

Hallucinaties en dwangmatig gedrag bij een kleuter met autismespectrumstoornis: een diagnostisch vraagstuk

J. DEVRIESE, M. DHAR, D. WALLEGHEM, D. VAN WEST

SAMENVATTING Bij een patiënte van 6 jaar met een autismespectrumstoornis was reguliere niet-medicamenteuze behandeling ontoereikend door het comorbide voorkomen van dwanghandelingen en hallucinaties. Differentiaaldiagnostisch werd onder meer gedacht aan een obsessieve-compulsieve stoornis of een psychotisch proces. De jonge leeftijd van patiënte bemoeilijkte een betrouwbare diagnosestelling. In deze casus gaven we de voorkeur aan een procesdiagnostiek. Die resulteerde in het opstarten van een selectieve serotonineheropnameremmer, gezien de uitgesproken dwanghandelingen. Daarmee klaarde het beeld in belangrijke mate op.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 57(2015)8, 608-612

TREFWOORDEN autismespectrumstoornis, obsessieve-compulsieve stoornis, psychose



Kinderen kennen in hun eerste levensjaren een snelle ontwikkeling van aanvankelijk nog weinig gedifferentieerde functiegebieden. Symptomen van disfunctioneren zijn hierdoor vaak moeilijk te interpreteren tegen de achtergrond van deze ontwikkeling en de interacties met primaire zorgfiguren en andere contextfactoren (Verhulst e.a. 2014).

De vijfde editie van *Diagnostic and Statistic Manual of mental disorders* (DSM-5; APA 2013) beschrijft autismespectrumstoornis (ASS) als een ontwikkelingsstoornis waarbij reeds in de vroegste ontwikkelingsfasen tekortkomingen in de sociale communicatie in combinatie met repetitieve gedragingen en beperkte interesses voorkomen. Het functioneren van kinderen met ASS wordt vaak in belangrijke mate negatief beïnvloed door één of meer comorbide stoornissen. Van de lagereschoolkinderen met ASS voldoet 70% aan de criteria voor een tweede DSM-diagnose en 40% voor een derde (Verhulst e.a. 2014).

In hun studie vonden Leyfer e.a. (2006) een comorbide obsessieve-compulsieve stoornis (OCS) bij 37% van kinderen met ASS tussen 5 en 17 jaar. Rapoport e.a. (2009) vonden een comorbide ASS bij 30-50% van de kinderen tussen 8 en 17 jaar met *childhood onset schizophrenia* (COS) en stelden vast dat een vorm van ASS vaak voorafging aan COS.

Wij beschrijven in deze casus een patiënte bij wie de diagnose ASS op de leeftijd van 5 jaar werd gesteld, maar bij wie we eveneens ernstige obsessieve-compulsieve symptomen en psychotische elementen herkenden. We willen hiermee de complexiteit van diagnostiek op jonge leeftijd illustreren met bijbehorende implicaties voor aanpak en behandeling.

GEVALSBESCHRIJVING

Patiënte A, een 5-jarig meisje, werd naar de kinderpsychiatrische afdeling van het ziekenhuis verwezen door het Centrum voor Leerlingenbegeleiding (CLB).

Patiënte had moeite met het aangaan van betekenisvolle sociale contacten met leeftijdsgenootjes. Ze was hierbij erg bepalend en hield geen rekening met de ander. Ze zocht vaak fysiek contact met mensen die ze onvoldoende kende en hield geen rekening met grenzen van anderen. Ze kon zich moeilijk verplaatsen in het standpunt van een ander en had moeite met het inschatten van emoties bij anderen. Ze vertoonde een beperkte mimiek waardoor ze koel en afstandelijk overkwam.

