



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

De behandeling van een vrouw met een conversieve katatonie

Kees Hoogduin, Marc Verbraak en Agnes van Minnen*

Samenvatting

In dit artikel wordt gerapporteerd over een succesvolle behandeling van een vrouw met een conversieve katatonie. Na een ernstige ruzie met haar partner werd zij mutistisch en vertoonde een tonische immobiliteit met negativisme. Een suggestieve benadering waarbij haar op indirecte wijze allerlei doemscenario's werden voorgespiegeld als zij in deze katatone toestand zou blijven, was genoeg om haar eruit te halen.

Deze gevalbeschrijving wordt ingeleid door de ontwikkeling van het concept katatonie te bespreken. Tot slot wordt aangegeven welke stappen genomen kunnen worden in het geval de bovenstaande benadering niet werkt.

Inleiding

Kahlbaum (1874) ontwikkelde het concept katatonie. Hij beschreef het als een complex van symptomen gekarakteriseerd door negativisme, katalepsie, mutisme, stereotiepe bewegingen, verbigeraties (herhalen van betekenisloze woorden) en motorische verschijnselen. Later, onder invloed van het werk van Bleuler (1916), werd het beeld gezien als een subtype van schizofrenie. Als gevolg daarvan heeft het beeld lange tijd bekendgestaan als exclusief gebonden aan schizofrenie. In de laatste versie van de DSM-IV-TR (APA, 2000), worden de diagnostische criteria, waarbij de patiënt aan ten minste twee ervan moeten voldoen, als volgt geformuleerd:

- motorische immobiliteit: katalepsie met *flexibilitas cerea* (wasachtige buigzaamheid) of stupor (bewegingloos, niet reagerend op prikkels, maar met een ongestoord bewustzijn);
- excessieve motorische activiteit (schijnbaar doelloos en niet beïnvloedbaar);
- extreem negativisme (verzet tegen instructies of niet bereid een bepaalde houding te veranderen) of mutisme;
- bijzonder motorisch gedrag, zoals handhaven van bepaalde houdingen, stereotypieën, grimassen;
- echolalie of echopraxie (het nazeggen van woorden of zinnen, het nadoen van bewegingen).

* PROF. DR. C.A.L. HOOGDUIN, zenuwarts, is directeur van de HSK Groep. Tevens is hij hoogleraar psychopathologie aan de Radboud Universiteit, Nijmegen, sectie Klinische Psychologie. E-mail: c.a.l.hoogduin@hsk.nl.

DR. M.J.P.M. VERBRAAK, klinisch psycholoog/psychotherapeut, is hoofd onderzoek van de HSK Groep. Tevens is hij hoofdopleider GZ-psychologen van het SPON/ACSW Radboud Universiteit, Nijmegen, en behandelteamcoördinator van het team Angststoornissen te Almelo bij Adhesie GGz Midden-Overijssel.

DR. A. VAN MINNEN is als psychotherapeut/klinisch psycholoog en onderzoeker werkzaam bij de angstpolikliniek van de GGz Nijmegen en is redactrice van *Dth*

Van belang is dat vanaf de DSM-IV-TR katatonie niet meer alleen als subtype van schizofrenie gediagnosticeerd kan worden. Ook andere vormen van etiologie worden genoemd – katatonie als gevolg van: medicatie (neuroleptica); een delier; een organische aandoening, zoals hersentumor, encefalitis of diabetes; of bij een stemmingsstoornis. In de DSM-IV-TR wordt nog niet vermeld dat deze toestand ook voor kan komen als een conversiestoornis, bij een dissociatieve stoornis of tijdens hypnose (Gelenberg, 1976).

Zo is in ieder geval na 100 jaar de conclusie dat het handelt om een syndroom en niet alleen om een bepaalde vorm van schizofrenie (Van Harten, 2005; De Knijff, Van Est, Henrichs, & Van Hoof, 2004).

Hoewel Bleuler (1916) de katatone verschijnselen verklaarde als een terugtrekreactie uit een bedreigende of pijnlijke situatie en Kraepelin (1919) het uitlegde als het gevolg van een mentale blokkade, is het interessant dat reeds door Kahlbaum in 1874 een relatie wordt gelegd tussen katatonie en een respons op angst:

‘Der gesamt Zustand eines solchen Kranke macht den Eindruck einer in tiefsten Seelen-Schmerz, oder in höchsten Schreck erfolgten Erstarrung...’ (Kahlbaum, 1874, pag. 5).

