

REACTIE OP

‘Conversiestoornis: voor de neuroloog, de psychiater of allebei?’

We hebben het artikel van Vermeulen en Swinkels (2018) met veel interesse gelezen. De auteurs stellen de rol van de neuroloog en de psychiater aan de orde inzake de diagnostiek en de behandeling van de conversiestoornis. De auteurs houden uiteindelijk een pleidooi om de conversiestoornis te beschouwen als een primair neurologische aandoening en bepleiten een hoofdzakelijk neurologisch beleid, maar ze wijzen ook op de artificiële en drastische splitsing tussen neurologie en psychiatrie. Wij willen reageren met een aantal aandachtspunten.

De auteurs beargumenteren op basis van de nieuwe criteria in de DSM-5 nog steeds dat de conversiestoornis veranderd is van een psychiatrische in een neurologische diagnose (Vermeulen & Willems 2015). Ze hanteren hierbij echter een tamelijk enge definitie van diagnostiek. In het Engels wijst het woord ‘*diagnostical*’ immers op een classificatie, in tegenstelling tot het Nederlandse begrip ‘diagnostisch’, dat veel meer omvat dan het aanvinken van DSM-criteria.

De verschuiving naar een neurologische diagnose impliceert overigens niet noodzakelijk een biologische (neurologische) oorzaak en behandeling. Het chronische vermoeidheidssyndroom is bijvoorbeeld een internistische diagnose, terwijl er aanwijzingen zijn voor een rol van psychologische factoren in de etiopathogenese en terwijl de best gedocumenteerde behandelingen de geleidelijke opbouw van activiteiten en cognitieve gedragstherapie zijn.

Verder lijkt het in een eerste instantie inderdaad logisch dat de neuroloog het diagnostisch proces leidt, maar rekening houdend met de mogelijke rol van psychogene factoren en met de hoge psychiatrische comorbiditeit is het aangewezen om ook systematisch een psychiatrisch advies te vragen. Indien de werksetting dit structureel niet mogelijk maakt, dan lijken het vragen naar psychosociale stressfactoren en het gebruik van een goed gevalideerd screeningsinstrument voor psychische symptomen (affectieve stoornissen) door de neuroloog toch op zijn minst aangewezen.

Vermeulen e.a. (2018) stellen over de behandeling van de conversiestoornis dat er een louter neurologisch beleid toegepast kan worden. Ze halen in dit verband het vergelijkend onderzoek aan van Pleizier e.a. (2017), hoewel de hoofddoelstelling van dit onderzoek was om na te gaan of 2 vervolggconsulten bij een neuroloog na uitleg en advies tot een betere uitkomst zouden leiden (versus geen neu-

AUTEURS

FILIP VAN DEN EEDE, consultatie-liaisonpsychiater en medisch coördinator, Universitaire Ziekenhuisdienst Psychiatrie, campus Universitair Ziekenhuis Antwerpen (UZA); Collaborative Antwerp Psychiatric Research Institute (CAPRI), Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Universiteit Antwerpen (UA).

IRMGARD MESTDAGH, psychiater, dienst Psychiatrie en Multidisciplinair pijncentrum, UZA; CGGZ Andante; CAPRI, Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, UA.

CORRESPONDENTIEADRES

Prof. dr. F. Van Den Eede, Universitaire Ziekenhuisdienst Psychiatrie campus (UZA), Wilrijkstraat 10, B-2650 Edegem (Antwerpen), België.

E-mail: filip.van.den.eede@uza.be

Geen strijdige belangen meegegeeld.

TITLE IN ENGLISH

Reaction on ‘Conversion disorder: for the neurologist, the psychiatrist or both?’

rologische vervolggconsulten). Cruciaal in de begeleiding van deze patiënten is echter niet het aantal vervolggconsulten, maar de erkenning van hun ziek-zijn en van de symptomen, die aldus niet ‘ingebeeld’ zijn (O’Sullivan 2015). Vanuit een tweesporenbeleid en een geïntegreerde zorg is het ook belangrijk om bij de verwijzing naar een psychiater in een simultane neurologische begeleiding te blijven voorzien.

In tegenstelling tot de stellingname van Vermeulen en Swinkels dient men de samenwerking met een psycholoog of een psychiater niet te beperken tot patiënten bij wie men een psychogene oorzaak vermoedt. Er kunnen immers andere indicaties zijn voor een verwijzing, zoals psychiatrische comorbiditeit, onderhoudende stressfactoren, hoge lijdensdruk, emotieregulatie en (disfunctionele) omgang met de symptomen, functionele gevolgen ervan en ermee gepaard gaande beperkingen.



