

# Bewegingsstoornissen in de psychiatrie

P.N. VAN HARTEN, M. MORRENS, D. RHEBERGEN, P. SIENAERT, D.M. DHOSSCHE



ARTIKEL



Een themanummer over bewegingsstoornissen in de psychiatrie roept vragen op. Op welke wijze zijn deze twee aan elkaar verbonden? Wat is de klinische relevantie van deze verbinding? Is het onderwerp voldoende voor een themanummer van het *Tijdschrift voor Psychiatrie* en horen bewegingsstoornissen niet meer tot het terrein van de neuroloog?

Om te beginnen met het laatste: bewegingsstoornissen zoals de ziekte van Parkinson, de ziekte van Huntington en de ziekte van Wilson behoren van oudsher tot het terrein van de neurologie. Echter, bij deze bewegingsstoornissen komen veel psychiatrische symptomen voor zoals depressies, angststoornissen, apathie en psychosen. Neurologen die patiënten met deze bewegingsstoornissen behandelen, hebben dan ook veel kennis nodig van de psychiatrie of werken intens met psychiaters samen. Omgekeerd zien psychiaters vaak bewegingsstoornissen.

Wij zouden de stelling aandurven dat de gemiddelde psychiater vaker bewegingsstoornissen ziet dan de gemiddelde neuroloog. Dat komt omdat neurologische bewegingsstoornissen relatief zeldzaam zijn en bewegingsstoornissen bij psychiatrische beelden veel voorkomen. Bovendien induceren veel, door psychiaters voorgeschreven, psychofarmaca bewegingsstoornissen. Constructiever dan de discussie tot welk specialisme bewegingsstoornissen behoren, is de vaststelling dat bewegingsstoornissen een brug vormen tussen de neurologie en de psychiatrie (Van Harten 2011).

## Bewegingsstoornissen en psychiatrische symptomen

De verklaring voor de verbinding tussen bewegingsstoornissen en psychiatrische symptomen ligt voor een deel in de basale ganglia. Deze groep hersenkeren heeft als belangrijke functie het initiëren en controleren van de motorische activiteit, maar dat is niet de enige functie. In 2014 publiceerde *The Lancet* een artikel met als titel: 'The expanding universe of disorders of the basal ganglia' (Obeso e.a. 2014). Daarin beschrijven de auteurs dat de basale ganglia verbonden zijn met de hersenschors door verschillende gescheiden en parallel lopende circuits (*loops*), de cortico-basale ganglia-thalamus-corticale circuits. Deze circuits zijn onderverdeeld in motore, associatieve (cognitieve) en limbische (emotionele) domeinen en die zijn weer gerelateerd aan respectievelijk controle over beweging, gedrag en cognitie en aan beloning en emotie. Als een circuit disfunctioneert, kan dit leiden tot stoornissen in beweging, gedrag en cognitie alsook tot stemmingswisselingen.

Obeso e.a. (2014) suggereren dat stoornissen in bepaalde circuits samenhangen met stoornissen in de impulscontrole en dat dit de gedragsmatige tegenhanger is van hyperkinetische stoornissen zoals dyskinesie. Analoog daaraan geeft een ontregeling van de dopamineactiviteit psychotische stoornissen waarbij de (gedragsmatige) positieve en negatieve symptomen tegenhangers zijn van respectievelijk dyskinesie en bradykinesie. Dat zou verklaren waarom deze stoornissen vaak gezamenlijk gezien worden.

## Klinische relevantie

De klinische relevantie van het onderwerp komt in vrijwel elk artikel in dit themanummer naar voren. Het was een verzoek aan de auteurs om van de verschillende onderwerpen vooral de praktijkgerelateerde aspecten te belichten; volgens ons is dat erg goed gelukt.

En dan de vraag of het onderwerp voldoende is voor een themanummer? Het bewijs ligt voor u.

