

Psychogene bewegingsstoornissen

P. CRAS, D. CROSIERS

- ACHTERGROND** Psychogene bewegingsstoornissen zijn bewegingsstoornissen die het gevolg zijn van een psychiatrische eerder dan een primaire neurologische aandoening. Sommige auteurs verkiezen de term 'functionele bewegingsstoornis'.
- DOEL** Beschrijven van de classificatie, kliniek, diagnosestelling en behandeling van psychogene bewegingsstoornissen.
- METHODE** Bespreken van recente, geselecteerde literatuur.
- RESULTATEN** Er is een grote onvervulde therapeutische nood bij deze patiënten met invaliderende symptomen die leiden tot langdurige arbeidsongeschiktheid. Vaak wordt bij patiënten een 'conversiestoornis' gediagnosticeerd. Er zijn aanwijzingen dat stress de motoriek kan beïnvloeden door een invloed op centra die zorgen voor planning en actiemonitoring. Deze patiënten hebben een gestructureerde en multidisciplinaire behandeling nodig met neurologische en psychiatrische follow-up. Cognitieve gedragstherapie en laagfrequente transcraniële magnetische stimulatie hebben een beperkt effect.
- CONCLUSIE** Psychogene bewegingsstoornissen hebben kenmerken gemeenschappelijk met conversiestoornissen. Er zijn aanwijzingen dat cognitieve gedragstherapie gunstige effecten heeft, maar de prognose blijft zorgelijk.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 57(2015)2, 104-108

TREFWOORDEN cognitieve gedragstherapie, conversiestoornissen, functionele bewegingsstoornissen, somatoforme stoornissen



ARTIKEL



Psychogene bewegingsstoornissen (*psychogenic movement disorders*, PMD) zijn bewegingsstoornissen waarvan men veronderstelt dat ze eerder het gevolg zijn van een psychiatrische dan een primaire neurologische aandoening (Hinson & Haren 2006). Psychogene bewegingsstoornissen kunnen niet enkel verklaard worden op basis van een organische of neurochemische stoornis. Sommige auteurs verkiezen de term 'functionele neurologische of bewegingsstoornis'. PMD behoren tot de somatoforme stoornissen: psychische aandoeningen waarbij iemand lichamelijke klachten heeft waarvoor geen somatische oorzaak gevonden wordt. In de DSM-5 zijn de somatoforme stoornissen vervangen door de term 'somatisch-symptoomstoornis'. De afwezigheid van een somatische aandoening is geen voorwaarde meer, maar de lichamelijke klachten dienen wel significante lijdensdruk te veroorzaken of verstoring van het dagelijks leven en ze moeten gepaard gaan met excessieve specifieke gedachten, gevoelens en gedragingen.

Nosologisch overlappen PMD met conversiestoornissen, maar er zijn ook verschillen (Stone & Edwards 2011). Bij conversiestoornissen zijn er symptomen of afwijkingen van de lichaamsmotoriek of zintuigen die veroorzaakt lijken te zijn door een neurologische of algemene somatische aandoening. Er zijn psychologische uitlokkende factoren te vinden, omdat de uiting van de symptomen wordt voorafgegaan door conflicten of andere stressfactoren. Hoewel ze dit kenmerk soms delen met conversiestoornissen, zijn psychologische stressoren niet altijd aanwezig bij PMD. Bij zorgverleners bestaat er zorgwekkende begripsverwarring met 'nagebootste stoornissen'. Psychogene bewegingsstoornissen hebben een onmiskenbaar maatschappelijk belang, gezien de belangrijke invaliditeit die ermee gepaard gaat. Er is een grote onvervulde therapeutische nood bij deze groep van patiënten, bij wie men vaak eerst organische oorzaken vermoedt en behandelt. Meestal hebben deze 'therapeutische' interventies

geen resultaat, maar ze lijken de patiënt en de omgeving te bevestigen in de vermeende somatische oorzaak. Een multidisciplinaire aanpak zou een adequatere therapeutische benadering inhouden en in de beste gevallen tot re-integratie kunnen leiden.