ARTIKEL



De auteurs hanteren inzake de rol van psychogene factoren dan ook een tamelijk dualistische visie, ondanks de zeer complexe interacties tussen emoties en neurologische functies (Pick e.a. 2018; Sojka e.a. 2018) en ondanks de evidentie voor de effectiviteit van psychologische behandelingen bij conversiestoornissen (Espay e.a. 2018). Bij het voorgestelde neurologische beleid missen we bovendien een gepersonaliseerde aanpak waarbij men rekening houdt met de ontwikkelingsgerichte en biopsychosociale aspecten en met de sterktes en de kwetsbaarheden van de patiënt. De individuele kenmerken kunnen immers bepalen of iemand geschikt is voor en/of meer baat heeft bij een specifieke vorm van therapie (O'Sullivan 2015; Espay e.a. 2018; Pick e.a. 2018).

Tot slot staat het aangehaalde model van *freezing* nog volop ter discussie en er zijn ook andere verklaringsmoedellen voor de gewijzigde interacties tussen het limbisch en het motorisch systeem (Sojka e.a. 2018). Er wordt bovendien ook een rol toegekend aan freezingreacties in de pathogenese van andere stoornissen, zoals katatonie en posttraumatische stressstoornis (Fink 2013; Sojka e.a. 2018).

Daarnaast spelen andere neurobiologische ontregelingen wellicht een belangrijke rol in de conversieve stoornis, zoals de disfuncties op het gebied de sociaal-emotionele cognitie en op het gebied van de verwerking van interoceptieve stimuli (Pick e.a. 2018; Sojka e.a. 2018). In recente publicaties over (de emotionele processen bij) conversiestoornissen legt men dan ook sterk de nadruk op het multifactoriële en -dimensionele karakter van de etiopathogenese en de behandeling van conversiestoornissen (O'Sullivan 2015; Espay e.a. 2018; Pick e.a. 2018).

LITERATUUR

- Espay AJ, Aybek S, Carson A, Edwards MJ, Goldstein LH, Hallett M, e.a. Current concepts in diagnosis and treatment of functional neurological disorders. *JAMA Neurol* 2018; 75: 1132-41.
- Fink M. Rediscovering catatonia: the biography of a treatable syndrome. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2013; 441: 1-47.
- O'Sullivan S. It's all in your head. True stories of imaginary illness. Londen: Chatto and Windus; 2015.
- Pick S, Goldstein LH, Perez DL, Nicholson TR. Emotional processing in functional neurological disorder: a review, biopsychosocial model and research agenda. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2018; pii: jnnp-2018-319201.
- 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.

- Sojka P, Bareš M, Kašpárek T, Světlák M. Processing of emotion in functional neurological disorder. *Front Psychiatry* 2018; 9: 479.
- Vermeulen M, Swinkels JA. Conversiestoornis: voor de neuroloog, de psychiater of allebei? *Tijdschr Psychiatr* 2018; 60: 738-40.
- Vermeulen M, Willems MHA. Conversiestoornis: van DSM-IV naar DSM-5 of van psychiatrische naar neurologische diagnose. *Tijdschr Psychiatr* 2015; 57: 569-76.

ANTWOORD AAN

Van Den Eede en Mestdagh

In ons artikel, waarop Van Den Eede en Mestdagh reageerden, schetsten wij de huidige problemen van diagnose en behandeling van patiënten met conversiestoornis. Als mogelijke oplossing overwogen wij een 'neurologisch beleid' waarbij de neuroloog de diagnose stelt en de behandeling in samenwerking met huisarts en fysiotherapeut uitvoert. De psychiater of psycholoog heeft in dit beleid alleen een rol als de neuroloog dit nodig vindt. De voor- en ook de nadelen van dit beleid bespraken wij en we concludeerden dat de vraag of dit beleid werkt alleen kan worden beantwoord na een vergelijkend onderzoek waarin men dit neurologisch beleid vergelijkt met het huidige standaardbeleid volgens de in oktober 2017 verschenen ggz-standaard conversiestoornis. Wij vroegen ons af of er onder psychiaters voldoende twijfel is om een dergelijk gerandomiseerd onderzoek te rechtvaardigen. Gezien de reactie van Van Den Eede en Mestdagh is die twijfel er bij hen niet, maar waarop is dit gebaseerd?

