

Katatonie in de kindertijd en adolescentie: obstakels bij de diagnose en behandeling

Y. SPYSSCHAERT, D. DHOSSCHE, P. SIENAERT

ACHTERGROND Katatonie is bij kinderen en adolescenten, net zoals bij volwassenen, een herkenbaar psychomotorisch syndroom, met een karakteristiek verloop en een gunstige reactie op behandeling met benzodiazepines en/of elektroconvulsietherapie (ECT). Men zou dus weinig obstakels verwachten bij de diagnostiek en aanpak. Helaas wijst de realiteit anders uit.

DOEL Toelichten welke obstakels een op zich eenvoudige aanpak van katatonie hinderen, om de clinicus te ondersteunen in de praktijk.

METHODE Systematisch literatuuronderzoek via Limo op trefwoorden.

RESULTATEN In de literatuur is katatonie decennialang gedefinieerd als een subtype van schizofrenie. Deze exclusieve link met schizofrenie resulteerde in onderdiagnostiek van katatonie bij andere psychiatrische aandoeningen en uitstel van correcte behandeling. Naast deze historische vergissing, zijn thans een vermeende zeldzaamheid van katatonie bij kinderen en adolescenten, ontkenning en weerstand bij familieleden (en ook sommige medici), gebruik van antipsychotica, en stigmatisering van benzodiazepines/ECT, de belangrijkste hindernissen bij de aanpak van katatonie. Pediatrische katatonie blijkt in wezen niet verschillend van het ziektebeeld bij volwassenen en vormt geen aparte diagnostische klasse ('pediatrische katatonie' = katatonie bij kinderen en adolescenten).

CONCLUSIE Katatonie zorgt nog steeds voor controversie. Hoewel diagnostiek en behandeling duidelijk afgeleid en doeltreffend beschreven zijn, blijft het beeld betrokkenen en professionals op de proef stellen. In ons overzicht bieden we de clinicus inzicht en houvast voor de praktijk.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 58(2016)5, 371-379

TREFWOORDEN elektroconvulsietherapie, informed consent, katatonie, kinder- en jeugdpsychiatrie



In dit artikel leggen wij de focus op katatonie bij kinderen en adolescenten. De eerste publicaties over katatonie behandelen het onderwerp echter niet specifiek voor deze leeftijdsgroep. In 1874 definieert Kahlbaum katatonie als een syndroom gekarakteriseerd door motorische abnormiteiten en geassocieerd met psychotische stoornissen, stemmingsstoornissen, epilepsie en andere aandoeningen. Kahlbaum observeert katatonie correct bij veel verschillende stoornissen. Helaas besluiten auteurs als Kraepelin (1896) en Bleuler (1911) dat katatonie exclusief optreedt

bij schizofrenie, een fout die bijna de hele zoste eeuw overeind blijft. Ook de DSM-IV (APA 2000) nog, vermeldt katatonie enkel als een subtype van schizofrenie, hoewel meerdere auteurs reeds betoogden dat katatonie een onafhankelijk, afzonderlijk, gemakkelijk te herkennen en goed te behandelen syndroom is (Dhossche e.a. 2010a; Shorter 2012; van Harten 2015).

Pas de laatste, 5de versie van de DSM (APA 2013) ontkoppelt katatonie van schizofrenie en maakt katatonie tot een *specifier* bij 10 verschillende psychiatrische condities

(TABEL 1). De DSM-5 introduceert bovendien een nieuwe klasse 'katatonie nergens anders gespecificeerd' (zie TABEL 1). Deze aparte diagnostische klasse kan de herkenning en behandeling van katatonie enorm bevorderen (Fink e.a. 2010).

Op zich is het vreemd dat er behoefte is aan verduidelijking omtrent het herkennen en behandelen van katatonie. Het beeld is immers eenvoudig herkenbaar en reageert meestal goed en snel op behandeling met benzodiazepines en/of elektroconvulsie therapie (ECT). Toch leert de praktijk dat dit vaak niet het geval is en daarom bespreken we in dit artikel de mogelijke valkuilen bij confrontatie met katatonie in de praktijk, alsook de bijkomende moeilijkheden bij minderjarige patiënten.

Pediatrie katatonie

De symptomen bij kinderen en adolescenten blijken vergelijkbaar met die bij volwassenen, maar hierover bestaan weinig studies. Takaoka en Takata (2003) vinden een even frequent voorkomen van stupor, mutisme, katalepsie, *posturing*, stereotypie en overmatige motorische activiteit.

AUTEURS

YVES SPYSSCHAERT, ten tijde van het schrijven arts in opleiding tot psychiater; thans: kinder- en jeugdpsychiater, relatie-, gezins-, en systeempsychotherapeut, afd. Kinder- en Jeugdpsychiatrie, AmaCura, Geleen.

DIRK DHOSSCHE, hoogleraar Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Department of Psychiatry, University of Mississippi Medical Center, Jackson, Mississippi, VS.

PASCAL SIENAERT, psychiater-psychotherapeut, ECT-afdeling en afd. Stemmingsstoornissen, Universitair Psychiatrisch Centrum – KU Leuven, campus Kortenberg, Kortenberg.

CORRESPONDENTIEADRES

Y. Spyschaert, Amacura, Geleenbeeklaan 80, 6166 GR Geleen.

E-mail: y.spyschaert@amacura.nl

Geen strijdige belangen meegegeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 21-10-2015.