In navolging van Kretschmer (1961) en Hoogduin (1988) heeft Markowitz (2004) recentelijk opnieuw de aandacht gevestigd op de overeenkomsten tussen tonische immobiliteit (‘Totstellreflex’) en bewegingsstorm die dieren te zien geven in zeer bedreigende situaties en katatonie bij mensen. Deze overeenkomsten zijn bijvoorbeeld mutisme (stomheid), stupor (bewegingloosheid), katalepsie met *flexibilitas cerea* van bijvoorbeeld de extremiteiten die de positie handhaven waarin ze door de onderzoeker zijn geplaatst, afwezigheid van reacties op pijnprikkels (analgesie).

Ook de beschrijving van het symptoom negativisme, in DSM omschreven als een schijnbaar ongemotiveerd verzet tegen instructies of pogingen om de patiënt een rigide houding te laten veranderen, verschilt niet veel van de beschrijving van de reacties van een dier in een toestand van tonische immobiliteit van bijvoorbeeld de (‘koppige’) ezel. Fraser (1960) formuleert het in een artikel over *tonic immobility* bij dieren als volgt:

‘Het is niet zo dat het dier niet in staat is om te bewegen of op te staan, maar het gaat meer om een soort ‘onwilligheid’ om te bewegen ondanks sterke dwang dat te doen. Zo wordt bijvoorbeeld de Downer Cow – een koe die onder invloed van stress door de poten is gegaan en in een toestand van tonische immobiliteit verkeert – verdacht van ‘simuleren’ (sic!) (Fraser, 1960, pag. 332).

Ook bij de conversieve stoornissen wordt er een relatie tussen gevaar en het ontstaan van verschijnselen als verlamming en katalepsie – katatone verschijnselen dus – aangenomen (Hoogduin, Spinhoven, & Hagens, 2000). Net als bij dieren is het een respons op heftige angst en heftig verdriet. Ook intense psychotische symptomen kunnen zonder twijfel heftige gevoelens van angst en dodelijke dreiging bij de patiënt veroorzaken, waardoor mogelijk de katatone verschijnselen optreden (Markowitz,

2004). In onderstaande casus wordt ter illustratie hiervan de behandeling beschreven van een vrouw die in een acuut opgetreden toestand van katatonie verkeerde.

Gevalsbeschrijving

Een 50-jarige vrouw wordt op verzoek van de huisarts met spoed bezocht. Ze verkeert sinds de vorige avond in een katatone toestand. Ze reageert niet meer en ze spreekt niet meer, maar stoot kreunende geluiden uit. De huisarts heeft na beperkt onderzoek geen lichamelijke verklaring voor haar klachten kunnen vaststellen. Mevrouw heeft geen temperatuurverhoging. Ze gebruikt geen neuroleptica en ze is niet bekend met een psychose of een stemmingsstoornis. Voorafgaande aan haar toestand heeft er een heftige echtelijke ruzie plaatsgevonden. Haar situatie wordt als ernstig ingeschat en indien er niet snel een verbetering optreedt, lijkt opname onvermijdelijk.

Bij nader specialistisch onderzoek voldoet mevrouw aan de criteria die in DSM-IV TR worden aangegeven voor katatonie. Er is een excessieve motorische activiteit, waarbij de spieren excessief aangespannen zijn. Deze activiteit is niet doelgericht en niet door de omgeving te beïnvloeden. Er is sprake van negativisme. Ze vertoont een bizarre houding met grimassen en het stereotiepe uitstoten van kreungeluiden. De huisarts heeft geen aanwijzingen gevonden voor een organische oorzaak. De klachten voldoen aan de DSM-IV-TR diagnostische criteria van de conversiestoornis (APA, 2000) Er is sprake van een op een neurologische aandoening gelijkende motorische stoornis. Psychologische factoren lijken een rol te spelen (de heftige ruzie die aan de klacht voorafging). De patiënte lijkt niet te simuleren. Haar functioneren is ernstig belemmerd.

Als werkdiagnose wordt besloten tot conversieve katatonie. Deze term zal vergeefs worden gezocht in de DSM-IV of ICD-10. In het DSM-IV-classificatiesysteem zal gekozen moeten worden voor de conversiestoornis met gemengde symptomen (waarbij de krampachtige overstrekking opgevat zou kunnen worden als een voortdurend pseudo-insult). In de ICD-10 kan het beeld worden gevonden als dissociatieve of conversieve stupor. Het beeld voldoet echter niet geheel aan de genoemde criteria. Ook kan gekozen worden voor de typering dissociatieve insulten of conversieve stoornis niet gespecificeerd (WHO, 1992).

