q15 is inmiddels gerepliceerd en uit een analyse van de haplotypes binnen aangedane families komt naar voren dat partiële penetrantie samengaat met afwezigheid van fenokopieën (Stöber 2005; Stöber e.a. 2002).

In onderzoeken naar de pathofysiologie van katatonie zijn naast de genoemde dopaminehypothese tevens de bij herhaling aangetoonde stoornissen in de GABA-erge transmissie van belang (Caroff e.a. 2004; Northoff e.a. 1999). De betrokkenheid van GABA-erge systemen sluit namelijk nauw aan bij de effectiviteit van benzodiazepinen bij de acute katatonie. Voorts dienen uiteraard de klinisch relevante behandelmogelijkheden van onderliggende aandoeningen, zoals stemmingsstoornissen, schizofrenie en somatische ziektes, te worden genoemd.

Katatonie komt vaker voor dan meestal wordt aangenomen. De prevalentie van het katatone type van schizofrenie lijkt de laatste decennia echter af te nemen (Van der Heijden e.a. 2004). Het is niet duidelijk of het hier een werkelijke afname van een ziektebeeld betreft of een verschuiving naar andere diagnostische categorieën. Ook kan er sprake zijn van diagnostische verwarring met door antipsychotica geïnduceerde bewegingsstoornissen. Bij de herkenning van katatoniesymptomen speelt in elk geval de gehanteerde diagnostische procedure een cruciale rol (Van der Heijden e.a. 2005). Katatoniesymptomen kunnen namelijk sterk variëren gedurende de dag en zijn vaak alleen in de acute fase prominent aanwezig (Van der Heijden e.a. 2002b). Met behulp van op de DSM gerichte diagnostische interviews, waarbij een dwarsdoorsnede buiten de acute fase wordt gemaakt, kan katatonie daarom niet altijd in volle omvang worden vastgesteld (Van der Heijden e.a. 2005). Een screeningsinstrument voor katatonie, zoals de Bush-Francis Catatonia Screening Instrument (14 ja/nee-items), wordt voor dit doel in eerste instantie aanbevolen in plaats van de veel uitgebreidere Bush-Francis Catatonia Rating Scale (Bush e.a. 1996; Van der Heijden e.a. 2005).

Wij sluiten ons van harte aan bij de conclusie van collega Van Harten dat herkenning van katatonie van groot belang is, opdat een effectieve behandeling gegeven kan worden. Het in de samenvatting omschreven doel van het artikel om 'de onderherkenning van katatonie te bevorderen' (!) beschouwen wij als een stilistische poging om de centrale boodschap te benadrukken via omkering in het tegendeel.

LITERATUUR

- Bush, G., Fink, M., Petrides, G., e.a. (1996). Catatonia. I. Rating scale and standardized examination. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93, 129-136.
- Caroff, N.S., Mann, S.C., Francis, A., e.a. (2004). *Catatonia: from psychopathology to neurobiology*. Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Harten, P.N. van. (2005). Katatonie, een syndroom om te herinneren. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 371-382.
- Heijden, F.M.M.A. van der, Tuinier, S., Arts, N.J.M., Hoogendoorn, M.L., e.a. (2005). Catatonia: disappeared or under-diagnosed? *Psychopathology*, 38, 3-8.
- Heijden, F.M.M.A. van der, Tuinier, S., Arts, N.J.M., Kahn, R.S., e.a. (2004). The fall of catatonia? *Schizophrenia Research*, 67 (Suppl. 1), 69-70.
- Heijden, F.M.M.A. van der, Tuinier, S., Pepplinkhuizen, L., van Praag, H.M., e.a. (2002a). Beyond the mainstream: the heuristic value of the cycloid psychosis. *The European Journal of Psychiatry*, 16, 15-26.
- Heijden, F.M.M.A. van der, Tuinier, S., Pepplinkhuizen, L., & Verhoeven, W.M.A. (2002b). Catatonia: the rise and fall of an intriguing psychopathological dimension. *Acta Neuropsychiatrica*, 14, 111-116.
- Leonhard, K. (1999). *Classification of endogenous psychoses and their differentiated etiology*. Vienna: Springer Verlag.
- Northoff, G., Steinke, R., Czervenka, C., e.a. (1999). Decreased density of GABA-A receptors in the left sensorimotor cortex in akinesic catatonia: investigation of in vivo benzodiazepine receptor binding. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 67, 445-450.
- Stöber, G. (2005). Periodic catatonia: a major disease locus on chromosome 15q15 and progress in positional cloning projects. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 6 (Suppl. 1), 67.
- Stöber, G., Seelow, D., Ruschendorf, F., e.a. (2002). Periodic catatonia: confirmation of linkage to chromosome 15 and further evidence for genetic heterogeneity. *Human Genetics*, 111, 323-330.
- Ungvari, G.S., Leung, S.K., Ng, F.S., e.a. (2005). Schizophrenia with prominent catatonic features ('catatonic schizophrenia'): I. Demographic and clinical correlates in the chronic phase. *Progress in Neuro-psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 29, 27-38.