TABEL 1 Katatonie, zoals vermeld in de DSM-5 (APA 2013)*

293.89 Katatonie bij een andere psychische stoornis (katatonie als specificatie)

Classificatiecriteria

A. In het klinische beeld staan drie (of meer) van de volgende symptomen op de voorgrond:

1. Stupor (geen psychomotorische activiteit; geen actieve interactie met de omgeving).
2. Katalepsie (het passief laten innemen van een houding die tegen de zwaartekracht in wordt volgehouden).
3. Wasachtige buigzaamheid (lichte, gelijkblijvende weerstand tegen het in een andere houding plaatsen door de onderzoeker (flexibilitas cerea)).
4. Mutisme (nauwelijks of geen verbale respons (uitsluiten indien afasie is vastgesteld)).
5. Negativisme (verzet tegen of geen reactie op instructies of externe stimuli).
6. Poseren (spontaan en actief vasthouden van een houding tegen de zwaartekracht in).
7. Motorische maniërismen (vreemde, overdreven karikaturen van normale handelingen).
8. Motorische stereotypieën (repeterende, abnormaal frequente, niet-doelgerichte bewegingen).
9. Agitatie, niet onder invloed van externe stimuli.
10. Grimasseren.
11. Echolalie (anderen 'napraten').
12. Echopraxie (bewegingen van anderen 'nadoen').

293.89 Ongespecificeerde katatonie

Deze classificatie is van toepassing op klinische beelden waarbij symptomen die kenmerkend zijn voor katatonie klinisch significante lijdensdruk of beperkingen veroorzaken in het sociale of beroepsmatig functioneren, of het functioneren op andere belangrijke terreinen, maar waarin ofwel de aard van de onderliggende psychische stoornis of de somatische aandoening onduidelijk is, er niet volledig wordt voldaan aan de criteria voor katatonie, of er onvoldoende informatie is om een specifiekere classificatie te kunnen toekennen (bijvoorbeeld op een spoedeisendehulpafdeling).

*De DSM-5 vermeldt tevens een klasse 'katatonie door een somatische aandoening', hier niet verder uitgeschreven aangezien de klasse A-criteria dezelfde zijn als bij 'katatonie bij een andere psychische stoornis'.

TABEL 2 Substanties geassocieerd met katatonie
(Fink & Taylor 2003)

Organische fluoriden
Mescaline
Ethylalcohol (en onthouding)
Amfetamine (bij chronisch misbruik)
Cocaïne
Lsd
Ecstasy
Ciprofloxacine
Acetylsalicylzuur
Antipsychotica
Adrenocorticotroop hormoon
Benzodiazepine (bij onthouding na verslaving)
Disulfiram
Gabapentine (bij onthouding na verslaving)
Bupropion
Steroïden
Lithium
Fencyclidine

Bovendien zijn de frappantste symptomen zoals *posturing*, net zoals bij volwassenen, slechts bij een minderheid aanwezig. Een (kinder)psychiatrisch of (kinder)neurologisch onderzoek is vereist om te onderzoeken op specifieke katatonische tekenen (Fink & Taylor 2003). Diverse beoordelingsschalen zijn beschikbaar om de clinicus hierbij te gidsen (Sienaert e.a. 2011). Daar de symptomen van katatonie bij jongeren vergelijkbaar zijn met die bij volwassenen, kunnen voor beide groepen wellicht dezelfde diagnostische instrumenten gebruikt worden. Mogelijkheden zijn onder andere de *Bush-Francis Catatonia Rating Scale* (BFCRS), de *Northoff Catatonia Rating Scale* of de *Braunting Catatonia Rating Scale*. Hoewel deze alle drie als gedegen instrumenten gelden, geven Rooseleer e.a. (2011) wegens de betere validiteit, betrouwbaarheid en gebruiksvriendelijkheid de voorkeur aan de BFCRS voor de klinische praktijk.

BELANG VAN EEN MEDISCHE ANALYSE

Bij elk vermoeden van katatonie bij jongeren, is grondige diagnostiek genoodzaakt. Dit omvat een klinisch onderzoek, ecg, bloedbeeld en metabolisch beeld, sedimentatie, metabolische urinetest (inclusief lupusanticoagulans en antinucleaire antilichamen). Toxicologische screening is nuttig aangezien een aantal farmacologische middelen en recreatieve drugs katatonie kunnen uitlokken (TABEL 2). Lahutte e.a. (2008) adviseren tevens een analyse van cerebrospinaal vocht bij koorts.

Vooralsnog is er geen specifieke biologische marker van katatonie bekend. Ook de pathofysiologie is onduidelijk. De grote effectiviteit van benzodiazepines wijst op de hypothese van een te zwak signaal van γ -aminoboterzuur (GABA) (Carroll 1999; Dhossche e.a. 2006). Een bespreking van mogelijke pathofysiologische mechanismen kan men vinden in eerdere teksten (Fink & Taylor 2003; Dhossche e.a. 2010b).

BELANG VAN EEN PSYCHOSOCIALE BEOORDELING

Afgezien van een formele analyse van katatonie, is een grondige psychosociale beoordeling van de persoonlijke leefwereld en het 'verhaal' van de patiënt noodzakelijk. Ernstige stress, trauma's, omstandigheden van misbruik en ontbering gelden immers als potentieel luxerende factoren voor het ontstaan van katatonie bij jongeren (Dhossche e.a. 2012). Verder is er een link met migratie. Emigratie geldt als een risicofactor voor psychose, en psychose is op zich een risicofactor voor het ontstaan van katatonie (Cantor-Graae & Selten 2005; Patino e.a. 2005; Selten e.a. 2007). Andere onderzoekers beschrijven een rechtstreeks verband tussen migratie en verhoogde incidentie van katatonie (Dealberto 2008). Overige predisponerende factoren zoals ernstige verlieservaringen, gebrek aan structuur en schoolse druk, zijn ook beschreven (Takoaka & Takata 2003). De rol van stress in het uitlokken van katatonie vormt het aangrijpingspunt voor psychosociale behandelingsstrategieën.

