

Herkenning van bewegings- stoornissen; so what?

P. N. VAN HARTEN

‘So what?’ is de belangrijkste vraag die de hoofdredacteur zich stelt als er een artikel binnenkomt. Stel dat het klopt wat er gevonden is in dit onderzoek, wat betekent het dan voor de klinische praktijk, brengt het de diagnostiek of de behandeling van de patiënt verder, en als het zo belangrijk is, wie moeten het dan allemaal weten? ‘So what’ en ‘who cares’ zijn de basale vragen bij wetenschappelijk onderzoek en bepalen het bestaansrecht ervan.

Leren observeren Het is interessant om met die vragen in gedachten naar de herkenning van bewegingsstoornissen te kijken. Bij bewegingsstoornissen hoort observeren, een onderdeel dat in de psychiatrie soms onvoldoende aandacht krijgt. Observeren van bewegingsstoornissen leer je goed op bijeenkomsten waar video’s van patiënten bekeken worden. Vaak zijn daar enthousiaste neurologen die een levendige discussie voeren over de getoonde beelden. Direct interpreteren wordt niet gewaardeerd, eerst vaststellen wat je ziet en daarna pas interpreteren.

Symptoom én bijwerking Bewegingsstoornissen lijken op het eerste gezicht meer het gebied van de neuroloog dan van de psychiater, maar psychiaters zien vaker bewegingsstoornissen dan een gemiddelde neuroloog. Dat komt doordat bewegingsstoornissen regelmatig een symptoom zijn van psychiatrische ziekten, denk aan katatonie bij depressie, bewegingsarmoede bij negatieve symptomen van schizofrenie en aan stereotypieën, dyskinesieën en parkinsonisme bij patiënten met schizofrenie die nog geen anti-psychotica hebben gehad (Koning e.a. 2010a). Maar nog belangrijker is dat psychofarmaca bewegingsstoornissen kunnen veroorzaken. Antidepressiva kunnen al snel na het starten tremoren geven of bewegingsonrust en soms myoklonieën. Antipsychotica geven een scala aan bewegingsstoornissen, acute (zoals acute dystonie, acathisie, parkinsonisme) en tardieve (zoals tardieve dyskinesie en tardieve dystonie). Valproïnezuur geeft in een kwart van de gevallen een houdingstremor en soms, heel verraderlijk, want vaak niet herkend, een parkinsonistisch beeld (Louter & Tromp 2009).

Zie status? Het is dan ook opvallend dat in de statussen van patiënten maar weinig aantekeningen te vinden zijn van bewegingsstoornissen. Zowel in onderzoek op Curaçao als in Nederland (promotieonderzoek; publicaties in voorbereiding) ontbrak vrijwel alle informatie in de status over de vele bewegingsstoornissen die aanwezig waren (Van Harten e.a. 2006). In beide epidemiologische studies had bijna driekwart van de patiënten ten minste één bewegingsstoornis. Andere studies laten deze grote discrepantie ook zien (Esper & Factor 2008).

Herkenning De eerste stap in behandelen is herkenning en deze wordt sterk bevorderd door systematische screening. Een methode voor het bewegingsstoornissenonderzoek wordt beschreven op www.psychiatrienet.nl, in de rubriek 'bewegingsstoornissen', en in verschillende boeken (Van Harten 2005).

In de oratie ('Bewegingsstoornissen bij psychosen. So what?') die ik op 11 november 2010 in Maastricht gehouden heb, stel ik een geïntegreerde meetmethode voor (Van Harten 2010). Deze start met een systematisch klinisch onderzoek om de bewegingsstoornissen te herkennen en te onderscheiden. Vervolgens worden de ernst en de lokalisatie vastgelegd met meetschalen die valide betrouwbaar en gebruikersvriendelijk zijn (Van Harten 2004). Een extra optie is om de bewegingsstoornis met een instrument vast te leggen (Caligiuri e.a. 2006; Koning e.a. 2010b).

Filmpjes op het web zijn vaak erg nuttig bij het leren herkennen en differentiëren van bewegingsstoornissen (zie psychiatrienet.nl, in de rubriek bewegingsstoornissen), maar soms kunt u ze ook dicht bij huis zien. Ik was in een winkeltje van een ggz-instelling en voor de kassa stonden drie patiënten: de eerste stond voortdurend te trappelen, de tweede bewoog traag en stond licht gebogen en de derde patiënt trilde met zijn handen en liet daardoor het geld dat hij uit zijn portemonnee haalde op de grond vallen. Dit waren waarschijnlijk acute, door antipsychotica geïnduceerde bewegingsstoornissen.