Patiënte had moeite met het begrijpen van opdrachten en wist vaak niet wat er van haar verwacht werd. Ze reageerde overstuurd bij nieuwe en onverwachte situaties en bij

drukte. Ook was ze erg gevoelig voor harde geluiden en lawaai; tijdens de speeltijd bedekte ze vaak haar oren. Ze eiste de volledige aandacht op van haar leerkracht waarbij ze de hele tijd op de schoot wilde zitten of diens hand wilde vasthouden. Ze vroeg continu geruststelling en bevestiging waarbij ze vaak dezelfde vragen opnieuw stelde. Dit zette zich door in haar eetgedrag. Ze vroeg bij elke hap toestemming om te kauwen en haar voedselinname werd meer en meer beperkt, wat haar omgeving grote zorgen baarde.

Wegens de complexe presentatie en het invaliderende karakter van deze klachten werd er gekozen voor een langdurige opname op de dagbehandeling van het ziekenhuis om een zorgvuldige diagnostische beoordeling te kunnen doen en intensieve therapie te starten.

Anamnestiche gegevens

Patiënte kwam uit een regulier tweeoudergezin en was de oudste van drie kinderen. In de familie kwamen geen psychiatrische problemen voor. Ouders meldden geen bijzonderheden in de ontwikkeling tijdens het eerste levensjaar. Bij de start van de school kon ze drukte in de klas niet verdragen en zocht ze weinig contact met leeftijdsgenoten. Thuis reageerde ze opvliegend en was ze vaak teruggetrokken tot actief afwijzend en agressief in contact. Intelligentieonderzoek toonde een benedengemiddeld cognitief profiel met een totaal IQ van 83, een verbaal IQ van 82 en een perfoormaal IQ van 87 op de *Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence* (WPPSI-III; Wechsler 2002).

Diagnostiek

Eerst werden eventuele onderliggende organische oorzaken zoals epilepsie, intracraniale en syndromale afwijkingen uitgesloten. Hiervoor werden een MRI-scan en een slaap-eeg uitgevoerd, waarbij geen significante afwijkingen gevonden werden. Genetisch onderzoek bracht twee duplicaties (14q11.2 en 18p11.31) en één deletie (8p23.1) aan het licht bij zowel patiënte als haar vader. Bij vader was er echter geenszins sprake van disfunctie, ook niet in zijn kindertijd. In de literatuur konden we geen verband vinden met het klinisch beeld van patiënte.

De tekorten in sociale communicatie konden passen bij ASS of konden het gevolg zijn van een taalstoornis. Het herhaaldelijk dezelfde vragen stellen kon een uiting zijn van repetitief gedrag bij ASS, maar kon ook beschouwd worden als een compulsie bij OCS. Ook de overgevoeligheid voor geluiden paste binnen de hypothese ASS. Aanvankelijk werd er niet gedacht aan een vroeg psychotisch proces; dit werd een belangrijke differentiaaldiagnose na het observeren van hallucinaties en denkfouten gedurende de opname. Er werd logopedisch onderzoek verricht, waaruit bleek dat patiënte een benedengemiddeld taalbegrip, kennis van

AUTEURS

JILL DEVRIESE, kinder- en jeugdpsychiater in opleiding, Universitair Centrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie Antwerpen (UKJA), ZiekenhuisNetwerk Antwerpen (ZNA).

MONICA DHAR, klinisch psycholoog, UKJA, ZNA, gastprofessor aan de Universiteit Antwerpen, vakgroep Collaborative Antwerp Psychiatric Research Institute (CAPRI), en universitair docent Biologische psychologie, Vrije Universiteit Brussel (VUB).

DIDIER WALLEGHEM, kinder- en jeugdpsychiater, UKJA, ZNA.

DIRK VAN WEST, kinder- en jeugdpsychiater, UKJA, ZNA, en docent, vakgroep CAPRI, Universiteit Antwerpen, en KLEP, Vrije Universiteit Brussel.

CORRESPONDENTIEADRES

J. Devriese, Universitair Centrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie Antwerpen (UKJA), Lindendreef 1, 2020 Antwerpen, België.