Als behandeling wordt gekozen voor een suggestieve benadering waarbij duidelijk is dat bij uitblijven van resultaat een opname niet te voorkomen zal zijn. Begonnen wordt op indirecte wijze de gevolgen van het voortduren van de patiëntes toestand met haar te communiceren. Zij is alert en niet suf. Met haar echtgenoot worden de voor haar onaangename gevolgen van langere tijd niet eten, drinken en niet urineren voor het lichamenlijk welbevinden en een eventuele noodzakelijke opname in een psychiatrisch ziekenhuis besproken. Duidelijk is dat mevrouw het gesprek belangstellend volgt.

Met mevrouw worden vervolgens op vriendelijke en empathische wijze haar vervelende klachten besproken: hoe naar het is niet te kunnen eten en drinken en niet te kunnen plassen. Essentieel voor herstel, zo wordt gesteld, is dat zij weer invloed krijgt op de spieren: ontspannen lukt niet, maar mogelijk zou ze de spieren bewust eerst meer kunnen aanspannen en op deze wijze invloed kunnen uitoefenen. Dan wordt haar gevraagd de benen nog meer te strekken en de kaken nog meer op elkaar te klemmen. Zij probeert aan dit verzoek te voldoen en dit lukt haar. Vervolgens tilt de therapeut voorzichtig een been op en verzoekt mevrouw het been nu voorzichtig te buigen. Aansluitend lukt het haar het been en ook de andere spieren te ontspannen. Nadat ze wat heeft gedronken, laat ze zich naar het toilet begeleiden. Hierna worden afspraken gemaakt voor de verdere behandeling, waarbij vooral de relationele problemen de aandacht krijgen.

Bespreking

Interessant is hier de vraag wat bij deze mevrouw heeft geleid tot het opheffen van de katatonie. In het algemeen geldt dat een vriendelijke en begripvolle houding van de therapeut van belang is. De hier beschreven benadering is effectief gebleken bij ernstig psychiatrische patiënten met wie het moeilijk is om contact te leggen, zoals psychotische patiënten en demente bejaarden die voedsel weigeren. De doelstelling is het bewerkstelligen van een relatie waarbinnen samenwerking mogelijk is.

De benadering van het uitspreken van medeleven met de narigheid waarin de patiënt verzeild is geraakt (Hoogduin, Appelo, & Fokkink, 2003) vertoont overeenkomsten met de 'bemoederingsstechniek'. Deze techniek is effectief bij patiënten die voedsel en drank weigeren. Op zorgzame wijze worden de dorstgevoelens van de patiënt verwoord en de dorstlessende kwaliteit van de door de therapeut aangeboden drank geprezen. De drank wordt vervolgens langzaam naar de mond gebracht van de negativistische demente bejaarden. Met behulp van de bemoederingsstechniek laten deze patiënten zich graag van hun honger en dorst afhelpen. De bezoekende arts of verpleegkundige moet ook bereid zijn de uitgeputte bedlegerige patiënt met de ene arm wat op te beuren, terwijl hij met de andere arm een beker water aanbiedt. Daarnaast biedt het op vriendelijke wijze met de partner bespreken van de nare gevolgen van het voortduren van de toestand mogelijkheden de patiënt goed te informeren over de negatieve consequenties van het voortduren van de symptomen. Deze 'horror'-strategie kan patiënten nog wel eens helpen bepaalde gedragingen te veranderen.

Bij de behandeling van de conversieve motorische stoornis is de behandeling erop gericht om patiënten zo ver te brengen dat zij ophouden zelf te proberen de stoornis te verhelpen. Veel meer moet geprobeerd worden de patiënten 'spontaan' weer bewegingen te laten uitvoeren (zie voor een uitvoerige bespreking Hoogduin, 2003).

Het de patiënt de spieren nog meer te laten aanspannen kan mogelijk hebben geleid tot de opheffing van de niet-succesvolle pogingen de spieren te ontspannen.