De artikelen in dit themanummer zijn onder te brengen in vier groepen. Bewegingsstoornissen als 1. (vroeg) symptoom bij psychiatrische ziektebeelden, 2. syndroom, 3. bijwerking van psychofarmaca en 4. 'neurologische' bewegingsstoornissen die gepaard gaan met psychiatrische symptomen.

## Bewegingsstoornissen als (vroeg) symptoom bij psychiatrische ziektebeelden

Bij personen die een hoog risico (zogenaamd *ultra-high risk*) lopen op psychosen en bij niet met antipsychotica behandelde patiënten met psychosen worden al lichte dyskinesieën en bradykinesie gezien die mogelijk prognostisch zijn voor het beloop en de kans op transitie naar psychose (Van Harten e.a.).

Ook bij depressieve stoornissen zijn vaak psychomotore symptomen aanwezig. Ook hier blijkt dat de aanwezigheid van psychomotore symptomen het naturalistische beloop en het effect van behandeling op depressieve stoornissen kan voorspellen (Rhebergen & Sienaert).

## Bewegingsstoornissen als syndroom

Katatonie wordt vaak gezien als een apart syndroom. Een belangrijke vraag is of er onderscheid te maken is tussen katatonie bij respectievelijk schizofrenie of stemmingsstoornissen. Katatonie heeft bij beide ziektebeelden een voorspellende waarde voor een slechter beloop. Bij schizofrenie reageert de katatonie minder goed op benzodiazepinen en ECT dan bij een stemmingsstoornis (Van den Amele e.a.).

Dhossche e.a. beschrijven een jongen met autismespectrumstoornis bij wie zich klassieke katatonie ontwikkelt. Zij belichten de behandelingsmogelijkheden die ontstaan wanneer katatonie als apart syndroom wordt gezien, los van onderliggende neuropsychiatrische beelden, inclusief autismespectrumstoornis.

In een ander artikel over katatonie bespreken Dhossche e.a. acht hypothesen over de mogelijke etiologie waarbij de vagale hypothese nieuw is.

De psychogene bewegingsstoornis is een apart syndroom, waarbij vaak andere psychiatrische symptomen een rol spelen. Het stellen van de diagnose is uiterst lastig. Cras en Crosiers noemen een aantal klinische kenmerken en bespreken ook de behandeling.

## Bewegingsstoornissen als bijwerking van psychofarmaca

De beruchtste middelen voor bewegingsstoornissen zijn de dopamineblokkers, veelal antipsychotica. Daarvan is tardieve dyskinesie (wat het onderwerp was van het tweede themanummer (1984) van het *Tijdschrift voor Psychiatrie*) een van de ernstige bijwerkingen vanwege de potentiële irreversibiliteit. Tenback e.a. bespreken de risicofactoren voor tardieve dyskinesie. Bakker e.a. laten zien dat in de farmacogenetica van antipsychoticageïnduceerde bewegingsstoornissen veel resultaten elkaar nog tegenspreken.

## LITERATUUR

- Harten PN van. Samenwerking neuroloog en psychiater verbetert de zorg. *Tijdschr Psychiatr* 2011; 53: 685-7.
- Obeso JA, Rodriguez-Oroz MC, Stamelou M, Bhatia KP, Burn DJ. The expanding universe of disorders of the basal ganglia. *Lancet* 2014; 384: 523-31.

## AUTEURS

**PETER N. VAN HARTEN**, psychiater en directeur Innova (instituut voor opleiding, onderzoek en innovatie), GGz Centraal, Amersfoort, hoogleraar Psychiatrie, Maastricht University, Maastricht.

**MANUEL MORRENS**, psychiater, Psychiatrisch centrum Broeders Alexianen Boechout, en docent en post-doconderzoeker, Collaborative Antwerp Psychiatric Research Institute (CAPRI), Universiteit Antwerpen.

**DIDI RHEBERGEN**, ouderenpsychiater en onderzoeker, afd. Psychiatrie en EMGO+ Institute for Health and Care Research, VUmc en GGZ inGeest, Amsterdam.