E-mail: Jill_devriese@hotmail.com

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 8-4-2015.

zinsbouw en woordenschat had, passend bij haar benedengemiddelde algemene ontwikkelingsniveau, zoals bepaald met de WPPSI. Er was dus geen sprake van een bijkomende taalstoornis. Ze had het daarentegen opvallend moeilijk om taal aan te passen aan de context. Ze interpreteerde en gebruikte taal vaak letterlijk zonder rekening te houden met de situatie. Deze taalttekorten worden frequent gezien bij kinderen met ASS (Verhulst e.a. 2014).

Tijdens de opname zagen we een meisje dat vaak vreemd overkwam in sociaal contact. Ze hield weinig rekening met en toonde beperkte interesse in haar gesprekspartner, waardoor het gesprek vaak stilviel. Ze had moeite met het interpreteren van non-verbale signalen in interactie met anderen en kon zich moeilijk verplaatsen in het standpunt van anderen.

Vriendschappen met leeftijdsgenootjes bleven oppervlakkig. Patiënte had een rigide manier van denken, wat bijdroeg tot een zeer beperkt probleemoplossend vermogen. De diagnose ASS werd gesteld op basis van de criteria van DSM-IV-TR (APA 2000) en het repetitief vragen stellen werd in eerste instantie binnen het kader van ASS geplaatst. Er werd daarom gedurende de opname een aanpak gehanteerd waarbij structuur en voorspelbaarheid centraal stonden, met duidelijke boodschappen ondersteund door pictogrammen.

Toch bleef er ondanks deze aanpak een aantal bijzonderhe-

den bestaan die niet door ASS alleen verklaard konden worden. Zo zag patiënte tijdens een gesprek met haar therapeut een slang over het plafond kruipen. Dit ervoer ze duidelijk als bedreigend en ze was hierdoor erg in paniek. Ze leek niet te twijfelen aan de echtheid van haar ervaring en was sindsdien bang voor slangen. Daarnaast werd ook regelmatig geobserveerd dat patiënte leek te lachen om iets dat zij alleen kon zien. In haar denken was ze vaak vertraagd en chaotisch.

Strikt genomen voldeed patiënte op basis van de observaties aan de DSM-IV-TR-criteria van een kortdurende psychotische stoornis. Er werd voorgesteld om behandeling met risperidon op te starten omdat patiënte op dat moment het meeste hinder leek te ondervinden van deze randpsychotische elementen. Ouders stonden echter niet open voor een medicamenteuze interventie.

ocs kon bevestigd noch uitgesloten worden omdat patiënte niet in staat was te verklaren waarom ze dezelfde vragen steeds herhaalde. Ze leek hiermee voornamelijk geruststelling en duidelijkheid te zoeken zonder overtuigende aanwijzingen voor een onderliggende obsessieve angstige gedachte.

De laatste periode van dagopname werd, ondanks de goede pedagogische vaardigheden van ouders en de duidelijke regels thuis, een toename van probleemgedrag opgemerkt. De opname werd beëindigd en naast het advies van geïntegreerd onderwijs met aanpassingen gericht op begeleiding van leerlingen met autisme (in Vlaanderen 'autismewerking' geheten) werd aangeraden om ambulante cognitief-gedragstherapeutische (CGT) sessies op te starten voor het dwangmatige gedrag.

Verdere ontwikkelingen

Een jaar later werd patiënte opnieuw aangemeld, ze startte toen net in aangepast onderwijs. Ook daar gaf de school aan dat de reguliere autismeaanpak niet volstond. Patiënte bleef bizar en dwangmatig gedrag vertonen. Ze gaf aan niet naar het toilet te mogen gaan van de strepen op de muur en de kasten in de klas. De CGT-sessies hadden hierop niet het beoogde effect.

