

Conversiestoornis: voor de neuroloog, de psychiater of allebei?

M. VERMEULEN, J.A. SWINKELS



ARTIKEL



In de DSM-5 (APA 2013) zijn de criteria voor conversiestoornis opnieuw beschreven. De classificatie en term conversiestoornis zijn gehandhaafd, waaraan tussen haakjes is toegevoegd: functioneel-neurologisch-symptoomstoornis. De criteria van de DSM-IV vereisten een verband in de tijd tussen psychische factoren en het begin of verergering van de symptomen. Deze eis is vervallen. Patiënten kunnen nu voldoen aan de criteria zonder psychische of fysieke factoren voorafgaand aan de symptomen. Volgens de nieuwe criteria moet men niet alleen uitsluiten dat patiënt een neurologische aandoening heeft die de neurologische symptomen van conversiestoornis zou kunnen verklaren, ook moet men zoeken naar neurologische symptomen die de diagnose steunen.

Conversiestoornis voor de neuroloog?

Conversiestoornis zou door deze nieuwe criteria veranderd zijn van een psychiatrische in een neurologische diagnose (Vermeulen & Willems 2015). Er zou geen rol meer zijn voor de psychiater bij de diagnostiek en diens rol staat ter discussie bij de behandeling. Deze 'ontpsychologisering' van de conversiestoornis wordt niet door alle neurologen in Nederland onderschreven. Hoe de verhoudingen thans zijn, is niet bekend, maar kort voor de publicatie van de DSM-5 moest volgens 29% van de neurologen en 88% van de psychiaters de diagnose samen met de psychiater worden gesteld en 55% van de neurologen en 88% van de psychiaters prefereerde samenwerking bij de behandeling (De Schipper e.a. 2014).

De veranderde criteria zijn gebaseerd op de ideeën van de Franse filosoof en arts Janet (1907). Indrukwekkende gebeurtenissen, en ook schijnbaar onbeduidende, konden volgens hem gepaard gaan met emoties, gevolgd door een functiestoornis in de hersenen. Verlammingen na emoties bij dieren waren eerder al door Darwin beschreven: *'It would appear that any strong excitement of the nervous system interrupts the steady flow of nerve force to the muscles.'* (Darwin 1872).

Symptomen bij conversiestoornis zijn mogelijk verwant aan automatisch overlevingsgedrag van dieren: die vluchten of vechten, maar kunnen ook verstijven (*freezing*). Deze freezingreactie wordt begeleid door toegenomen activiteit in de grijze stof rond het aqueduct in het mesencefalon (Koutsikou e.a. 2015). Dit zogeheten periaqueductale grijs beïnvloedt de motorische en sensorische systemen op diverse niveaus. Steun voor de hypothese dat conversiestoornis gezien kan worden als een vorm van freezing kwam uit een onderzoek waarin men toegenomen periaqueductale activiteit waarnam tijdens emoties bij patiënten met conversiestoornis in tegenstelling tot een controlegroep zonder conversiestoornis (Hermans e.a. 2013; Blakemore e.a. 2016).

De neurologische behandeling bestaat uit uitleg over de diagnose en het advies een website (www.neurosymbols.org) te bestuderen, waarna de huisarts in samenwerking met een fysiotherapeut de begeleiding voortzet (Stone 2009; Vermeulen e.a. 2014; Nielsen e.a. 2017).

Bij onvoldoende vooruitgang wordt opnieuw de neuroloog geconsulteerd, die het verdere beleid bepaalt. Dat kan inhouden: doorgaan op de ingeslagen weg, na opnieuw uitleg over de symptomen waarbij men rekening houdt met de ideeën van de patiënt over het ontstaan van de symptomen. Of men kan de diagnose herzien of een psychiater in consult vragen wanneer men een psychische aandoening als oorzaak voor onvoldoende vooruitgang overweegt.

Dit laatste werd in de minderheid van de patiënten nodig geacht in een onderzoek met 191 patiënten bij wie gedurende een jaar na de diagnose 69% niet naar een psycholoog of psychiater was verwezen (Pleizier e.a. 2017). Bij geen van deze patiënten was een psychiater of psycholoog bij de diagnose betrokken.