F.M.M.A. VAN DER HEIJDEN, psychiater

S. TUINIER, psychiater

W.M.A. VERHOEVEN, zenuwarts

ANTWOORD aan Van der Heijden, Tuinier en Verhoeven

Ik wil collega's Van der Heijden, Tuinier en Verhoeven hartelijk danken voor hun nuttige opmerkingen over het overzichtsartikel over katatonie. Het lijkt er op dat katatonie een opleving beleeft. Op het artikel kwamen meerdere reacties van collega's die aangaven dat ze de katatonie nu eerder herkenden en bij sommige patiënten een spectaculaire reactie op lorazepam hadden gezien. Dit ondersteunde het doel van het artikel: de onderkenning en de effectieve behandeling van katatonie bevorderen.

Van der Heijden e.a. hebben onderzoek gedaan naar dit soms 'vergeten' onderwerp en hun opmerkingen over de genetica en de betrokkenheid van de GABA-erge systemen vormen een goede aanvulling op de wetenschappelijke discussie over katatonie.

P.N. VAN HARTEN

Reactie op 'Het beloop van schizofrenie en de herkeuring: twee tegenstrijdige bewegingen'

(Her)keuringen en psychiatrie

In het redactioneel van juni (Cahn 2005) wordt een jonge leerling-verpleegkundige beschreven bij wie eind negentiger jaren de diagnose schizofrenie werd gesteld. Na behandeling gaat het haar bij gunstige omstandigheden beter. De behandelend psychiater is optimistisch over de prognose, mede gezien de op dat moment heersende opvatting binnen zijn beroepsgroep. Er zijn enkele restverschijnselen in verband waarmee de jonge vrouw begeleid wordt naar ander werk. Ze wordt 25-35% arbeidsongeschikt verklaard. Maar van hervatting van ander werk blijkt uiteindelijk 6 jaar later niets terechtgekomen. Stages mislukken en ze vertelt telkens weer met andere begeleiders te maken te

krijgen. Ze krijgt een terugval en moet langskomen voor de wettelijke herbeoordeling volgens aangescherpte criteria. Ondanks een brief van haar behandelaar waarin de progressie van het ziektebeeld is vastgelegd, wordt ze in een paar minuten durend gesprek volledig arbeidsgeschikt geacht. De auteur concludeert dat juist patiënten met schizofrenie kwetsbaar zijn voor het verliezen van hun uitkering bij herkeuring. Zij willen niets liever dan werken en wanneer zij na het intrekken van hun uitkering werk zouden vinden is dat natuurlijk prima. Maar het lijkt er niet op dat dit gebeurt. Psychiaters moeten de prognose niet te gunstig inschatten en verzekeringsartsen en trajectbegeleiders beter informeren over schizofrenie. Er moet politieke druk uitgeoefend worden om deze kwetsbare groep niet bij uitstek de dupe te laten worden van het nieuwe WIA-stelsel (Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen).

Of mensen met schizofrenie niets liever willen dan werken kan ik niet beoordelen. In de loop der jaren kreeg ik van vele medisch specialisten te horen dat juist 'hun' patiënten bijzondere deugden zouden bezitten. Wanneer ze niet aan het werk kwamen, sprak het daarom vanzelf dat ik – de verzekeringsarts – arbeidsongeschiktheid moest vaststellen. Als verzekeringsarts probeer ik weliswaar oog te hebben voor de stoornis, maar probeer ik tevens de betrokkenen zoveel mogelijk als gewone mensen met alledaagse zwakheden te beschouwen. Daarom zou ik willen weten waarom de stages mislukten. Natuurlijk eist dat meer dan een gesprek van een paar minuten. Dit laatste is overigens naar mijn ervaring een – wellicht helaas! – volstrekt gebruikelijke duur van een contact tussen menig huisarts of medisch specialist met een patiënt. Ik herinner mij dat ik eens anderhalf uur met een bouwvakker sprak over zijn talloze klachten en daarmee samenhangende maatschappelijke problemen. Vervolgens verrichtte ik een volledig lichamelijk onderzoek. Twee maanden later kreeg ik een klacht dat hij binnen vijf minuten arbeidsgeschikt was verklaard nadat ik hem met mijn hamertje op zijn knie had geslagen. Uit hoofde van mijn huidige werk beoordeel ik jaarlijks honder-