Epidemiologie

Ervaring leert dat PMD steeds frequenter worden gezien in gespecialiseerde klinieken voor bewegingsstoornissen. Er wordt geschat dat PMD 1-9% van alle neurologische stoornissen omvatten en 2-3% van alle bewegingsstoornissen (Crimlisk e.a. 1998; Hinson & Haren 2006). Psychogene bewegingsstoornissen worden meestal gezien als een geïsoleerde neurologische aandoening, maar worden bij 10-15% van de patiënten ook samen met organische neurologische aandoeningen aangetroffen (Ranawaya e.a. 1990). In dat geval gaat het soms om 'aggravatie' van een bestaande tremor, parkinsonisme of een andere organische bewegingsstoornis.

Vaak worden PMD aangetroffen in de context van een co-existerende psychiatrische aandoening. Feinstein e.a. (2001) onderzochten de psychiatrische comorbiditeit bij 88 patiënten met psychogene bewegingsstoornissen door het gebruik van gestructureerde klinische interviews gebaseerd op de DSM-IV. Deze auteurs beschreven een naast elkaar bestaande as I-diagnose (depressie en angststoornissen kwamen het meeste voor) naast de diagnose conversiestoornis bij 38% van de patiënten en een as II-stoornis (persoonlijkheidsstoornis) bij 42% van de patiënten. Allerlei risicofactoren voor psychogene bewegingsstoornissen werden geïdentificeerd (Feinstein e.a. 2001). Deze omvatten een geschiedenis van seksueel misbruik of verkrachting, voorgaande operaties, ongevallen of andere fysieke trauma's, en emotioneel stressvolle gebeurtenissen, zoals ontslag, echtscheiding of overlijden van een familielid (Schwingenschuh e.a. 2008; Stamelou e.a. 2013).

Diagnose

Correcte diagnose en behandeling van psychogene bewegingsstoornissen zijn uitdagingen voor zowel neurologen als psychiaters. Ze kunnen worden gezien in alle leeftijdsgroepen, maar komen vaker voor bij vrouwen op jonge en middelbare volwassen leeftijd. De gemiddelde aanvangsleeftijd is naargelang de studies 37-50 jaar; de meerderheid van de patiënten (61-87%) is vrouw en een persoonlijkheidsstoornis wordt gediagnosticeerd bij 42% (Hinson & Haren 2006). Psychogene bewegingsstoornissen zijn ongewoon vóór de leeftijd van 10 jaar (Kirsch & Mink 2004). Bij kinderen wordt het dominante lidmaat het meest getroffen, terwijl bij volwassenen het vaakst het niet-dominante lidmaat wordt aangedaan.

AUTEURS

PATRICK CRAS, hoogleraar Neurologie, afd. Neurologie, Universitair Ziekenhuis Antwerpen en Instituut Born Bunge, Universiteit Antwerpen, Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Antwerpen.

DAVID CROSIERS, afd. Neurologie, Universitair Ziekenhuis Antwerpen en Instituut Born Bunge, Universiteit Antwerpen, Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Antwerpen.

CORRESPONDENTIEADRES

Prof.dr. Patrick Cras, afd. Neurologie, UZ Antwerpen, Wilrijkstraat 10, 2650 Edegem, België.
E-mail: patrick.cras@uantwerpen.be

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 17-9-2014.

Symptomen kunnen het volledige spectrum van onwillekeurige bewegingen nabootsen (Fasano e.a. 2012). Functionele spierzwakte, tremor en dystonie komen relatief vaak voor, net als loopstoornissen, terwijl parkinsonisme en myoclonus eerder zeldzaam zijn en chorea uiterst zeldzaam (Kenney e.a. 2007). In volgorde van voorkomen was actietremor (42%) de meest waargenomen vorm van PMD, gevolgd door andere vormen van tremor (39%), dystonie (32%), bradykinesie (23%), myoclonus (19%), slechte coördinatie lijkend op cerebellaire disfunctie (11%), tics (8%), chorea (7%), athetose (3%) en ballisme (2%). In de studie van Hinson en Haren (2006) toonde 60% van de patiënten een gangstoornis en 28% had disfunctie van de spraak. De meeste patiënten (74%) vertoonden twee of meer geassocieerde bewegingsstoornissen. De bovenste ledematen werden het meest getroffen, gevolgd door de onderste, nek, romp, hoofd, aangezicht en schouders (Hinson & Haren 2006).