BELANG VAN VROEGTIJDIGE DIAGNOSE EN BEHANDELING

Katatonie evolueert in het slechtste geval naar een dodelijke aandoening, maligne of letale katatonie (Cornic e.a. 2009), een beeld dat lijkt op het maligne antipsychotica-syndroom (MAS). Voor Fink e.a. is MAS overigens niets anders dan maligne katatonie, uitgelokt door antipsychotica (Fink 1996, Fink & Taylor 2003). Verschillende auteurs beschrijven voor MAS een toename in mortaliteit bij uitstellen van ECT (Fink & Taylor 2003; Nazarian e.a. 2013; Ozan & Aydin 2014). Ondanks het feit dat meteen handelen levensreddend kan zijn, noteren Fink e.a. (2003) vier mogelijke redenen die in de praktijk een snel opstarten van ECT kunnen hinderen:

- te langdurige diagnostiek (bijvoorbeeld extensieve neurologische onderzoeken bij vermoeden van infectieuze encefalopathie);
- precare algemene toestand (koorts, dehydratie, tachycardie, enz.) waardoor men ECT niet aandurft;
- verminderde beschikbaarheid van ECT;
- keuze voor een conservatieve aanpak (staken van antipsychotica en toedienen van ondersteunende zorg).

Diagnostische valkuilen

KATATONIE IS GEEN SCHIZOFRENIE

Zoals we in het voorgaande reeds aanstipten, is de eerdere onderbelichting van katatonie (Sienaert e.a. 2011) met onderdiagnostiek bij geassocieerde affectieve, autistische en andere niet-psychotische aandoeningen (Van Der Heijden e.a. 2005) het gevolg van een exclusieve koppeling van katatonie aan schizofrenie in het verleden. Katatone symptomen konden dan ten onrechte als 'bewijs' voor een (schizofrene) psychose worden opgevat; (langdurig) voorschrijven van antipsychotica lag dan voor de hand.

De meest voorkomende onderliggende psychiatrische stoornis bij katatonie is echter niet een psychotische stoornis, maar een (bipolaire) stemmingsstoornis (Bellivier e.a. 2003), gevolgd door epilepsie en autisme/andere ontwikkelingsstoornissen. Een ernstige stemmingsepisode op jonge leeftijd, vooral als die gepaard gaat met psychotische en/of katatone kenmerken, geldt als suggestief voor een bipolaire stoornis. Katatonie komt tevens voor bij verschillende andere condities (zie verderop in dit artikel).

Onderzoek van de laatste twee decennia stuurt er sterk op aan dat katatonie een onafhankelijk syndroom betreft dat een specifieke behandeling vereist (Dhossche e.a. 2010a; Fink 2013). De DSM-5 (APA 2013) gaat niet zover om katatonie als een apart syndroom te definiëren, maar laat wel de koppeling aan schizofrenie los. Voor eerdergenoemde auteurs (Dhossche e.a. 2010a; Fink 2013) is dit alvast een stap voorwaarts, die hopelijk meer (h)erkenning en onderzoek, en dus betere zorg zal opleveren. Andere auteurs vinden dat men in de DSM-5 (APA, 2013) het concept katatonie te veel heeft verbreed zonder het nodige onderbouwende bewijs (Ungvari 2014).

KATATONIE IS OOK BIJ KINDEREN NIET ZELDZAAM

'Where have all the catatonics gone?', schrijft Mahendra in 1981. Hij verwoordt daarmee de wijdverspreide overtuiging dat katatonie een syndroom van het verleden is. De prevalentie van katatonie bij volwassenen is echter opmerkelijk constant gebleven sinds de eerste beschrijving in 1874 (Caroff e.a. 2007). Het misplaatste geloof dat katatonie niet (meer) bestaat bij jongeren kan resulteren in het niet-stellen van de diagnose door klinici of in ontkenning door ouders en familieleden. Hoewel onderzoek omtrent katatonie bij jeugdigen schaars is, bevestigen de beschikbare studies dat pediatrische katatonie niet zeldzaam is. In 2003 bijvoorbeeld, screenen Thakur e.a. (2003) alle minderjarigen in hun Indische psychiatrische polikliniek (n = 198; gemiddelde leeftijd = 13,63 jaar). Ze vinden katatonische tekenen bij 11 patiënten (van wie 7 mannelijk), 10 van hen vertonen minstens 4 tekenen (op de Bush-Francis-katatoniebeoordelingsschaal). Zes van deze

patiënten hebben een depressieve episode (waarvan bij 2 binnen een bipolaire stoornis), 2 patiënten een manische episode, 1 patiënt schizofrenie en 2 patiënten psychose niet anderszins omschreven. Dit betekent een prevalentie van 5,5 % in de totale groep en 17,7 % in de subgroep met psychotische aandoeningen.