den rapportages van verzekeringsartsen. Uit de meeste spreekt inzet, betrokkenheid en een flinke tijdsinvestering. Er komen maatschappelijke aspecten aan de orde die ook bij menig psychiater buiten beschouwing lijken gebleven. Ik meen een wetmatigheid te zien: hoe meer aandacht en tijd, maar ook sceptisch doorvragen – hoe minder beperkingen. Ik zie óók oppervlakkige en zelfs papieren dossierbeoordelingen. Die resulteren echter vrijwel uitsluitend in toekenningen. Toekenningen veroorzaken immers nooit problemen. Meegeven is gemakkelijk, het management van de uitvoeringsorganisatie is tevreden dat zo vlot 'productie gemaakt' wordt. En er komt geen weerstand: werkgever, behandelend arts, bedrijfsarts en de betrokkene zelf bieden die zelden. Kritisch zijn kost daarentegen moeite, met het risico van klachten, bezwaren en juridische procedures. Maar wellicht is dat toch verkieslijker dan mensen als 'categorie IV' (volledig afgekeurd, niet plaatsbaar) voor de rest van hun vaak nog jonge leven af te schrijven.

Mensen met schizofrenie worden niet massaal uit de uitkering gezet. De meesten zijn zogenaamd 'jonggehandicapt'. In het eerste kwartaal van 2005 werd de uitkering van die groep in 9% van de gevallen bij herbeoordeling verlaagd of beëindigd. Bij meer dan 90% bleef de uitkering gelijk (Anoniem 2005). Bij de Herbeoordelingen WAO werd daarentegen meer dan 50% van de uitkeringen verlaagd of beëindigd. Schizofrenie kom ik daar vrijwel niet tegen. Wél veel vrouwen die vaak kort en parttime gewerkt hebben. Hun ziektegedrag is door de geestelijke gezondheidszorg geleitimeerd als een somatoforme of aanpassingsstoornis. Er lijkt altijd wel een etiket uit de DSM-toverdoos te passen. En dan hebben ze dus een 'stoornis'. Op grond daarvan krijgen zij te horen dat zij '... hun grenzen moeten bewaken', '... naar hun lichaam moeten luisteren' of '... hun beperkingen (sic!) accepteren'. Kennelijk hield niemand hen voor dat pech, tegenslag, verkeerde partnerkeus, vervelend werk én klachten bij het normale leven horen. Of dat zich overbelasten noopt tot het maken van – materieel soms vervelende – keuzen.

Laat staan dat werkhervatting wellicht weer structuur en kleur aan het leven zou kunnen geven. Het lijkt erop dat meegeven ook het leven als psychiater wel zo comfortabel maakt.

Een decade na het advies van Dunning maakt de gezondheidszorg nog steeds geen keuzen. De consequenties werden pijnlijk zichtbaar in de arbeidsongeschiktheidsregelingen waar het 'uitdijend universum van gezondheidszorg' (Schnabel) de spoeling steeds dunner heeft gemaakt. In een individualiserende cultuur werd via medisch gelegitimeerd slachtofferschap zóveel op een anonieme collectiviteit afgeschoven dat de solidariteit op drift is geraakt. Het staat vast dat dit ten koste gaat van de aandacht voor mensen met ernstige stoornissen en beperkingen. Maar het volstaat niet de verantwoordelijkheid daarvoor vooral bij de overheid te leggen. De achterliggende mechanismen zouden ook de psychiatrie tot verdergaande introspectie kunnen motiveren.

LITERATUUR

- Anoniem. (2005). Herbeoordelingsoperatie: eerste resultaten bekend. *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 13, 225.
- Cahn, W. (2005). Het beloop van schizofrenie en de herkeuring: twee tegenstrijdige bewegingen. *Redactioneel. Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 347-350.

