

Behandeling van jongeren met autisme en katatonie: ethische plicht

P. SIENAERT

U kent het fenomeen ongetwijfeld. U geeft een voordracht voor huisartsen over ADHD bij volwassenen, en de weken daarna is er een toevloed van patiënten met ADHD of een vermoeden daarvan in uw praktijk. Ik deed het vele jaren geleden met oplossingsgerichte therapie bij alcoholproblemen: een paar voordrachten en het grootste deel van mijn dagactiviteit bestond uit het behandelen van alcoholproblemen in de ambulante praktijk. Een paar jaar later verschoof mijn interessegebied naar bipolaire stoornissen, therapieresistentie, katatonie en elektroconvulsie therapie (ECT). Het fenomeen herhaalde zich. Enkele dagen na een voordracht voor beroepsgenoten over katatone toestandsbeelden bij stemmingsstoornissen gaat steevast de telefoon. Of ik deze of gene patiënt die tekenen vertoont die veel op katatonie lijken, wil zien en behandelen. Graag!

Katatonie Katatonie is een ernstig neuropsychiatrisch motorisch syndroom (van Harten 2005). Wanneer het snel herkend en adequaat behandeld wordt, heeft katatonie een uitstekende prognose (Gazdag & Sienaert 2012). Katatonie is niet zeldzaam. De prevalentie bedraagt 12% bij patiënten met een psychotische stoornis (Peralta e.a. 2010). Bij (bipolaire) stemmingsstoornissen komt katatonie vaker voor dan bij psychotische stoornissen: deze ziet men bij respectievelijk 44 en 28% van de patiënten met katatonie (Caroff e.a. 2004).

De eerste keuze in de behandeling van katatonie, onafhankelijk van de etiologie, is een benzodiazepine, bijvoorbeeld lorazepam (4-16 mg/d). Als na een paar dagen geen of onvoldoende effect optreedt, is ECT de aangewezen behandeling. Nagenoeg altijd is er een snelle respons, meestal volledige remissie van het katatone toestandsbeeld.

Relatie met autisme De laatste jaren is er toenemende aandacht voor de relatie tussen autisme en katatonie. Vooral repetitief zelfbeschadigend gedrag wordt beschouwd als een katatoon symptoom (Dhossche e.a. 2009; Dhossche & Wachtel 2010; Wachtel & Dhossche 2010). Wing en Shah (2000) vonden een prevalentie van katatonie van 12-17% bij adolescenten met autisme. Ook bij jongeren zijn de behandelresultaten met benzodiazepinen en ECT indrukwekkend (Wachtel e.a. 2011).

Jeugdige patiënten Onlangs sprak ik voor een groep kinderpsychiaters over katatonie, ECT en het mogelijke verband tussen katatonie en autisme. U raadt het al: een week later ging de telefoon. Een meisje van 15, ernstig autistisch, met uitgesproken gedragsstoornissen en repetitief zelfbeschadigend gedrag. Of ik haar kon behandelen. Een opname op onze afdeling voor volwassenen was niet haalbaar. Een ambulante behandeling dan?

‘Dat kan ik uw team niet aandoen, en daar hebben we trouwens ook de middelen niet voor’, klonk het aan de andere kant. En wat dan?

Alles ontbreekt In Vlaanderen, noch in Nederland, zijn mij voorzieningen bekend waar én mensen met een ernstige mentale handicap of autisme worden behandeld én een behandeling met ECT mogelijk is. Niet alleen ontbreken de voorzieningen, er is ook een gebrek aan kennis. Katatonie bij kinderen en adolescenten wordt zelden gediagnosticeerd en nog minder behandeld. Behandeling van autisme maakt geen deel meer uit van de kerntaken van de ‘klassieke’ psychiatrie en mensen met autisme worden bij voorkeur in niet-psychiatrische settings behandeld. Daar is niets tegen, maar de kans dat men in deze settings katatonie herkent, is klein (Wachtel e.a. 2011). Als de diagnose al wordt gesteld, dan rijzen er meestal problemen van beschikbaarheid van behandeling – nog afgezien van het stigma op het gebruik van benzodiazepinen en ECT bij kinderen (Wachtel e.a. 2011).