In de grootste systematische studie die tot op heden beschikbaar is, vinden Cohen e.a. (2005) bij 0,6% van alle pediatrische patiënten van twee Franse kinder- en jeugdafdelingen (n = 4976, van wie 70% postpubertair) voldoende kenmerken voor de diagnose katatonie, steeds bij postpubertaire jongeren (gemiddelde leeftijd = 15,43 j). Met een man-vrouwratio van 21/9, bevestigen Cohen e.a. (2005) eerdere bevindingen bij minderjarige patiënten. Dit staat in contrast met onderzoek in volwassen populaties, waar deze verhouding 1/3 is (Rosebush e.a. 1990). Een ander interessant resultaat van hun studie is dat 54% van de patiënten met katatonie, gezinnen hebben van niet-Europese origine. Dit cultureel effect wordt ook opgemerkt in vergelijkbare studies naar de rol van migratie bij schizofrenie, psychose en katatonie (Cantor-Graae & Selten 2005; Patino e.a. 2005; Dealberto 2013). Cohen e.a. (2005) suggereren dat deze culturele factor de verschillen kan verklaren in prevalentiecijfers van katatonie tussen verschillende onderzoeken.

In specifieke subpopulaties worden hogere prevalenties geobserveerd. Cavanna e.a. (2008) vinden symptomen van katatonie bij 87% van een volwassen patiëntengroep met het Gilles-de-la-Tourettesyndroom. Ook voor autisme is er een significante comorbiditeit met katatonie (Kakooza-Mwesige e.a. 2008; Dhossche e.a. 2009). Sommige auteurs veronderstellen dat autisme in bepaalde gevallen een vroege expressie van katatonie kan zijn; bij beide beelden worden abnormaliteiten van de GABA-functie vermoed en worden bepaalde susceptibiliteitsgenen gelokaliseerd in dezelfde zone van chromosoom 15 (Dhossche 2004). Twee systematische studies naar de prevalentie van katatonie in een minderjarige populatie van patiënten met autisme, vinden waarden van respectievelijk 12 en 17% (Billstedt 2005; Wing & Shah 2000). Ook in dit onderzoek zijn alle patiënten postpubertair (>15 jaar). Van der Heijden e.a. (2005) observeren in een onderzoek in een groep patiënten met een psychotische stoornis een katatoon beeld bij 18%. Ten slotte onderstreept recent onderzoek de notie dat katatonie optreedt in een breed gamma neuropsychiatrische ziekten bij kinderen/adolescenten, zoals downsyndroom, desintegratiestoornissen, ticstoornissen (Cavanna e.a. 2008) en prader-willisyndroom (Dhossche 1997b). De meerderheid van de patiënten met anti-NMDA-receptor-encefalitis vertoont eveneens katatone symptomen (Dalmau e.a. 2008; Stanischewski e.a. 2013).

Therapeutische valkuilen

VERKEERDE DIAGNOSE, VERKEERDE THERAPIE

Zoals we reeds beschreven, kan katatonie ten onrechte begrepen worden als psychose, en impliceert de logische behandeling met antipsychotica het risico hiermee het MAS te induceren. Toch willen we vermelden dat sommige publicaties positieve effecten beschrijven van behandeling met antipsychotica van de tweede generatie bij katatonie (Carroll e.a. 2010; Ceylan e.a. 2010; Ueda e.a. 2012). Zeker bij twijfel kan de *benzodiazepine challenge test* een welkom diagnostisch hulpmiddel zijn (Thomas e.a. 1997; Zaw & Bates 1997; Dhossche 2010c). Is de test positief, met name als symptomen snel minder worden of verdwijnen bij intramusculaire of intraveneuze toediening van 1-2 mg lorazepam (meest gebruikte benzodiazepine bij de *challenge test*), dan is katatonie zeer waarschijnlijk. In dat geval is het aangewezen in eerste instantie verder te behandelen met benzodiazepines, zo nodig in hoge doses (zie verderop).

STIGMA OVER HET GEBRUIK VAN BENZODIAZEPINES

Ouders/familieleden die horen van de diagnose katatonie en therapie met benzodiazepines, zoeken vaak bijkomende informatie via internet. Algemene zoekmachines vinden dan een veelheid aan 'hits' over gevaarlijke neveneffecten, misbruik, verslaving en paradoxale effecten, zeker voor minderjarigen. Helaas stemt deze informatie vaak niet overeen met de realiteit, en boezemt dit de omgeving angst in. Het is aan de behandelaar om de omgeving er met tijd en zorg op te wijzen dat diverse wetenschappelijk onderbouwde richtlijnen zoals die van de APA (2001), NICE (2003), AACAP (2004) en de RCPSych (2005) het eerstelijnsgebruik van lorazepam (of andere benzodiazepines of zolpidem) bij katatonie onderschrijven. Ook voor kinderen en adolescenten zijn de veiligheid en effectiviteit ondertussen onderbouwd vanuit onderzoek (Sienaert e.a. 2014).

Lorazepam wordt het meest gebruikt en kan zowel intramusculair als oraal worden toegediend (Salam e.a. 1987; Rosebush 1990; Ungvari e.a. 1994; Huangh e.a. 2013; Singh & Praharaj 2013). Dagelijkse doses variëren tussen 4 en 12,5 mg (geregeld zelfs nog hoger) en de behandeling moet in de regel 4-6 dagen worden volgehouden voor complete remissie (in 75% van de gevallen) (Lee e.a. 2000). Zulke hoge doses kunnen een hinderpaal zijn voor de clinicus, die zonder ervaring met katatonie wellicht nog nooit eerder zulke hoge doses diende voor te schrijven. Om onbekende redenen induceren hoge doses lorazepam geen sterke sedatie bij katatonie patiënten (Cottencin e.a. 2007). Zolpidem is een alternatief als benzodiazepinebehandeling faalt. Zolpidem heeft een snellere respons, maar vaak is dit slechts een zeer kortdurend effect, waardoor het gebruik beperkter is (Cottencin e.a. 2009). Studies die het

effect van lorazepam versus zolpidem onderzoeken, ontbreken.