Typische klinische kenmerken van PMD zijn een acuut begin, snelle progressie, bewegingspatronen incongruent met organische bewegingsstoornissen, afleidbaarheid, variabiliteit en gelijktijdig optreden van verschillende abnormale bewegingen (Hinson & Haren 2006) (**TABEL 1**).

Pathofysiologie

In normale omstandigheden heeft men het interne bewuste gevoel dat de bewegingen worden geïnitieerd, bestuurd en geproduceerd door het actieve 'zelf'. In geval van discrepantie tussen somatosensorische input en voorspelde motorische output kan het centrale zenuwstelsel pathologische sensaties oproepen. Dit conflict tussen

de somatosensorische input en de voorspelde motorische actie wordt 'sensorimotorische incongruentie' genoemd (Daenen e.a. 2010). Deze sensorimotore incongruentie kan men beschouwen als een vorm van dissociatie tussen het werkelijke en het gepercipieerde. Door hun aard zijn PMD eveneens dissociatieve stoornissen (Kranick e.a. 2011; Thomas & Jankovic 2004).

De klassieke stelling is dat stress vooral invloed heeft op functies van het limbische systeem, zoals leren, geheugen en emotie. Recent kon echter worden aangetoond dat stress ook motorische functies kan moduleren en invloed uitoefent op een hele groep van bewegingsstoornissen (Metz 2007). In het motorische systeem toont de aanwezigheid van glucocorticoidreceptoren aan dat ze gevoelig kunnen zijn voor de invloed van stresshormonen. Stress kan beweging moduleren door rechtstreekse activatie van de hypothalamus-hypofyse-bijnieras en indirect door emotionele beïnvloeding. Het dopaminerge systeem lijkt een centrale rol te spelen in het bemiddelen van de effecten van stress op de motorische functie (Metz 2007).

Functionele neuro-imagingstudies hebben inzicht gegeven in het neuraal correlaat van PMD. Het limbische systeem en corticale motorische gebieden van een hogere orde zouden betrokken kunnen zijn bij functionele verlammingen (Hedera 2012). Er zijn aanwijzingen dat 'dissociatieve' toestanden ontstaan door frontale inhibitie van het voorste deel van de gyrus cinguli (*anterior cingulate*). Dit voorste deel van de gyrus cinguli en de dorsolaterale prefrontale cortex spelen een belangrijke rol in het richten van aandacht en motorische reacties tijdens responsselectie (Lindquist & Barrett 2012; Lindquist e.a. 2012).

Emoties spelen ook een rol in het interpreteren van de verhouding tussen de fysieke situatie ten opzichte van de interne toestand van het lichaam ('conceptualisatie'). Abnormale activatie van de ventromediale prefrontale cortex kan een rol spelen in remming van gebieden betrokken bij motorische besturing (Voon e.a. 2010).

Therapie en prognose

Een adequate diagnosestelling is een eerste stap in een aangepaste behandeling. Daarbij doet zich al onmiddellijk de vraag voor hoe de diagnose mede te delen zonder de continuïteit van de therapeutische relatie in gevaar te brengen. In principe wordt de diagnose gegeven zoals bij organische bewegingsstoornis (tremor, dystonie, ...). Het is hierbij belangrijk dat er wordt erkend dat de patiënt lijdt aan een ziekte, hoewel er een somatische oorzaak ontbreekt. Als behandelaar dient u uitleg te geven over de functionele of psychosomatische oorzaak. Daarbij kunt u gebruikmaken van informatie die verzameld is op de website www.neurosymptoms.org. De verzamelde infor-

TABEL 1 Diagnose van psychogene bewegingsstoornissen

<i>Anamnese</i>	
1.	Plots begin
2.	Statisch verloop
3.	Spontane remissie
4.	Overduidelijke psychiatrische stoornis
5.	Multipele somatisaties
6.	In bezit van diploma van zorgverlener
7.	In afwachting van financiële compensatie
8.	Ziektewinst
9.	Jonge leeftijd
<i>Klinische kenmerken</i>	
1.	Inconsistent karakter van beweging (amplitude, frequentie, distributie, selectief bewaarde mogelijkheden)
2.	Paroxismale bewegingsstoornis
3.	Bewegingen nemen toe met aandacht en af met afleiding
4.	Mogelijkheid om bewegingen uit te lokken of te verbeteren met ongewone of niet fysiologische interventies (bijv. triggerpunten)
5.	Valse spierzwakte
6.	Valse sensorische stoornissen
7.	Automutilatie
8.	Willekeurige traagheid van beweging
9.	Functionele stoornissen in disproportie met bevindingen bij neurologisch onderzoek
10.	Bizarre bewegingsstoornis of moeilijk te klasseren
<i>Therapeutische respons</i>	
1.	Reageert niet op medicatie
2.	Respons op placebo
3.	Remissie met psychotherapie

