

Psychiatrie en bewegingsstoornissen

door C.A.L. Hoogduin

Gepubliceerd in 1996, no. 6

Naar aanleiding van:

Joseph, A.B., en R.R. Young, **Movement disorders in neurology and neuropsychiatry**. Blackwell Scientific Publications, Londen 1992, 762 p.

Kurlan, R. (red.), **Treatment of movement disorders**. J.P. Lippincott, Philadelphia 1995, 496 p.

Sachdev, P., **Akathisia and restless legs**. Cambridge University Press, Cambridge 1995, 425 p.

Weiner, W.J., en A.E. Lang (red.), **Advances in neurology. Volume 65: Behavioral neurology of movement disorders**. Raven Press, New York 1995, 341 p.

Neurologie en psychiatrie zijn in Nederland uit elkaar gedreven. Hoewel de biologische psychiatrie opgang maakt, is er geen sprake van een werkelijke toenadering van beide vakken. Dat is jammer. Recent is een viertal boeken verschenen over dit grensgebied tussen beide specialismen: de psychiatrische en neurologische aspecten van bewegingsstoornissen in de meest ruime zin, van motorische stoornissen ten gevolge van neurolepticagebruik tot gedragsstoornissen bij de ziekte van Huntington (Joseph en Young 1992; Kurlan 1995; Sachdev 1995; Weiner en Lang 1994).

De relatie tussen psychiatrie en bewegingsstoornissen is niet een toevallige (Weiner en Lang 1995: 1-43). De basale ganglia hebben te maken met motorische controle, maar hebben eveneens een relatie met het procedurale geheugen. Zo wordt verondersteld dat er een relatie bestaat met het 'habit system'. Naast de motorische controle worden ook probleemoplossende vaardigheden, mentale flexibiliteit en planning via deze ganglia gestuurd. Zo kunnen de functies van de basale ganglia opgedeeld worden in neurologische, psychologische en psychiatrische. Bijvoorbeeld: bij de ziekte van Parkinson en de ziekte van Huntington treden behalve bewegingsstoornissen eveneens cognitieve-functie- stoornissen op, naast emotionele en gedragsstoornissen. Cognitieve- functiestoornissen bij laesies van de basale ganglia hebben apathie, ongeïnteresseerdheid, een psychische akinesie en verlies van zelfactivatie tot gevolg. Patiënten met dergelijke laesies hebben een afgestompt gevoelsleven, maar ook arithmomanie, coprolalie, cognitieve tics, stereotiepe herhaling van opdrachten, maar ook herhaling in motoriek en gestiek, bijvoorbeeld steeds hetzelfde landschap schilderen, niet kunnen ophouden met een beweging die eenmaal is gestart. Er zijn overeenkomsten met dwangverschijnselen, maar ook belangrijke verschillen. Er is geen angst, geen spanning, en er zijn ook geen rituelen. Bovengenoemde stoornissen komen voor bij de ziekte van Huntington, progressieve nucleaire verlamming, maar ook na een intoxicatie, bij parkinsonisme en het syndroom van Gilles de la Tourette (Weiner en Lang 1994: 1-43).

Psychiatrische stoornissen bij de ziekte van Parkinson (Weiner en Lang 1995: 43-115). Er is geen echt intellectueel verval, wel zijn er stoornissen in het functioneren, maar vooral geheugenproblematiek van het expliciete geheugen; het actief vinden van opgeslagen materiaal verloopt moeizaam. Er blijken geen onderzoeksgegevens om de diagnose premorbide Parkinson-persoonlijkheid te onderscheiden. Voor depressie bij de ziekte van Parkinson bestaan deze wel. Belangrijk zijn de door medicatie geïnduceerde stoornissen. Visuele hallucinaties bij de diverse medicaties komen in dertig procent van de gevallen voor; auditieve en tactiele komen vrijwel niet voor. 'Night terrors' komen voor in zeven procent van de gevallen. Voorts ziet men het organische-verwardheidssyndroom. Drie procent van de met L-dopa behandelde patiënten ontwikkelt een paranoïde psychose.