Als er geen snelle en effectieve reactie wordt bereikt met benzodiazepines of zolpidem dient ECT zonder vertraging opgestart te worden (Dhossche 2010c; Gazdag & Sienaert 2013; Sienaert e.a. 2013), hetgeen ons echter bij het volgende stigma brengt.

STIGMA OVER HET GEBRUIK VAN ECT

Patiënten en hun ouders hebben doorgaans een overwegend positieve houding tegenover ECT ná de behandeling. Toch is het vaak moeilijk om ouders te overtuigen toestemming te geven voor het starten van ECT bij hun kind. Negatieve beeldvorming in de media (internet, film, enz.) speelt hierbij een belangrijke rol. Ook enkele auteurs adviseren voluit tegen het gebruik van ECT bij minderjarigen. Baker (1995) bijvoorbeeld verklaart dat ECT verboden moet worden bij patiënten jonger dan 16 jaar, en in de groep 16- tot 20-jarigen enkel onder zeer strikte voorwaarden toegepast moet worden. Baker noemt een gebrek aan ervaring en onderzoek met ECT bij minderjarigen, bijvoorbeeld naar de minimale drempelstimulus bij kinderen en adolescenten, als argumenten. ECT-gebruik heeft in het verleden zelfs geleid tot gerechtelijke klachten van nalatigheid, beroepsfouten of criminele mishandeling (Baldwin & Jones 1998). Verder beschikken lang niet alle ziekenhuizen - ook in België en Nederland niet - over de behandelafaciliteiten voor, laat staan de ervaring met ECT (Sienaert e.a. 2005), waardoor niet bij elke patiënt even efficiënt kan opgetreden worden.

Desalniettemin blijkt ECT zeer effectief bij katatonie en de meeste onderzoekers appreciëren ECT als een overwegend veilige methode, ook bij minderjarigen (Ghaziuddin & Walter 2013). Men schat de effectiviteit van ECT bij katatonie op minstens 75-80%. Unal e.a. (2013) rapporteren zelfs een 100% *successrate* bij 57 patiënten met katatonie, behandeld met een combinatie van benzodiazepines en ECT.

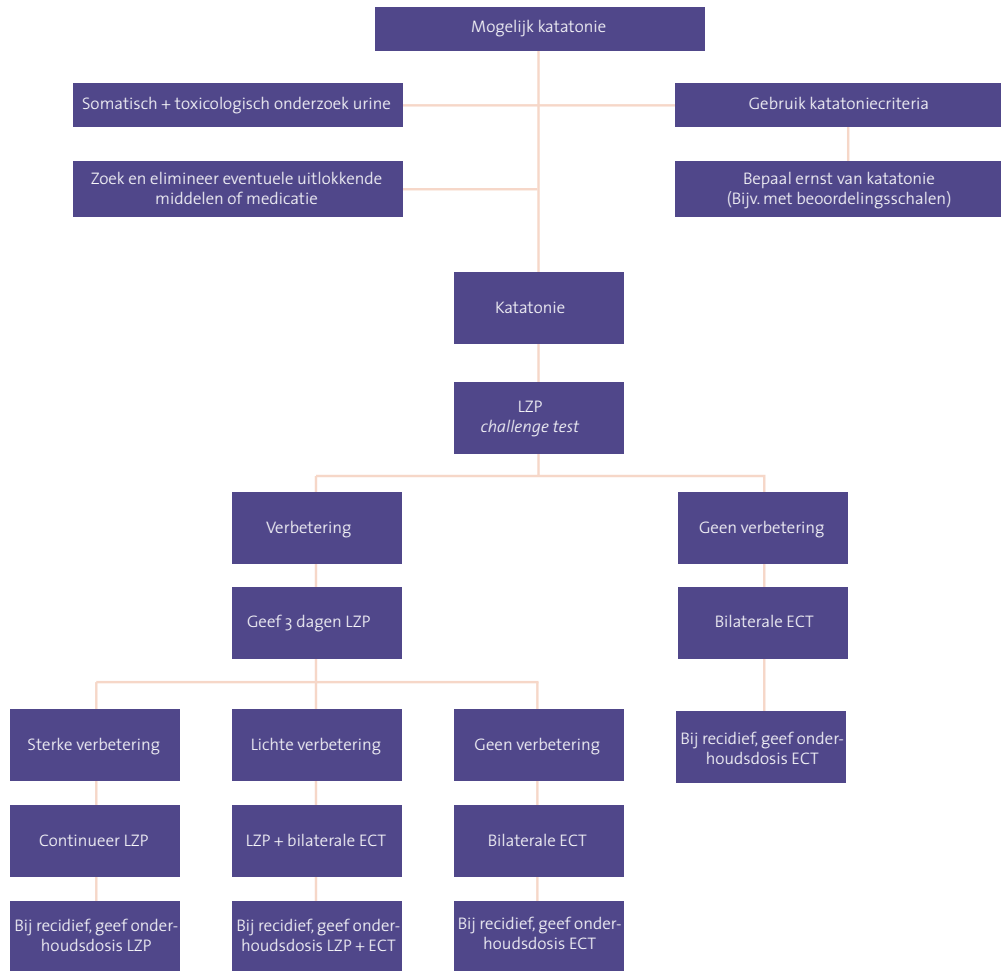
Diverse richtlijnen (APA 2001; NICE 2003; AACAP 2004; RCPSych 2005) formuleren ECT als eerste keuze wanneer lorazepam (of zolpidem) na 3 tot 5 dagen ondoeltreffend blijkt.