S. KNEPPER, verzekeringarts

ANTWOORD aan Knepper

Natuurlijk is de ene verzekeringsarts de andere niet en zullen verzekeringsartsen meestal zorgvuldig handelen, maar ondanks dat zal door het huidige regeringsbeleid de druk worden gevoeld om zoveel mogelijk patiënten goed te keuren. Dan rest de vraag wie er door de verzekeringsarts in staat geacht wordt om (weer) te gaan werken. Patiënten met schizofrenie zijn als gevolg van hun ziekte vaak niet in staat om voldoende voor zichzelf op komen. Als gevolg van hun vaak beperkte ziektebesef zullen zij vaker hun klachten en beperkingen onderrapporteren dan aanzetten. Door de verbeterde medicamenteuze behandeling, waardoor bewegingsstoornissen steeds minder voorkomen, zie je tegenwoordig op het eerste gezicht ook niet meer dat ze ziek zijn. Een mogelijk gevolg zou kunnen zijn dat patiënten met schizofrenie daarom juist vaker goedgekeurd worden dan patiënten met andere chronische ziekten.

Helaas is de in het redactioneel (Cahn 2005) beschreven patiënt niet de enige patiënt met schizofrenie in mijn praktijk die recent is goedgekeurd. Ook bij Ypsilon hebben ze vele meldingen gekregen van patiënten die zijn goedgekeurd. Bovendien brengt zo'n herkeuring zoveel stress met zich mee – ongeacht of patiënten wel of niet worden goedgekeurd – dat de kans op een psychotische terugval toeneemt (Doering e.a. 1998) en dit weer een extra belasting kan zijn voor de gezondheidszorg en de maatschappij.

In het redactioneel wordt de herkeuring van patiënten met schizofrenie ter discussie gesteld en niet de herkeuring van patiënten met andere psychiatrische diagnoses. Desalniettemin zou je verwachten dat psychiaters, net als verzekeringsartsen, hun beroep zorgvuldig uitoefenen en dat er niet zo maar een DSM-IV-diagnose uit de hoed getoverd wordt om te zorgen dat iemand afgekeurd wordt. Dat er te veel mensen in de WAO terecht zijn gekomen terwijl er andere problemen, zoals arbeidsconflicten, aan de orde waren, is bekend. Dat zowel de verzekeringsartsen als de psychiaters onder invloed staan van maatschappelijke

en politieke druk en ook (passief) hebben bijgedragen aan de enorme hoeveelheid mensen die nu een WAO-uitkering krijgen, is duidelijk. Gelukkig is er bij artsen voortschrijdend inzicht dat het ontbreken van een dagelijkse structuur ook gezondheidsrisico's met zich meebrengt. De gezondheid van de patiënt staat op de eerste plaats voor zowel verzekeringsartsen als psychiaters. Niet voor niets hebben beide artsen dezelfde eed afgelegd.

Het inschatten van de belastbaarheid van de patiënt is de verantwoordelijkheid van de arts en kan alleen effectief als de specialist en de verzekeringsarts de handen ineenslaan. De overheid in Nederland blijft vooralsnog verantwoordelijk voor het financiële beleid. De artsen en hun beroepsverenigingen kunnen de overheid slechts adviseren over het verdelen van deze financiële middelen onder de (chronisch) zieken in onze maatschappij. Dat door het huidige politieke klimaat er meer mensen worden goedgekeurd om arbeid te verrichten is begrijpelijk. Het uitblijven van een geschikte arbeidsplaats en het daarbijbehorende inkomen leidt in het algemeen weer tot een slechtere gezondheid bij de chronisch zieke patiënt. Het is dan ook mijn verantwoordelijkheid als arts om te zorgen dat de overheid zich bewust wordt van een tekort aan geschikte werkplekken voor mensen met een chronische ziekte, aangezien het deelnemen aan het arbeidsproces het beloop van veel van deze ziekten, inclusief schizofrenie, gunstig kan beïnvloeden.

LITERATUUR

- Cahn, W. (2005). Het beloop van schizofrenie en de herkeuring: twee tegenstrijdige bewegingen. *Redactioneel. Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 347-350.
- Doering, S., Muller, E., Kopcke, W., e.a. (1998). Predictors of relapse and rehospitalization in schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 87-98.

W. CAHN, psychiater