Psychogene motorische stoornissen (Weiner en Lang 1995: 231-259, 319-320; Kurlan 1995: 475-487). Uitvoerig wordt gerapporteerd over de problemen rond de diagnostiek en behandeling van deze stoornissen, in de psychiatrie gebruikelijk onder de naam conversiestoornissen geclassificeerd. Niet geheel onverwacht en naar mijn mening geheel terecht wordt er bij de diagnostiek van uitgegaan dat niet de psychiater, maar de neuroloog deze diagnose dient te stellen. Door Fahn en Williams (1988) zijn de diagnostische criteria ontwikkeld voor een classificatiesysteem voor psychogene dystonie (de psychogene variant van torticollis, schrijfkrimp, blepharospasme, en dergelijke). Een psychogene dystonie wordt in diverse mate van zekerheid als volgt geclassificeerd: gedocumenteerd, klinisch vastgesteld, waarschijnlijk en mogelijk. Deze indeling is door Williams e.a. (zie Weiner en Lang 1995: 231) overgenomen voor de classificatie van alle psychogene bewegingsstoornissen: (1) Een *gedocumenteerde* psychogene dystonie wordt vastgesteld na langdurig herstel met behulp van psychotherapie. Er is hierop kritiek te leveren omdat bijvoorbeeld bij ideopathische dystonieën jarenlang durende remissies voorkomen. Als dat gebeurt terwijl iemand psychotherapie heeft, wordt deze aandoening ten onrechte als gedocumenteerd psychogeen beschouwd. (2) Voor de *klinisch vastgestelde* psychogene bewegingsstoornis worden de volgende criteria gegeven: inconsistent met of niet overeenkomstig het patroon van een neurologische bewegingsstoornis. Ondersteuning voor deze diagnose wordt verschaft door: andere lichamelijke stoornissen waarvan is vastgesteld dat ze psychogeen zijn (zoals automutilatie, gespeelde spierzwakte), veel andere lichamelijke klachten of de aanwezigheid van een psychiatrische stoornis. (3) *Waarschijnlijke psychogene* bewegingsstoornis is: opnieuw inconsistentie met het patroon van een neurologische bewegingsstoornis, of, wanneer dit niet het geval is, dienen er andere lichamelijke symptomen aanwezig te zijn van een bewegingsstoornis die duidelijk psychogeen is, of dienen er aanwijzingen te zijn voor de diagnose somatisatiestoornis. (4) *Mogelijke psychogene* bewegingsstoornis: hieraan wordt gedacht als er al een psychiatrische stoornis is en wanneer de klachten lijken op een neurologische stoornis. Deze categorie zegt eigenlijk meer over de dokter dan over de patiënt. Er is geen argument, maar de patiënt doet vreemd, dus zal het wel psychogeen zijn. De combinatie van gedocumenteerd en klinisch vastgesteld vormt de categorie *klinisch definitieve* psychogene bewegingsstoornis. Van belang is vast te stellen dat deze indeling niet zo veel zegt, omdat veel neurologische stoornissen ook niet consistent zijn. Onder invloed van emoties, gevonden bij de ziekte van Parkinson, het syndroom van Gilles de la Tourette en bij dystonieën en tremoren, kan het ziektebeeld sterk fluctueren. De hier gegeven indeling lijkt een wanhopige poging om een probleem dat op deze wijze niet oplosbaar is toch op te lossen.

Williams e.a. (zie Weiner en Lang 1995) vermelden een aantal 'soft factors' die bij bewegingsstoornissen aanwijzingen kunnen geven voor mogelijke psychogenie: acuut begin na een duidelijk aanwijsbare gebeurtenis; veelvuldige bewegingsstoornissen; variabele en inconsistente manifestatie, wisselend tijdens het onderzoek; niet congruent met organische aandoeningen; de ernst van de klachten neemt toe wanneer de stoornis wordt onderzocht; de bewegingsstoornissen nemen af wanneer de aandacht er niet op wordt gericht; de stoornissen verdwijnen gedurende concentratie op andere taken; het bestaan van een excessieve schrikreactie; de bewegingen reageren op placebo of suggestie; geassocieerde onjuiste en incongruente 'neurologisch' aandoende symptomen; geassocieerde, psychiatrische stoornissen; en ten slotte wanneer de klachten verdwijnen met behulp van psychotherapie. Al met al komen we niet veel verder met deze classificatie dan vroeger met 'ziektewinst', 'belle indifférence' en 'theatrale presentatie'.

Akathisie (Sachdev 1995) of 'niet kunnen zitten' is een fenomeen dat vooral gezien wordt bij psychiatrische patiënten die neuroleptica gebruiken. Het kan zich voordoen als een aandrang te bewegen, rond te lopen, van het ene been op het andere te wippen. Er is geen sprake van agitatie, maar het gaat meer om kalme, rustig uitgevoerde nutteloze bewegingen, met geen ander doel dan een diep in de spieren en botten als onaangenaam beleefd gevoel te doen verdwijnen. Van belang is dat deze akathisie ook voorkomt zonder dat patiënten bewegen, de zogenaamde neuroleptische dysforie of cognitieve akathisie (Joseph en Young 1992: 100-106). Deze klacht bij psychiatrische patiënten, die