matie, getuigenissen en video's kunnen helpen om de betere prognose in vergelijking met organische bewegingsstoornissen in de verf te zetten. De follow-up dient niet alleen door de huisarts, maar ook door de psychiater en door de neuroloog te gebeuren.

Vermijden van iatrogene schade door onnodige invasieve tests of ongepaste medicatie is cruciaal in de behandeling. Tot op heden bestaat er geen gestandaardiseerde benadering en er bestaan zeer weinig gegevens over resultaten op lange termijn (Williams e.a. 2005). Behandelingen die werden voorgesteld, omvatten onder andere psychotherapie in de vorm van cognitieve gedragstherapie (cgt), psychodynamische psychotherapie, stressbeheersing en relaxatietechnieken, biofeedback, yoga, meditatie, acupunctuur, sport, farmacotherapie met antidepressiva en anxiolytica, revalidatie met fysiotherapie en ergotherapie (Hinson & Haren 2006). cgt is effectief gebleken in het

behandelen van functionele somatische klachten en PMD (Morgante e.a. 2013; Ricciardi & Edwards 2014; Thomas & Jankovic 2004). Laagfrequente repetitieve transcranieële magnetische stimulatie (rTMS) over de motorische cortex kan een rol spelen bij patiënten met psychogene verlamingsverschijnselen (Garcin e.a. 2013).

Over de prognose van psychogene bewegingsstoornissen is men niet optimistisch (Hinson & Haren 2006). Ze leiden tot een aanzienlijke handicap, vergelijkbaar met die van ernstige organische bewegingsstoornissen en de resulta-

ten van behandeling zijn vaak beperkt. Onbehandeld worden ze vaak chronisch en studies tonen aan dat de klachten persisteren bij 65-95% van de patiënten (Factor e.a. 1995; Lempert e.a. 1990; Lempert & Schmidt 1990).

Psychogene bewegingsstoornissen vormen een belangrijk maatschappelijk probleem en betekenen een enorme financiële last voor de gezondheidszorg. Dit wijst op de dringende behoefte aan grote, goed opgezette, gecontroleerde klinische studies die een breed spectrum van therapeutische benaderingen onderzoeken.