Patiënte toonde een grote lijdensdruk, waardoor ouders vroegen om medicatie op te starten. Daarom vond een nieuwe diagnostische evaluatie plaats. Deze bestond uit een aantal gesprekken met de ouders en 3 observatiesessies in de spelkamer. De autismekennmerken waren op dat moment minder opvallend door een adequatere contactname; het bizarre en dwangmatige gedrag bleef echter zorgen baren.

Met oog op een medicamenteuze interventie was het belangrijk te bepalen welke klachten met prioriteit behandeld moesten worden. In overleg met ouders startten wij met sertraline met een dosis van 25 mg per dag aangezien

patiënte volgens onze inschatting het meeste last van haar compulsies en obsessies ondervond. Selectieve serotonineheropnameremmers (ssri's) zoals sertraline zijn volgens Ipser e.a. (2009) de eerste keuze in eerstelijns medicamenteuze behandeling van ocs bij kinderen.

BESPREKING

Literatuuroverzicht

Diagnostiek werd in dit geval verricht binnen het kader van een (dag)opname. Op deze manier kan men zich doorgaans een duidelijk beeld vormen over het functioneren van een kind op verschillende domeinen en kan men evalueren of overeenkomstige therapeutische interventies het beoogde effect hebben. In deze casus werden deze beide doelstellingen niet bereikt. Wij kozen daarom voor een procesdiagnostische benadering met ambulante contacten om het effect van therapeutische interventies zoals aangepast onderwijs, CGT en medicatie te evalueren. Desondanks bleef patiënte hinder ondervinden van obsessies en compulsies in combinatie met randpsychotische belevingen.

Bij volwassenen wordt de moeilijkheid om obsessieve-compulsieve symptomen te differentiëren van psychotische symptomen al langer onderkend, zoals blijkt uit onderzoek van Poyurovsky en Koran (2005). Zij geven aan dat een onderscheid gemaakt kan worden door het gebruiken van specifieke instrumenten zoals de *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale* (Y-BOCS). Bij jonge kinderen blijft het moeilijk om zulke diagnostische instrumenten te gebruiken, zeker indien hun communicatieve en introspectieve vaardigheden ondermijnd worden door een ontwikkelingsstoornis. Freeman e.a. (2011) stelden vast dat de kindversie van de Y-BOCS (CY-BOCS) betrouwbaarder wordt met toenemende leeftijd van 5 tot 8 jaar; wel vinden zij dat aanpassingen aan de schaal nodig zijn om deze beter te doen aansluiten bij de ontwikkeling en mogelijkheden van jonge kinderen.

Rodowski e.a. (2008) beschreven twee adolescenten bij wie ocs zich uitte als schizofrenie. Bij beide patiënten duurde het een aantal jaren vooraleer ocs gediagnosticeerd werd. Het beeld klaarde in beide gevallen aanzienlijk op onder augmentatie van de reeds bestaande medicamenteuze behandeling (risperidon en lamotrigine) met sertraline. Nguyen e.a. (2012) beschreven een ernstig beeld van ocs bij een meisje van 14 jaar waarbij ze zich afvroegen of haar obsessies niet eerder als wanen beschouwd dienden te worden. Ze behandelden patiënte in eerste instantie met risperidon om daarna sertraline op te starten. Onder risperidon was er een snelle verbetering merkbaar, wat de mogelijke link met een psychotisch proces ondersteunde. Verschillende studies suggereren dat deze patiëntengroep

op de grens tussen ocs en psychose baat heeft bij een combinatiebehandeling van een antipsychoticum en een SSRI (Nguyen e.a. 2012; Rodowski e.a. 2008).

CONCLUSIE

Wij kozen ervoor onze patiënte procesdiagnostisch te blijven volgen door het effect van verschillende interventies te evalueren en te bekijken hoe het klinisch beeld zich duidelijker aftekende in de loop van de tijd en met de verdere ontwikkeling van patiënte. Dit leidde tot het opstarten van een behandeling met sertraline gezien het gunstiger tolerantieprofiel en onze inschatting dat patiënte de meeste hinder ondervond van de compulsies en obsessies. Ouders merkten een duidelijke verbetering op het gebied van dwanghandelingen, patiënte deed geen randpsychotische uitspraken meer en haar welbevinden ging er sterk op

vooruit. Moeilijkheden in sociale interactie kwamen hierdoor meer op de voorgrond te staan. Deze bevindingen ondersteunden de hypothese van ASS met een comorbide OCS.