Subjectieve beleving Naast deze objectivering is ook de subjectieve, emotionele beleving van groot belang. Deze blijft vaak onderbelicht. De subjectieve last bestaat meestal uit gevoelens van schaamte en bepaalt voor de patiënt vaak de ernst van de bewegingsstoornis. Om de subjectieve last te meten kan mogelijk een vragenlijst voor de *experience samplingmethode* (ESM) ontwikkeld worden (Myin-Germeys e.a. 2009). Bij de ESM rapporteert de patiënt over de klachten middels een elektronisch 'gadget' dat meerdere malen per dag *at random* afgaat. Deze geïntegreerde meetmethode, die we kunnen gebruiken voor de screening van bewegingsstoornissen, neemt na enig oefenen een kwartier in beslag.

Veel patiënten klagen niet over de bewegingsstoornissen, maar niet klagen is niet hetzelfde als geen last hebben. Meerdere keren vertelden patiënten dat de dokter had gezegd dat de antipsychotica noodzakelijk waren en de bijwerkingen niet te vermijden. Sommige patiënten zien dan geen reden meer om er opnieuw over te beginnen. Ook willen patiënten er soms niet over praten uit angst voor extra medicatie. Vragen naar rusteloosheid of moeilijk stil kunnen zitten, zijn uitstekende vragen om acathisie te ontdekken, maar de patiënt kan denken: 'de dokter vraagt naar onrust, als ik ja zeg, krijg

LITERATUUR

- Caligiuri MP, Teulings HL, Filoteo JV, Song D, Lohr JB. Quantitative measurement of handwriting in the assessment of drug-induced parkinsonism. *Hum Mov Sci* 2006; 25: 510-22.
- Esper CD, Factor SA. Failure of recognition of drug-induced parkinsonism in the elderly. *Mov Disord* 2008; 23: 401-4.
- Harten PN van. Bewegingsstoornissen bij psychosen. So what? Maastricht: Universiteit Maastricht; 2010. <http://www.psychiatrienet.nl>
- Harten PN van. Bewegingsstoornissen in de psychiatrie: casuïstiek en achtergronden: Utrecht: De Tijdstroom; 2005.
- Harten PN van. Meetinstrumenten bij motorische bijwerkingen. *Tijdschr Psychiatr* 2004; 46: 711-5.
- Harten PN van, Hovestadt A. Botulinum toxin as a treatment for tardive dyskinesia. *Mov Disord* 2006; 21: 1276-7.
- Harten PN van, Hoek HW, Matroos GE, van Os J. Incidence of tardive dyskinesia and tardive dystonia in African Caribbean patients on long-term antipsychotic treatment: the Curacao extrapyramidal syndromes study V. *J Clin Psychiatry* 2006; 67: 1920-7.
- Koning JP, Tenback DE, van Os J, Aleman A, Kahn RS, van Harten PN. Dyskinesia and parkinsonism in antipsychotic-naïve patients with schizophrenia, first-degree relatives and healthy controls: a meta-analysis. *Schizophr Bull* 2010a; 36: 723-31.
- Koning JP, Tenback DE, Kahn RS, van Schelven LJ, van Harten PN. Instrument measurement of lingual force variability reflects tardive tongue dyskinesia. *J Med Eng Technol* 2010b; 34: 71-7.

Louter M, Tromp SC. Parkinsonisme door medicatie. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2009; 153: A336.

Myin-Germeys I, Oorschot M, Collip D, Lataster J, Delespaul P, van Os J. Experience sampling research in psychopathology: opening the black box of daily life. *Psychol Med* 2009; 39: 1533-47.

AUTEUR

P.N. VAN HARTEN is psychiater bij de Symfora groep, Amersfoort, bijzonder hoogleraarschap Bewegingsstoornissen bij Psychosen aan de Universiteit Maastricht en hoofdredacteur van het *Tijdschrift voor Psychiatrie*.
Correspondentieadres: prof. dr. P.N. van Harten, Symfora groep, locatie Zon & Schild, Postbus 3051, 3800 DB Amersfoort.
E-mail: pn.van.harten@symfora.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

TITLE IN ENGLISH Recognition of movement disorders. So what?

ik meer antipsychotica en dat wil ik beslist niet omdat die nare gevoelens juist komen door de medicatie!’

In het algemeen hebben patiënten vaak veel last van acute bewegingsstoornissen en in wisselende mate van tardieve bewegingsstoornissen. Orofaciale dyskinesie wordt soms door een patiënt met schizofrenie en veel negatieve symptomen niet opgemerkt, ook niet bij navragen. Daarentegen was de schaamte enorm bij de patiënte met een doorgemaakte psychotische depressie die door de behandeling met haloperidol ernstige orofaciale dyskinesie had gekregen waarbij de tong telkens uit de mond kwam. Deze reageerde goed op behandeling met botulinetoxine in de *M. genioglossus* (Van Harten & Hovestadt 2006). Bij deze referentie zit een video van voor en na de behandeling.

De ‘so what’-vraag is dus springlevend voor de patiënt.