LITERATUUR

- Crimlisk HL, Bhatia K, Cope H, David A, Marsden CD, Ron MA. Slater revisited: 6 year follow up study of patients with medically unexplained motor symptoms. *BMJ* 1998; 316: 582-6.
- Daenen L, Roussel N, Cras P, Nijs J. Sensorimotor incongruence triggers sensory disturbances in professional violinists: An experimental study. *Rheumatology (Oxford, England)* 2010; 49: 1281-9.
- Factor SA, Podskalny GD, Molho ES. Psychogenic movement-disorders - frequency, clinical profile, and characteristics. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1995; 59: 406-12.
- Fasano A, Valadas A, Bhatia KP, Prashanth LK, Lang AE, Munhoz RP, e.a. Psychogenic facial movement disorders: Clinical features and associated conditions. *Mov Disord* 2012; 27: 1544-51.
- Feinstein A, Stergiopoulos V, Fine J, Lang AE. Psychiatric outcome in patients with a psychogenic movement disorder: A prospective study. *Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol* 2001; 14: 169-76.
- Garcin B, Roze E, Mesrati F, Cognat E, Fournier E, Vidailhet M, e.a. Transcranial magnetic stimulation as an efficient treatment for psychogenic movement disorders. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2013; 84: 1043-6.
- Hedera P. Metabolic hyperactivity of the medial posterior parietal lobes in psychogenic tremor. *Tremor Other Hyperkinet Mov (NY)* 2012; 2.
- Hinson VK, Haren WB. Psychogenic movement disorders. *Lancet Neurol* 2006; 5: 695-700.
- Kenney C, Diamond A, Mejia N, Davidson A, Hunter C, Jankovic J. Distinguishing psychogenic and essential tremor. *Journal of the neurological sciences* 2007; 263: 94-9.
- Kirsch DB, Mink JW. Psychogenic movement disorders in children. *Pediatr Neurol* 2004; 30: 1-6.
- Kranick S, Ekanayake V, Martinez V, Ameli R, Hallett M, Voon V. Psychopathology and psychogenic movement disorders. *Mov Disord* 2011; 26: 1844-50.
- Lempert T, Dieterich M, Huppert D, Brandt T. Psychogenic disorders in neurology - frequency and clinical spectrum. *Acta Neurol Scand* 1990; 82: 335-40.
- Lempert T, Schmidt D. Natural-history and outcome of psychogenic seizures - a clinical-study in 50 patients. *J Neurology* 1990; 237: 35-8.
- Lindquist KA, Barrett LF. A functional architecture of the human brain: Emerging insights from the science of emotion. *Trends Cogn Sci* 2012; 16: 533-40.
- Lindquist KA, Wager TD, Kober H, Bliss-Moreau E, Barrett LF. The brain basis of emotion: A meta-analytic review. *Behav Brain Sci* 2012; 35: 121-43.
- Metz GA. Stress as a modulator of motor system function and pathology. *Rev Neurosci* 2007; 18: 209-22.
- Morgante F, Edwards MJ, Espay AJ. Psychogenic movement disorders. *Continuum (Minneapolis)* 2013; 19: 1383-96.
- Ranaway R, Riley D, Lang A. Psychogenic dyskinesias in patients with organic movement disorders. *Mov Disord* 1990; 5: 127-33.
- Ricciardi L, Edwards MJ. Treatment of functional (psychogenic) movement disorders. *Neurotherapeutics* 2014; 11: 201-7.
- Schwingenschuh P, Pont-Sunyer C, Surtees R, Edwards MJ, Bhatia KP. Psychogenic movement disorders in children: A report of 15 cases and a review of the literature. *Mov Disord* 2008; 23: 1882-8.
- Stamelou M, Cossu G, Edwards MJ, Murgia D, Parees I, Melis M, e.a. Familial psychogenic movement disorders. *Mov Disord* 2013; 28: 1295-8.
- Stone J, Edwards MJ. How 'psychogenic' are psychogenic movement disorders? *Mov Disord* 2011; 26: 1787-8.
- Thomas M, Jankovic J. Psychogenic movement disorders: Diagnosis and management. *CNS Drugs* 2004; 18: 437-52.
- Voon V, Gallea C, Hattori N, Bruno M, Ekanayake V, Hallett M. The involuntary nature of conversion disorder. *Neurology* 2010; 74: 223-8.
- Williams DT, Ford B, Fahn S. Treatment issues in psychogenic-neuropsychiatric movement disorders. *Adv Neurol* 2005; 96: 350-63.

SUMMARY

Psychogenic movement disorders

P. CRAS, D. CROSIERS

BACKGROUND Psychogenic movement disorders are movement disorders that are the result of a psychiatric rather than a primary neurological disorder. Some authors prefer the term 'functional movement disorder'.

AIM To discuss the nosology, clinical signs, diagnosis and treatment of psychogenic movement disorders.

METHOD We discuss recent, selected literature.

RESULTS Patients with psychogenic movement disorders have debilitating symptoms that can lead to long-term disability. Often such patients are diagnosed with 'conversion disorder'. There is evidence that stress can interfere with motor functioning by affecting centres that are involved in planning and action monitoring. These patients need structured and multidisciplinary treatment supported by neurological and psychiatric follow-up. Cognitive behavioral therapy and low-frequency transcranial magnetic stimulation have a limited effect.

CONCLUSION Psychogenic movement disorders and conversion disorders have features in common. There is evidence that cognitive behavioral therapy has beneficial effects, but the prognosis remains poor.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 57(2015)2, 104-108

KEY WORDS cognitive behavioral therapy, conversion disorders, functional movement disorders, somatoform disorders