FIGUUR 1 toont een voorbeeld van een algoritme, dat wordt gebruikt in de klinische praktijk door één van de auteurs (DD), waarin ECT aanbevolen wordt na uitblijven van reactie op lorazepam. Het algoritme combineert wat vanuit de literatuur onderschreven wordt inzake het gebruik van benzodiazepines enerzijds en ECT anderzijds. Hoewel het algoritme in de praktijk zijn nut bewijst, is verder onderzoek nodig om de validiteit aan te tonen.

CONCLUSIE

De literatuur is duidelijk: katatonie is een eenvoudig te herkennen beeld en noopt tot urgente behandeling met

FIGUUR 1 Algoritme voor de diagnose en de behandeling van katatonie bij kinderen en adolescenten (LZP = lorazepam; ECT = elektroconvulsietherapie)



benzodiazepines en/of ECT; uitstel kan een bedreiging vormen voor de prognose. Toch loopt het diagnostisch proces het risico van vertraging, onder meer door diagnostische verwarring met andere ziektebeelden als psychose. En ook in de behandelfase gaat het niet altijd van een leien dakje. Hoewel de behandeling met benzodiazepines of ECT een veilige, effectieve, en ethisch verantwoorde keuze is, dragen beide methoden het juk van een negatief imago. Bovenop de voor de omgeving al bevreedende diagnose katatonie komen dan behandelvoorstellen waar ‘internet’ niet veel positiefs over meldt. Dit legt niet enkel een belangrijke informatieve taak bij de behandelaar, maar kan de behandeling ook vertragen.

Stappen in de goede richting zijn het accentueren van katatonie in DSM-5 met een uniforme definitie van katatonie, de scheiding van katatonie en schizofrenie, en voorzichtige positionering van een nieuwe categorie ‘ongespecificeerde katatonie’. Ook bemoedigend zijn de constante aanwezigheid in de literatuur van gevallen die positief reageren op benzodiazepines en/of ECT, en de recente publicatie van het eerste boek specifiek over ECT bij kinderen en adolescenten door Ghaziuddin en Walter (2013).