**PASCAL SIENAERT**, psychiater-psychotherapeut, Zorgprogramma Stemmingsstoornissen en afd. ECT, UPC KU Leuven, campus Kortenberg, en hoogleraar Psychiatrie, Katholieke Universiteit Leuven.

**DIRK M. DHOSSCHE**, hoogleraar Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Universiteit van Mississippi Medical Center, Jackson, Mississippi, VS.

#### **CORRESPONDENTIEADRES**

Prof. dr. Peter N. van Harten, GGz  
Centraal, Innova, Postbus 3051, 3800  
DB Amersfoort.  
E-mail: p.vanharten@ggzcentraal.nl

Strijdige belangen: M. Morrens ontving  
grants van Johnson & Johnson België,  
Bristol-Myers Squibb België, AstraZeneca  
België en Lundbeck België.  
P. Sienaert meldde honoraria van  
AstraZeneca, Janssen-Cilag en Lundbeck.

#### **TITLE IN ENGLISH**

Movement disorders in psychiatry

Door antipsychotica geïnduceerde tardieve dyskinesie wordt veelal farmacologisch behandeld. Echter, als dit geen effect heeft en de patiënt lijdt onder ernstige tardieve dyskinesie zou diepe hersenstimulatie van de globus pallidus internus een mogelijkheid zijn. In hun literatuuroverzicht van de effecten van deze behandeling laten Mentzel e.a. een gemiddelde verbetering van bijna 80% zien. Ook antidepressiva en stemmingsstabilisatoren kunnen bewegingsstoornissen veroorzaken (bijvoorbeeld tremor) en Vandewalle e.a. beschrijven het voorkomen en de behandeling ervan.

### **Neurologische ziektebeelden die gepaard gaan met psychiatrische symptomen**

Het syndroom van Gilles de la Tourette wordt veelal gezien als een neurologisch syndroom, maar Cath laat zien dat psychiatrische symptomen hierbij zeer frequent voorkomen.

Ook de ziekte van Parkinson gaat gepaard met veel psychiatrische comorbiditeit. In de huidige literatuur over de ziekte van Parkinson krijgen de zogenaamde ‘non-motor signs’ veel aandacht, waarmee vooral bedoeld wordt op de cognitieve en psychische stoornissen. Leentjens en Van den Heuvel laten zien hoe vaak deze voorkomen en bespreken ook de behandelmogelijkheden.

De anti-NMDA-receptorencefalitis is een verraderlijk neurologisch beeld dat makkelijk gemist kan worden en waar vaak dyskinesieën bij voorkomen. Door misdiagnose komt de vaak effectieve behandeling soms te laat op gang (Van de Riet e.a.).

### **Instrumenteel meten van bewegingsstoornissen**

In een overkoepelend artikel beschrijven Docx e.a. de instrumentele meting van bewegingsstoornissen bij schizofrenie. Bewegingsstoornissen zijn vrij objectief te meten en lenen zich goed voor instrumentele meting. Er zijn meerdere elektronische methoden die zeer sensitief, valide en betrouwbaar blijken te zijn. Een bredere toepassing van instrumentele diagnostiek zou nieuwe mogelijkheden bieden in zowel onderzoek als de klinische praktijk.

### **Besluit**

Bewegingsstoornissen zouden in analogie met de ‘non-motor signs’ bij de ziekte van Parkinson ‘non-mental signs’ genoemd kunnen worden. Als verder onderzoek de prognostische waarde van deze ‘non-mental signs’ zou bevestigen, dan kunnen ze een van de eerste biomarkers worden in de psychiatrie.

Dit themanummer onderstreept hoe belangrijk het is voor een psychiater om voldoende kennis te hebben van bewegingsstoornissen en hoe groot de potentiële klinische mogelijkheden zijn voor diagnostiek, prognose en behandeling.