met neuroleptica worden behandeld, kan worden samengevat als een onprettige neiging om te bewegen. De patiënten beschrijven gevoelens van innerlijke rusteloosheid en angst. Er zijn vage lichamelijke klachten, en soms vertonen de patiënten heftige angst- en woedereacties. Van belang is dat de innerlijke rusteloosheid en angst- en spanningsklachten kunnen voorkomen zonder de motorische equivalenten. Een mogelijke verklaring voor het niet bewegen zou gelegen kunnen zijn in de door de neuro- leptica geïnduceerde akinesie. Voor het stellen van de diagnose is van belang dat de cognitieve akathisie meestal gepaard gaat met andere extrapiramidale bijwerkingen. Het is een belangrijke oorzaak van non- compliance en beëindiging van het neurolepticagebruik.

Met *tardief Tourettisme* (Joseph en Young 1992: 125-134) wordt bedoeld het ontstaan van het syndroom van Gilles de la Tourette als gevolg van langdurig neurolepticagebruik. In totaal zijn tien patiënten met dergelijke klachten beschreven. De auteurs vinden dat weinig, gelet op het veelvuldig gebruik van neuroleptica. Zij gaan ervan uit dat het eigenlijk meer een variant is van tardieve dyskinesieën, of ontstaat als een farmacologische inductie van een ideopathisch Gilles de la Tourette-syndroom bij patiënten die gepredisposeerd waren voor die ziekte.

Myoclonus als gevolg van antidepressiva (Joseph en Young 1992: 146- 155) komt slechts zelden voor. Het is beschreven bij MAO-remmers, maar ook bij amytriptyline, imipramine, clomipramine, trazodon, maprotiline en nortriptyline. Bij tricyclische antidepressiva is het vooral bekend na overdoseringen. Van de patiënten met een overdosering bleek 43% myoclonieën te vertonen. Het zou echter ook bij de gewone doseringen kunnen voorkomen. Bij moderne SSRI's zouden tot nog toe geen myoclonieën beschreven zijn.

De *REM-slaapstoornis* (Joseph en Young 1992: 620-631) is redelijk bekend in de psychiatrie. Er worden vijf patiënten beschreven, vier mannen en één vrouw, die gedurende de nacht en in slaap (tijdens de REM-slaap) agressief gedrag vertonen. Het lijkt erop alsof ze niet uit hun droom bijkomen en reageren alsof ze nog dromen. Bij twee van hen werd geen neurologische afwijking gevonden, bij de andere drie wel. De kenmerken zijn: gedurende de REM-slaap actieve spieractiviteit samenhangend met de droominhoud; alle motorische activiteiten kunnen plaatsvinden, soms wordt de partner erbij betrokken; de dromen zijn vaak bedreigend; soms wordt de partner verwond. De aandoening is te onderscheiden van de zogenaamde 'sleep terror disorder', een aandoening die vooral vroeg in de nacht optreedt zonder herinnering aan de droom, dit in tegenstelling tot de REM-slaapstoornis. Ook deze patiënten kunnen zich omwille van bedreigingen, in de droom beleefd, agressief gedragen. In de loop der jaren meldden zich op onze polikliniek diverse mensen aan met een dergelijke stoornis, bijvoorbeeld een man die zijn vrouw 's nachts sloeg, zonder dat hij die intentie zou hebben. Een andere patiënt barricadeerde zijn kamer en gooide kasten uit het raam om vermeende indringers tegen te houden. Een patiënt verwondde zijn vrouw met de knokkels van zijn hand gedurende nachtelijke rituelen, terwijl hij in een toestand verkeerde die deed denken aan slaapwandelen. Een patiënt redde zijn vrouw en kinderen enige malen per nacht, zonder dat dezen daar prijs op stelden. Wanneer een van hen zich verzette, trad hij hardhandig op. Het is duidelijk dat slaaponderzoek de diagnose kan bevestigen. Interessant is dat patiënten met de REM- slaapstoornis goede herinneringen hebben aan hun dromen, terwijl patiënten met 'sleep terror disorder' geen herinnering hebben aan wat er is gebeurd, maar slechts flarden en fragmenten, die toch tot een reconstructie kunnen leiden van de gebeurtenissen gedurende de slaap. Een patiënt (Cuisinier en Hoogduin 1991) was in staat om met behulp van suggesties dergelijke vreselijke gebeurtenissen tijdens een hypnotische trance te beleven. Een bevinding die mogelijkheden bood voor behandeling.