Het katatone syndroom (bij schizofrenie) had vroeger een zeer ongunstige prognose – meer dan 75% van de patiënten overleed als gevolg van waarschijnlijk hartritmestoornissen ten gevolge van de optredende stoornissen in het parasympathische zenuwstelsel (Markowitz, 2004). Tegenwoordig is de prognose aanmerkelijk verbeterd dankzij de behandeling met intraveneus lorazepam (een benzodiazepine met specifieke werkzaamheid bij dit symptoom) en eventueel elektroconvulsietherapie (ECT). Over de behandeling van conversieve katatonie is niet veel bekend. Voor conversieve stoornissen in het algemeen geldt dat volgens de huidige stand van de wetenschappelijke kennis er de keuze is tussen twee vormen van behandeling (Hoogduin et al, 2000; Moene, Spinhoven, Hoogduin, & Van Dyck, 2003). De eerste is een suggestieve behandelingsmethode, zoals hiervoor al beschreven. Ook Jensen (1984) beschrijft een depressieve patiënt die, in aansluiting op een overleg met zijn behandelend psychiater waarbij zijn ontslag uit het ziekenhuis ter sprake kwam, een acute katatone reactie ontwikkelde. Ook hierbij werd op een indirecte wijze een suggestieve behandeling met succes toegepast.

De tweede mogelijkheid voor behandeling van conversieve stoornissen betreft klachtgerichte procedures zoals gedragstherapie of fysiotherapie. Deze nemen in de

regel in de uitvoering meer tijd in beslag. Vandaar de aanbeveling dat wanneer een patiënt met een acute katatonie reactie niet op een suggestieve benadering (en niet op intraveneus lorazepam) reageert, snel een opname dient plaats te vinden, bij voorkeur in een centrum waar ECT-behandeling tot de mogelijkheden behoort.

Abstract

In this case report the successful treatment of a conversive catatonic woman is described. After a serious argument with her partner, she became mute and demonstrated a tonic immobility with negativism. A suggestive approach in which she was indirectly given doom sceneries about what would happen if she would persist in her catatonic state seemed enough to get her out. The development of the concept of catatonia is discussed. Finally the steps that should be taken if the treatment procedure is unsuccessful are outlined.

Referenties

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision*. Washington, DC: APA.
- Bleuler, E. (1916). *Lehrbuch der Psychiatrie*. Berlin: Julius Springer.
- Fraser, A.F. (1960). Spontaneously occurring forms of 'Tonic immobility' in farm animals. *Canadian Journal Comp. Medical Vet. Sciences*, 24, 330-333.
- Gelenberg, A.J. (1976). The catatonic syndrome. *The Lancet*, 1339-1341.
- Harten, P.N. van (2005). Katatonie, een syndroom om te herinneren. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 371-382.
- Hoogduin, C.A.L. (1988). *Over hysterie en dwang*. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen.
- Hoogduin, C.A.L. (2003). Psychogene bewegingsstoornissen. In: E.C. Wolters & T. van Laar (red.), *Bewegingsstoornissen*. Amsterdam: VU Uitgeverij.
- Hoogduin, C.A.L. Appelo, M.T., & Fokkink, J. (2003). Het contact. In: M. van der Gaag, M.T. Appelo, & C.A.L. Hoogduin (red.), *De psychologische behandeling van psychose. Richtlijnen, valkuilen en omwegen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Hoogduin, C.A.L., Spinhoven, Ph., & Hagens, M.A. (2000). Somatoforme stoornissen. In: W. Vandereycken, C.A.L. Hoogduin, & P.M.G. Emmelkamp (red.), *Handboek Psychopathologie, deel 1 Basisbegrippen* (pp. 277-312). Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum.
- Jensen, P.S. (1984). Case report of conversion catatonia: Indication for hypnosis. *American Journal of Psychotherapy*, 38, 566-570.
- Kahlbaum, K.L. (1874). *Die Katatonie oder das Spannungsirresein*. Nijmegen: Arts & Boeve (2000).
- Kraepelin, E. (1919). *Dementia praecox and paraphrenia* (R.M. Barclay, vert.). Huntington, New York: R.E. Krieger Publishing Co (1971).
- Knijff, D.W.W. de, Est, M. van, Henrichs, J.H., & Hoof, J.J.M. van (2004). Katatonie of Maligne katatonie: een onderscheid met belangrijke consequenties. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 46, 323-327.
- Kretschmer, E. (1961). *Hysteria. Reflex and instinct*. Londen: Peter Owen Ltd.
- Markowitz, A.K. (2004). "Scared stiff": Catatonia as an evolutionary-based fear response. *Psychological Review*, 111, 984-1002.
- Moene, F.C., Spinhoven, Ph., Hoogduin, C.A.L., & Van Dyck, R. (2003). A randomized controlled clinical trial of hypnosis in patients with conversion disorder motor type. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 51, 29-50.
- W.H.O., 1992. *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders*. Genève: WHO.