In oktober 2017 verscheen de ggz-standaard conversiestoornis (www.ggzstandaarden.nl, hierna standaard genoemd), waarin men een ander beleid adviseert: de diagnose wordt gesteld door neuroloog en psychiater en de

behandeling van eerste keuze is verwijzing naar centra waar geïntegreerde multi- of interdisciplinaire behandeling mogelijk is.

Hoe nu verder?

De huidige zorg voor patiënten met conversiestoornis kent vele problemen. Voor diagnostiek en behandeling worden zij vaak verwezen naar gespecialiseerde centra waar men een multidisciplinaire aanpak nastreeft. Voor de diagnose is neurologische expertise vereist. Aan die eis is voldaan als de verwijzer neuroloog is, maar het lukt zeker niet iedere neuroloog deze patiënten te motiveren een dergelijk centrum te bezoeken.

Directe verwijzing zonder beoordeling door een neuroloog naar ggz-instellingen is een probleem omdat expertise voor het uitsluiten van andere neurologische aandoeningen daar meestal ontbreekt: psychologen hebben deze expertise zeker niet en psychiaters die de zogenaamde somatische aspecten van hun vak niet hebben veronachtzaamd, zijn zeldzamer geworden.

Weer een ander probleem is de wachtlijst van deze derdelijns centra. Als de patiënt dan eindelijk mag komen, is er daarna een lange intakeprocedure waarin een volledig psychiatrisch onderzoek inclusief een somatische screening moet worden gedaan. Als de intake achter de rug is, kan men met de behandeling beginnen. Welke therapie dat is, lijkt vaak meer afhankelijk van de voorkeur van de aanwezige therapeuten dan van onderzoek naar de effecten van behandelingen. De huidige aanpak blijkt tot langdurig uitstel van behandeling te leiden, wat een ongunstige prognostische factor is. Onderzoek naar de benodigde capaciteit is van belang.

Is er een oplossing?

De oplossing zou kunnen zijn conversiestoornis te beschouwen als een neurologische aandoening (Stone e.a. 2011). De standaard doet dit duidelijk niet. Neurologen stellen de diagnose conversiestoornis op klinische gronden, zoals bij de ziekte van Parkinson. Bij patiënten met deze ziekte overwegen zij, zeker in gevorderde stadia, niet zelden psychische comorbiditeit, maar dat lossen zij op met een consult psychiatrie met een gerichte vraag of binnen een samenwerkingsverband met psychiaters geïnteresseerd in psychische comorbiditeit bij deze ziekte. Zij verwijzen deze patiënten niet door naar centra waarbij het niet zeker is of men daar bekend is met psychische aandoeningen bij de ziekte van Parkinson.

Wat is een bezwaar tegen het 'neurologische beleid'? Veel neurologen zijn niet in staat een volledig psychiatrisch onderzoek te doen: hoewel zij weten dat het ontstaan van de symptomen een reactie is op een gebeurtenis, gaan zij daar verder niet op in. De diagnose wordt zelfs gesteld als

AUTEURS

MARINUS VERMEULEN, emeritus hoogleraar Neurologie, Amsterdam UMC, locatie AMC, afd. Neurologie, Amsterdam.

JAN A. SWINKELS, emeritus hoogleraar Psychiatrie, Amsterdam UMC, locatie AMC, afd. Psychiatrie, Amsterdam.

CORRESPONDENTIEADRES

Prof. dr. M. Vermeulen, Amsterdam UMC, locatie AMC, afd. Neurologie, H2-262, Postbus 22.660, 1100 DD Amsterdam.
E-mail: m.vermeulen@amc.uva.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 1-8-2018.

TITLE IN ENGLISH

Conversion disorder: for the neurologist, the psychiatrist or both?

de uitlokkende factor niet duidelijk is en de behandeling is hetzelfde, ongeacht de voorgeschiedenis. De vraag is of een dergelijk beleid zonder aandacht voor ontwikkelingen in de vroege jeugd, de persoonlijkheid en psychische comorbiditeit gepaard gaat met minder herstel.