Hyperekplexia (Joseph en Young 1992: 487-503) is een syndroom waarbij het gaat om een te heftige schrikreflex. Er bestaat een primair syndroom, de hyperekplexische schrikreflex, waarbij geen oorzaken zijn aan te wijzen. Er is een secundaire vorm waarbij de schrikreflex ontstaat als gevolg van diverse hersenziekten. Van groot belang echter is dat het ook kan ontstaan ten gevolge van seksueel

misbruik of ernstige agressieve bejegening in de jeugd, en in het kader van een posttraumatische stress-stoornis.

Ten slotte is er een groep vreemde aandoeningen, die vooral cultureel bepaald lijken te zijn en waarvan de etiologie niet helemaal duidelijk is. Ze komen vaak familiaal voor. Syndromen die daartoe behoren zijn Ihta (Indonesië), mali mali (Filippijnen), Lapp-panic (Lapland), jumping Frenchmen of Maine (Canada, Verenigde Staten), raging Cajuns (Louisiana), en allerlei varianten die in Afrika voorkomen. Deze stoornissen, die over de hele wereld beschreven worden, overlappen mogelijk met de benigne hyperekplexia. De aandoeningen zijn gekarakteriseerd door een excessieve schrikreflex met echolalie, echopraxie, coprolalie en automatische gehoorzaamheid. Oorspronkelijk werden deze aandoeningen niet geacht van neurologische aard te zijn. De opvatting bestaat dat er bij patiënten met dergelijke fenomenen een culturele exploitatie van een sterk aanwezige schrikreflex zou zijn. Daar zowel de 'jumpers of Maine' (jonge mannen in houthakkerskampen in Maine) als de vrouwen met Ihta in Indonesië voortdurend gepest werden, is er mogelijk sprake van een wat sterkere schrikreflex, die uiteindelijk door de voortdurende bekrachtiging extreme vormen heeft aangenomen. In het voorafgaande zijn enige interessante onderwerpen uit de vier boeken besproken. Er is echter veel meer in te vinden. Het boek *Movement disorders* van Joseph en Young (1992) bevat ook hoofdstukken over onder andere tardieve dyskinesieën, Rabbit syndrome, maligne neuroleptica-syndroom, gedragsstoornissen bij de ziekte van Huntington, de ziekte van Parkinson en de ziekte van Wilson. Een belangrijk deel wordt besteed aan gecombineerde afwijkingen in stemming en beweging, zoals dwanghuilen en -lachen, mutisme, coma vigil en catatonie. Er zijn hoofdstukken over de motorische afwijkingen bij schizofrenie en een bespreking van de diverse bewegingsstoornissen als tics, tremoren, ballisme, chorea en athitose. Tot slot worden enige rariteiten besproken zoals 'the alien hand', spiegelbewegingen, periodieke verlammingen en frontale-lob-automatisme. Het boek geeft een fraai en vrijwel compleet overzicht van de bewegingsstoornissen.

In het boek van Weiner en Lang (1995) is een keuze gemaakt voor de gedragsstoornissen die kunnen optreden bij de diverse neurologische stoornissen, zoals de ziekte van Parkinson, de ziekte van Wilson, de ziekte van Huntington, het syndroom van Gilles de la Tourette en de differentiële diagnostiek van de psychogene motorische stoornissen.

Kurlan (1995) beperkt zich tot 'the state of the art' van de somatische behandelingen van de verschillende neurologische aandoeningen. Niet verrassend is dat de psychogene bewegingsstoornis het laatste hoofdstuk is. Interessant is dat als uitgangspunt van de behandeling gekozen wordt voor de rationale dat binnen een neurofysiologische kwetsbaarheid stress en andere psychologische invloeden het klachtenpatroon zouden doen ontstaan. Deze rationale wordt de patiënt aangeboden, zodat de zinloze discussie lichamelijk danwel psychisch uit de weg wordt gegaan. Wat betreft de behandelingsmogelijkheden rest nog steeds de wat ontgoochelende conclusie dat de superioriteit van een bepaalde therapie nog niet is aangetoond in een gecontroleerd onderzoek.

Literatuur

Cuisinier, M.C.J., en C.A.L. Hoogduin (1991), Effect en terugval in de behandeling van een man met pavor nocturnus en slaapwandelen.

Gedragstherapie

, 24, 41-54.

Fahn, S., en S.D. Williams (1988), *Advances in Neurology, Volume 56: Psychogenic dystonia*. Raven Press, New York, p. 431-455.

Prof. dr. C.A.L. Hoogduin, psychiater, is als hoogleraar psychopathologie verbonden aan de vakgroep Klinische Psychologie en Persoonlijheidsleer van de KU te Nijmegen. Correspondentieadres: Zoeterwoudsesingel 77, 2313 EL Leiden.