Dit druist in tegen het rechtvaardigheidsprincipe (Ottooson & Fink 2004) in de ethiek van het medisch handelen. Ieder mens heeft recht op de behandeling die voor zijn of haar aandoening het meest geschikt is. Anders gezegd, elke patiënt met autisme en katatonie heeft recht op behandeling met benzodiazepinen en, indien deze falen, op een behandeling met ECT. ‘The principle may be difficult to apply when resources are limited, but every effort is to be made to foster its (...) application’ (Ottooson & Fink 2004, p 28).

Recht op behandeling Als de genoemde prevalentiecijfers van autisme en katatonie correct zijn, dan is er in Vlaanderen en Nederland een groot aantal autistische jongeren die op enig moment in hun ziektegeschiedenis katatone symptomen zullen krijgen en hiervoor nooit behandeld worden. Het ligt niet voor de hand om deze patiënten in de reguliere psychiatrische behandelprogramma’s op te nemen. Vaak is ambulante zorg evenzeer moeilijk haalbaar, alleen al door het gebrek aan ambulante diensten voor ECT. Echter, patiënten hebben recht op behandeling en zorg, die niet in kwaliteit mag verschillen naargelang de kenmerken van de patiënt. Het 15-jarig meisje met autisme en katatonie heeft evenveel recht op behandeling als ieder ander, ook al is er nergens een afdeling waar ernstig zieke mensen met autisme kunnen verblijven en waar zij, indien nodig, met ECT behandeld kunnen worden.

De zorg voor patiënten met verminderde autonomie moet prioriteit krijgen. Zij kunnen immers niet opkomen voor hun recht op behandeling en kunnen er niet zelf over onderhandelen. Het lijkt er sterk op dat deze patiënten de weg naar behandeling niet vinden.

LITERATUUR

- Caroff SN, Mann SC, Francis A, Fricchione GL. Catatonia: from psychopathology to neurobiology. Washington: APP; 2004.
- Dhossche D, Wachtel LE. Catatonia is hidden in plain sight among different pediatric disorders: a review article. *Pediatr Neurol* 2010; 43: 307-15.
- Dhossche DM, Reti IM, Wachtel LE. Catatonia and autism: a historical review, with implications for electroconvulsive therapy. *J ECT* 2009; 25: 19-22.
- Gazdag G, Sienaert P. Diagnosing and treating catatonia: an update. *Curr Psychiatr Rev* 2012; ter perse.
- Harten PN van. Katatonie, een syndroom om te herinneren. *Tijdschr Psychiatr* 2005; 47: 371-82.
- Ottooson J-O, Fink M. Ethics in electroconvulsive therapy. New York: Brunner-Routledge; 2004.
- Peralta V, Campos MS, de Jalon EG, Cuesta MJ. DSM-IV catatonia signs and criteria in first-episode, drug-naïve, psychotic patients: Psychometric validity and response to antipsychotic medication. *Schizophr Res* 2010; 118: 168-75.
- 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, Dhossche DM, Kellner CH. When is electroconvulsive therapy appropriate for children and adolescents? *Med Hypotheses* 2011; 76: 395-9.
- Wing L, Shah A. Catatonia in autistic spectrum disorders. *Br J Psychiatry* 2000; 176: 357-62.

AUTEUR

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

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

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

Nog ernstiger: evenmin lijken hun behandelaars die weg te vinden. Deze weg is geplaveid met vele moeilijkheden, waardoor het van moed getuigt die toch te willen nemen. Maar is dat niet onze ethische plicht? Lee Wachtel en Dirk Dhossche, die in deze materie pionierswerk hebben verricht, stellen: *‘de kinderen en hun gezinnen die wij dienen, verdienen niet minder’* (Wachtel e.a. 2011).

Geen strijdige belangen meegedeeld.

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