LITERATUUR

- Baker T. ECT and young minds. *Lancet* 1995; 345: 65.
- Baldwin S, Jones Y. Is electroconvulsive therapy unsuitable for children and adolescents? *Adolescence* 1998; 33: 645-55.
- Bellivier F, Golmard JL, Rietschel M, Schulze TG, Malafosse A, Preisig M, e.a. Age at onset in bipolar I affective disorder: further evidence for three subgroups. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 999-1001.
- Billstedt E, Gillberg IC, Gillberg C. Autism after adolescence: population-based 13- to 22-year follow-up study of 120 individuals with autism diagnosed in childhood. *J Autism Dev Disord* 2005; 35: 351-60.
- Bleuler E. *Dementia praecox*. New York: International Universities Press; 1950.
- Cantor-Graae E, Selten JP. Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 12-24.
- Caroff SN, Mann SC, Francis A, Fricchione GL. Catatonia: From psychopathology to neurobiology. *Am Psychiatr Publ*; 2007.
- Carroll BT. GABA_A versus GABA_B hypothesis of catatonia. *Mov Disord*. 1999; 14: 702-3.
- Carroll BT, Lee JW, Appiani F, Thomas C. The pharmacotherapy of catatonia. *Prim Psychiatry* 2010; 14: 7.
- Cavanna AE, Robertson MM, Critchley HD. Catatonic signs in Gilles de la Tourette syndrome. *Cogn Behav Neurol* 2008; 21: 34-7.
- Ceylan MF, Kul M, Kultur SE, Kilincaslan A. Major depression with catatonic features in a child remitted with olanzapine. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2010; 20: 225-7.
- Cohen D, Nicolas JD, Flament MF, Perisse D, Dubos PF, Bonnot O, e.a. Clinical relevance of chronic catatonic schizophrenia in children and adolescents: evidence from a prospective naturalistic study. *Schizophr Res* 2005; 76: 301-8.
- Cornic F, Consoli A, Tanguy ML, Bonnot O, Perisse D, Tordjman S, e.a. Association of adolescent catatonia with increased mortality and morbidity: evidence from a prospective follow-up study. *Schizophr Res* 2009; 113: 233-40.
- Cottencin O, Danel T, Goudemand M, Thomas P, Consoli SM. Catatonia recognition and treatment. *Med Sci Monit* 2009; 15: CS129-31.
- Cottencin O, Warembourg F, de Chouly de Lenclave MB, Lucas B, Vaiva G, Goudemand M, e.a. Catatonia and consultation-liaison psychiatry study of 12 cases. *Prog Neuro-psychopharmacol Biol Psychiatry* 2007; 31: 1170-6.
- Dalmau J, Gleichman AJ, Hughes EG, Rossi JE, Peng X, Lai M, e.a. Anti-NMDA-receptor encephalitis: case series and analysis of the effects of antibodies. *Lancet Neurol* 2008; 7: 1091-8.
- Dealberto MJ. Catatonia is frequent in black immigrants admitted to Psychiatry in Canada. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2008; 12: 296-8.
- Dealberto MJ. Clinical symptoms of psychotic episodes and 25-hydroxy vitamin D serum levels in black first-generation immigrants. *Acta Psychiatr Scand* 2013; 128: 475-87.
- Dhossche DM. Autism as early expression of catatonia. *Med Sci Monit*. 2004; 10: RA31-9.
- Dhossche DM, Bouman NH. Catatonia in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997a; 36: 870-1.
- Dhossche DM, Bouman NH. Catatonia in an adolescent with Prader-Willi Syndrome. *Ann Clin Psychiatry* 1997b; 9: 247-53.
- Dhossche DM, Wachtel LE. Catatonia is hidden in plain sight among different pediatric disorders: a review article. *Pediatr Neurol* 2010; 43: 307-15.
- Dhossche DM, Carroll BT, Carroll TD. Is there a common neuronal basis for autism and catatonia? *Int Rev Neurobiol* 2006; 72: 151-64.
- Dhossche DM, Cohen D, Ghaziuddin N, Wilson C, Wachtel LE. The study of pediatric catatonia supports a home of its own for catatonia in DSM-5. *Med Hypotheses* 2010a; 75: 558-60.
- Dhossche D, Goetz M, Gazdag G, Sienaert P. New DSM-5 category 'unspecified catatonia' is a boost for pediatric catatonia: review and case reports. *Neuropsychiatry* 2013; 3: 401-10.
- Dhossche DM, Reti IM, Wachtel LE. Catatonia and autism: a historical review, with implications for electroconvulsive therapy. *J ECT* 2009; 25: 19-22.
- Dhossche DM, Ross CA, Stoppelbein L. The role of deprivation, abuse, and trauma in pediatric catatonia without a clear medical cause. *Acta Psychiatr Scand* 2012; 125: 25-32.
- Dhossche DM, Stoppelbein L, Rout UK. Etiopathogenesis of catatonia: generalizations and working hypotheses. *J ECT* 2010b; 26: 253-8.
- Dhossche DM, Wilson C, Wachtel LE. Catatonia in childhood and adolescence: implications for the DSM-5. *Prim Psychiatry* 2010c; 17: 35-39.
- Fink M. Neuroleptic malignant syndrome and catatonia: one entity or two? *Biol Psychiatry* 1996; 39: 1-4.
- Fink M. Catatonia: a syndrome appears, disappears, and is rediscovered. *Can J Psychiatry* 2009; 54: 437-45.
- Fink M. Clinical practice to change with divorce of catatonia and schizophrenia. *J Clin Psychopharmacol* 2013; 33: 287-8.
- Fink M, Taylor MA. Catatonia: a clinician's guide to diagnosis and treatment. Cambridge; New York: Cambridge University Press; 2003. xvii, 256 p. p.
- Fink M, Shorter E, Taylor MA. Catatonia is not schizophrenia: Kraepelin's error and the need to recognize catatonia as an independent syndrome in medical nomenclature. *Schizophr Bull* 2010; 36: 314-20.
- Gazdag G, Sienaert P. Diagnosing and treating catatonia: an update. *Curr Psychiatry Rev* 2013; 9: 130-5.
- Ghaziuddin N, Walter G. *Electroconvulsive Therapy in Children and Adolescents*. New York: OUP; 2013.
- Harten PN van. Katatonie, een syndroom om te herinneren. Katatonie, een syndroom om te herinneren. *Tijdschrift voor Neurologie en Neurochirurgie* 2015; 116: 71-8.
- Huang YC, Lin CC, Hung YY, Huang TL. Rapid relief of catatonia in mood disorder by lorazepam and diazepam. *Biomed J* 2013; 36: 35-9.