Wij zouden conversiestoornis als een primair neurologische aandoening beschouwen. Dat doen wij niet. In de laatste zin van ons artikel schreven wij zelfs dat het onderscheid tussen psychiatrische ziekten en neurologische niet goed mogelijk is. Volgens ons is sinds de invoering van de DSM-5 neurologisch onderzoek van patiënten met een mogelijke conversiestoornis vereist, omdat gezocht moet worden naar neurologische symptomen die de diagnose steunen.

Ons standpunt berust volgens Van Den Eede en Mestdagh op onze 'tamelijk enge definitie van diagnostiek' en wij zouden diagnose en classificatie verwarren. Wij zijn ons van de verschillen tussen diagnostiek en classificatie bewust, wat niet wegneemt dat voor het stellen van de diagnose conversiestoornis thans neurologisch onderzoek van deze patiënten vereist is. Psychiaters zijn door de veranderde opleidingseisen niet (meer) in staat patiënten neurologisch te onderzoeken, waardoor zij bij deze diagnose buitenspel zijn komen te staan.

Neurologen zouden systematisch voor een psychiatrisch advies moeten kiezen vanwege de hoge psychiatrische comorbiditeit en zouden moeten zoeken naar affectieve stoornissen. Het vóórkomen van die comorbiditeit en affectieve stoornissen is ons bekend, maar die is bij patiënten met neurologische aandoeningen van allerlei aard ook hoog, wat niet heeft geleid tot het systematisch vragen om advies van psychiaters (Stone e.a. 2013). De vraag is ook of het aantonen van die comorbiditeit en behandeling daarvan het beloop van de conversiestoornis verbeteren. Wij haalden het onderzoek van Pleizier e.a. (2017) aan omdat in dit onderzoek alle diagnoses door neurologen waren gesteld en 75% daarna zonder psychiatrische inbreng werd behandeld, wat goed herstel niet altijd in de weg bleek te staan. Patiënten met ‘zeer complexe interacties tussen emoties en neurologische functies’ werden in dit onderzoek niet uitgesloten.

Espay e.a. (2018) zouden evidentie voor de effectiviteit van psychologische behandelingen bij conversiestoornissen beschrijven. Wij lazten wat anders. In de besproken studies werden slechts enkele tientallen patiënten geïnccludeerd waardoor duidelijke adviezen niet mogelijk zijn, wat ook de conclusie van de auteurs was.

Wij bespraken enkele neurobiologische ontregelingen bij conversiestoornis waarvoor toenemend belangstelling bestaat. Het is een terugkeer naar hypothesen uit de tijd voor de lange periode waarin psychologische verklaringen over het ontstaan van conversiestoornis domineerden. Van die neurobiologische ontregeling kunnen patiënten spontaan herstellen. Mogelijk kan fysiotherapie dit herstel bevorderen, een therapie waaraan Espay e.a. (2018) ook aandacht gaven.

Het onderscheid tussen psychotherapie en fysiotherapie is minder duidelijk dan het op het eerste gezicht lijkt. Als we kijken naar de fysiotherapeutische behandeling van conversiestoornis, dan zien we overeenkomsten met cognitieve gedragstherapie, want bij de fysiotherapeutische behandeling moeten patiënten de juiste cognities over hun neurologische uitval krijgen en het gedrag als gevolg van onjuiste cognities veranderen. Volgens de wetenschapshistoricus Katja Guenther heeft het onderscheid tussen lichaam en geest het ons onmogelijk gemaakt te zien dat de oefentherapie van de neuroloog Foerster en de psychotherapie van Freud een gemeenschappelijke basis hadden in de reflextheorie. Met beide therapieën werd gestreefd naar het corrigeren van een functiestoornis in het zenuwstelsel (Guenther 2015).

We hopen met deze reactie de uitroptekens achter de uitspraken van Van Den Eede en Mestdagh te hebben veranderd in vraagtekens, wat een goed begin is voor het zo noodzakelijke onderzoek naar de behandelingseffecten bij patiënten met conversiestoornis.

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

LITERATUUR

- Guenther K. Localization and its discontents. A genealogy of psychoanalysis and the neuro disciplines. Chicago: University of Chicago Press; 2015. p. 124.
- Stone J, Reuber M, Carson A. Functional symptoms in neurology: mimics and chameleons. *Pract Neurol* 2013; 13: 104-13.