Het blijft echter mogelijk dat in de toekomst de psychotische kenmerken opnieuw op de voorgrond komen te staan en dat augmentatie met een antipsychoticum zich aandient. Bij jonge patiënten dienen we echter de mogelijke voordelen van een behandeling met antipsychotica af te wegen tegen de potentiële nadelen (Gao e.a. 2006). De jonge leeftijd bemoeilijkt daarnaast een betrouwbare diagnosestelling, waardoor een procesdiagnostische benadering vaak aangewezen is.

Wij pleiten voor meer onderzoek in deze leeftijdsgroep om diagnostische instrumenten meer te laten aansluiten bij de mentale mogelijkheden van jonge kinderen.

LITERATUUR

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistic manual of mental disorders. (DSM-IV-TR). Washington: APA; 2000.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistic manual of mental disorders. (DSM-5). Washington: APA; 2013.
- Freeman J, Flessner CA, Garcia A. The Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale: reliability and validity for use among 5 to 8 year olds with obsessive-compulsive disorder. *J Abnorm Child Psychol* 2011; 39: 877-83.
- Gao K, Muzina D, Gajwani P, Calabrese JR. Efficacy of typical and atypical antipsychotics for primary and comorbid anxiety symptoms or disorders: a review. *J Clin Psychiatry* 2006; 67: 1327-40.
- Ipser JC, Stein DJ, Hawkrigde S, Hoppe L. Pharmacotherapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; 3: CD005170.
- Leyfer OT, Folstein SE, Bacalman S, Davis NO, Dinh E, Morgan J, e.a. Comorbid psychiatric disorders in children with autism: interview development and rates of disorders. *J Autism Dev Disord* 2006; 36: 849-61.
- Nguyen ML, Shapiro MA, Welch SJ. A case of severe adolescent obsessive-compulsive disorder treated with inpatient hospitalization, risperidone and sertraline. *J Behav Addict* 2012; 1: 78-82.
- Poyurovsky M, Koran LM. Obsessive-compulsive disorder (OCD) with schizotypy vs. schizophrenia with OCD: diagnostic dilemmas and therapeutic implications. *J Psych Res* 2005; 39: 399-408.
- Rapoport J, Chavez A, Greenstein D, Addington A, Gogtay N. Autism spectrum disorders and childhood-onset schizophrenia: clinical and biological contributions to a relation revisited. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009; 48: 10-8.
- Rodowski MF, Cagande CC, Riddle MA. Childhood obsessive-compulsive disorder presenting as schizophrenia spectrum disorders. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2008; 18: 395-401.
- Verhulst FC, Verheij F, Danckaerts M. *Kinder- en jeugdpsychiatrie*. Assen: Van Gorcum; 2014.
- Wechsler D. *Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence (3de ed)*. San Antonio: The Psychological Corporation; 2002.

SUMMARY

Hallucinations and obsessive behaviour in an infant with autism spectrum disorder: diagnostic problems

J. DEVRIESE, M. DHAR, D. WALLEGHEM, D. VAN WEST

Regular non-medical treatment of a 6-year-old female patient with autism spectrum disorder failed due to comorbid compulsions and hallucinations. Differential diagnosis included obsessive-compulsive disorder and psychosis. The patient's young age complicated accurate diagnosis and management. In this case we opted for a diagnostic follow-up, resulting in treatment with a selective serotonin reuptake inhibitor because of the patient's frequent compulsions. This reduced the symptoms significantly.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 57(2015)8, 608-612

KEY WORDS autism spectrum disorder, obsessive-compulsive disorder, psychosis