- Ungvari GS. Catatonia in DSM 5: controversies regarding its psychopathology, clinical presentation and treatment response. *Neuropsychopharmacol Hung* 2014; 16: 189-94.
- Kahlbaum K. Catatonia. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1973. xviii, p 102.
- Kakooza-Mwesige A, Wachtel LE, Dhossche DM. Catatonia in autism: implications across the life span. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2008; 17: 327-35.
- Kraepelin E. *Psychiatrie: ein Lehrbuch für Studi[e]rende und Aerzte*. New York: Arno Press; 1976.
- Lahutte B, Cornic F, Bonnot O, Consoli A, An-Gourfinkel I, Amoura Z, e.a. Multidisciplinary approach of organic catatonia in children and adolescents may improve treatment decision making. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2008; 32: 1393-8.
- Lee JW, Schwartz DL, Hallmayer J. Catatonia in a psychiatric intensive care facility: incidence and response to benzodiazepines. *Ann Clin Psychiatry* 2000; 12: 89-96.
- Mahendra B. Where have all the catatonics gone? *Psychol Med* 1981; 11: 669-71.
- Nazarian RS, Liebman LS, Kellner CH. Electroconvulsive therapy (ECT) for catatonia: delay may be risky. *Lupus* 2013; 22: 336.
- Ozan E, Aydin EF. Challenges in diagnosing and adequately treating malignant catatonia and its fatal consequences. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2014; 26: E52.
- Patino LR, Selten JP, Van Engeland H, Duyx JH, Kahn RS, Burger H. Migration, family dysfunction and psychotic symptoms in children and adolescents. *Br J Psychiatry* 2005; 186: 442-3.
- Pfulmann B, Stober G. The different conceptions of catatonia: historical overview and critical discussion. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2001; 251 Suppl 1: 14-7.
- Rooseleer J, Willaer A, Sienaert P. Katatonie meten: welke schaal te kiezen? *Tijdschr Psychiatr* 2011; 53: 287-98.
- Rosebush PI, Hildebrand AM, Furlong BG, Mazurek MF. Catatonic syndrome in a general psychiatric inpatient population: frequency, clinical presentation, and response to lorazepam. *J Clin Psychiatry* 1990; 51: 357-62.
- Salam SA, Pillai AK, Beresford TP. Lorazepam for psychogenic catatonia. *Am J Psychiatry* 1987; 144: 1082-3.
- Selten JP, Cantor-Graae E, Kahn RS. Migration and schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry* 2007; 20: 111-5.
- Shorter E. Making childhood catatonia visible, separate from competing diagnoses. *Acta Psychiatr Scand* 2012; 125: 3-10.
- Sienaert P, Bouckaert F, Milo W, Peuskens J. De praktijk van elektroconvulsietherapie in Vlaanderen en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Resultaten van een enquêteonderzoek. *Tijdschr Psychiatr* 2005; 47: 279-87.
- Sienaert P, Dhossche D, Gazdag G. Adult catatonia: etiopathogenesis, diagnosis and treatment. *Neuropsychiatry* 2013; 41: 391-9.
- Sienaert P, Rooseleer J, De Fruyt J. Measuring catatonia: a systematic review of rating scales. *J Affect Disord* 2011; 135: 1-9.
- Sienaert P, Dhossche DM, Vancampfort D, De Hert M, Gazdag G. A clinical review of the treatment of catatonia. *Front Psychiatry* 2014; 5: 181.
- Singh LK, Praharaj SK. Immediate response to lorazepam in a patient with 17 years of chronic catatonia. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2013; 25: E47-8.
- Stanischewski D, Borchert A, Marziniak M, Arolt V, Kastner F. Anti-NMDA receptor encephalitis: an important differential diagnosis of catatonia in young psychiatric patients. *Nervenarzt* 2013; 84: 856-9.
- Takaoka K, Takata T. Catatonia in childhood and adolescence. *Psychiatry Clin Neurosci* 2003; 57: 129-37.
- Taylor MA, Fink M. Catatonia in psychiatric classification: a home of its own. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 1233-41.
- Van der Heijden FM, Tuinier S, Arts NJ, Hoogendoorn ML, Kahn RS, Verhoeven WM. Catatonia: disappeared or under-diagnosed? *Psychopathology* 2005; 38: 3-8.
- Thakur A, Jagadheesan K, Dutta S, Sinha VK. Incidence of catatonia in children and adolescents in a paediatric psychiatric clinic. *Aust N Z J Psychiatry* 2003; 37: 200-3.
- Thomas P, Rascle C, Mastain B, Maron M, Vaiva G. Test for catatonia with zolpidem. *Lancet* 1997; 349: 702.
- Ueda S, Takeuchi J, Okubo Y. Successful use of olanzapine for catatonia following delirium. *Psychiatry Clin Neurosci* 2012; 66: 465.
- Unal A, Bulbul F, Alpak G, Virit O, Copoglu US, Savas HA. Effective treatment of catatonia by combination of benzodiazepine and electroconvulsive therapy. *J ECT* 2013; 29: 206-9.
- Ungvari GS, Leung HC, Lee TS. Benzodiazepines and the psychopathology of catatonia. *Pharmacopsychiatry* 1994; 27: 242-5.
- Walter G, Koster K, Rey JM. Electroconvulsive therapy in adolescents: experience, knowledge, and attitudes of recipients. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38: 594-9.
- Wing L, Shah A. Catatonia in autistic spectrum disorders. *Br J Psychiatry* 2000; 176: 357-62.
- Zaw ZF, Bates GD. Replication of zolpidem test for catatonia in an adolescent. *Lancet* 1997; 349: 1914-.

SUMMARY

Catatonia in childhood and adolescence: obstacles to diagnosis and treatment

Y. SPYSSCHAERT, D. DHOSSCHE, P. SIENAERT

BACKGROUND Catatonia in children and adolescents is the same as it is for adults; in other words it is a recognisable psychomotor syndrome that follows a characteristic course and responds favourably to treatment with benzodiazepines and/or ECT. Therefore, one would not expect to encounter many obstacles to diagnosis and treatment. In fact, the obstacles are fairly numerous.

AIM To explore the obstacles that can hinder a simple approach to diagnosis and treatment and to provide support for the clinicians involved.

METHOD We studied the literature systematically using Limo and keywords.

RESULTS For several decades, particularly in the literature, catatonia was defined as a subtype of schizophrenia. This exclusive link to schizophrenia led to the under-diagnosis of catatonia in patients with other psychiatric conditions and to delays in the administration of the correct treatment. Not only this historical error but also other important problems are complicating the approach to catatonia even today. Among other factors hindering diagnosis and treatment are the belief that catatonia is a rare illness, often denied by family members and some clinicians, the use of neuroleptics and the stigmatisation of benzodiazepines and/or ECT.

CONCLUSION Controversy about catatonia continues. Although diagnosis and treatment are clearly defined, catatonia is still putting professionals to the test. In our essay we offer some practical guidance and advice.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 58(2016)5, 371-379

KEY WORDS Catatonia, child- and adolescent psychiatry, electroconvulsive therapy, informed consent