Kan dit neurologische beleid al worden ingevoerd? Volgens de standaard niet. De vraag is of dit juist is. Deze vraag kunnen we alleen beantwoorden met onderzoek waarin het neurologisch beleid wordt vergeleken met behandeling gebaseerd op de recente standaard, een onderzoek dat wij aanbevelen. Een dergelijk vergelijkend onderzoek blijkt in Nederland uitvoerbaar te zijn (Pleizier e.a. 2017), maar is er al voldoende twijfel onder psychiaters om een gerandomiseerd onderzoek te rechtvaardigen? In het onderzoek van Pleizier e.a. werd de diagnose zonder psychiater gesteld en gedurende de follow-up van een jaar behoefte de diagnose niet te worden herzien. Herstel werd in dit onderzoek ook waargenomen bij patiënten zonder psychotherapie en deze behandeling was niet geassocieerd met een betere uitkomst. Hierdoor is de vraag gerechtvaardigd of het beleid volgens de standaard beter is dan het neurologisch beleid.

Besluit

De in dit artikel besproken problemen zouden we niet kennen als de splitsing tussen neurologie en psychiatrie in Nederland in de jaren tachtig van de vorige eeuw minder drastisch zou zijn geweest. Als we nog voldoende psychiaters zouden hebben die een patiënt lichamelijk kunnen

onderzoeken en voldoende neurologen die psychische aandoeningen kunnen en willen herkennen en oog hebben voor psychosociale factoren, zou dit artikel overbodig zijn. Artsen en hun patiënten beseffen helaas nog onvoldoende dat onderscheid tussen geestesziekten en somatische ziekten of tussen psychiatrische ziekten en neurologische niet goed mogelijk is (Kendell 2001).

LITERATUUR

- APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). Arlington: American Psychiatric Association; 2013.
- Blakemore RL, Rieger SW, Vuilleumier P. Negative emotions facilitate isometric force through activation of prefrontal cortex and periaqueductal gray. *Neuroimage* 2016; 124: 627-40.
- Darwin C. The expression of emotions in man and animals. Londen: John Murray; 1872.
- Janet P. The major symptoms of hysteria: fifteen lectures given in the medical school of Harvard University. New York: Macmillan; 1907.
- Hermans EJ, Henckens MJ, Roelofs K, Fernández G. Fear bradycardia and activation of the human periaqueductal gray. *Neuroimage* 2013; 66: 278-87.
- Kendell RE. The distinction between mental and physical illness. *Br J Psychiatry* 2001; 178: 490-3.
- Koutsikou S, Watson TC, Crook JJ, Leith JL, Lawrenson CL, Apps R, e.a. The periaqueductal gray orchestrates sensory and motor circuits at multiple levels of the neuraxis. *J Neuroscience* 2015; 35: 14132-47.
- Nielsen G, Buszewicz M, Stevenson F, Hunter R, Holt K, Dudzicz M, e.a. Randomised feasibility study of physiotherapy for patients with functional motor symptoms. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2017; 88: 484-90.
- Pleizier M, de Haan RJ, Vermeulen M. Management of patients with functional neurological symptoms. A single-centre randomised controlled trial. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2017; 88: 430-6.
- Schipper LJ de, Vermeulen M, Eeckhout AM, Foncke EM. Diagnosis and management of functional neurological symptoms: The Dutch experience. *Clin Neurol Neurosurg* 2014; 122: 106-12.
- Stone J. The bare essentials: functional symptoms in neurology. *Pract Neurol* 2009; 9: 179-89.
- Stone J, LaFrance WC Jr, Brown R, Spiegel D, Levenson JL, Sharpe M. Conversion disorder: current problems and potential solutions for DSM-5. *J Psychosom Res* 2011; 71: 369-76.
- Vermeulen M, Hoekstra J, Kuipers-van Kooten MJ, van der Linden EAM. Beleid bij patiënten met conversiestoornis. *Ned Tijdschr Geneesk* 2014; 158: A6997.
- Vermeulen M, Willems MHA. Conversiestoornis: van DSM-IV naar DSM-5 of van psychiatrische naar neurologische diagnose. *Tijdschr Psychiatr* 2015; 57: 569-76.