

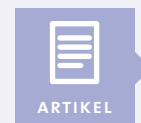
Een adolescente met conversiedoofheid

E. D'HOORE, P. EMMERY, E. VAN ROIE

SAMENVATTING Bij een 16-jarige adolescente met progressief gehoorverlies werd na uitgebreide somatische onderzoeken conversiedoofheid gediagnosticeerd. Psychotherapie resulteerde in een succesvolle rehabilitatie en verbetering van de levenskwaliteit. Wij geven handvatten voor de klinische praktijk, voor diagnostiek en behandeling. Uit onderzoek blijkt een centrale plaats voor multidisciplinaire samenwerking, maar dit blijft een uitdaging in de praktijk.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 60(2018)4, 268-271

TREFWOORDEN conversiestoornis, kinderen en jongeren, niet-organisch gehoorverlies



Conversiestoornissen zijn zeldzaam bij kinderen. Studies melden uiteenlopende cijfers in verschillende settings: in de pediatrie 2,3-4,2/100.000, in de ambulante kinderpsychiatrie 0,2-2% en in de residentiële kinderpsychiatrie 0,45% (Ouss & Tordjman 2014). Sensorische symptomen, zoals gehoorverlies, komen minder frequent voor dan epileptogene en motorische symptomen (Ouss & Tordjman 2014).

In dit artikel toetsen wij een casus aan relevante literatuurgegevens.

GEVALSBESCHRIJVING

Patiënte A, 16 jaar, consulteerde de universitaire polikliniek keel-neus-oorziekten (KNO) op 14-jarige leeftijd wegens bilateraal gehoorverlies op standaard audiometrische testen. Hoorapparaten werden reeds voorgeschreven. In de voorgeschiedenis waren er geen lichamelijke noch psychiatrische problemen. In de familie waren er geen gehoorstoornissen bekend. De resultaten bij klinisch onderzoek waren normaal, behoudens een opvallende discrepantie: patiënte meldde subjectief gehoorverlies, maar de communicatie met haar verliep perfect. De knoarts had als hypothese 'psychogeen gehoorverlies'. Het daaropvolgende jaar was er een achteruitgang tot volledige doofheid. Er werd geïnvesteerd in objectieve testen: oto-akoestische emissies (OAE's), *brainstem evoked response audiometry* (BERA) en *auditory steady-state responses* (ASSR) toonden resultaten binnen de normale waarden, wat wees op respectievelijk een normale cochleaire functie, normale zenuwgeleiding naar de hersenstam en normale geleiding van hersenstam tot auditieve cortex.

Met computertomografie van de rotsbeenderen kon men een *large vestibular aquaeduct syndrome* uitsluiten. MRI van de hersenen toonde geen ruimte-innemende afwijking, met reserve voor de interpretatie van de frontale cortex door de aanwezigheid van orthodontisch materiaal. Corticale auditief geëvoceerde potentialen toonden bilateraal normale tracés. Op functionele MRI (fMRI) was activiteit in de primaire en secundaire auditieve cortex zichtbaar. Samenvattend: de auditieve baan was volledig intact, van de cochlea tot de auditieve cortex. Men concludeerde dus dat er een probleem was in de cognitieve verwerking van geluidssignalen, passend bij een sensorische conversiestoornis.

Meer dan een jaar na de eerste symptomen werd patiënte verwezen naar een multidisciplinair jeugdpsychiatrisch team voor exploratie van comorbiditeit en stressoren en motivatie tot psychotherapie. Opvallend waren de uitgebreide compensaties in het dagelijkse leven: hoorapparaten, tolkenuren en lessen gebarentaal. Leermoeilijkheden waren aanwezig zonder specifieke leerstoornis. De *Wechsler Nonverbal Scale of Ability* toonde een harmonisch gemiddeld intelligentieprofiel (totaal 10105). Haar stemming had een depressieve ondertoon. Geloofd worden was belangrijk. Als anderen twijfelden aan het waarheidsgehalte van de symptomen resulteerde dit in ernstig conflict, hetgeen o.a. zelfs geleid had tot een definitieve contactbreuk met de zus van haar moeder. Het benoemen van incongruenties in het klinisch beeld stuitte op een defensieve tegenargumentatie. Ambulante psychotherapie startte aansluitend, door een jeugdpsychiater in nauwe samenwerking met een psycho-

motorisch therapeut. In een overleg met de thuishooschool werd open gesproken over de diagnose en het behandelplan. Evolutie op symptoomniveau bleef beperkt tot het horen van ruis, maar de impact op functioneren bleef afnemen. Patiënte communiceerde zonder aanpassingen, behaalde goede schoolresultaten na een heroriëntatie en werd assertiever. Depressieve symptomen waren verdwenen. Gaandeweg kwam er ook meer betekenis in het verhaal achter de symptomen: doofheid was een manier om zonder gezichtsverlies haar 4de middelbare schooljaar te dubbelen en de suïcide van een vriendin na een onderling conflict werd herkend als uitlokkende factor. Bovendien had de doofheid een temperende werking op ruzies met moeder, die een onderhoudende factor bleven. Ouders gingen niet in op het voorstel tot gezinsgesprekken.

DISCUSSIE

DSM als gouden standaard?

De herziening van de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5 (APA 2014), bracht belangrijke veranderingen in de benadering van 'somatoforme' stoornissen in het algemeen. De nieuwe classificatie doet meer recht aan de heersende integratieve modellen voor het raakvlak van soma en psyche. Daarnaast klinkt er ook een maatschappelijke motivatie: de stigmatisering die gepaard gaat met het dualisme (uitsluitingsdiagnostiek) tegen gaan.

Concreet betekent dit voor de nieuwe categorie 'somatisch-symptoomstoornis' dat men spreekt van excessieve reacties op lichamelijke symptomen en dat somatische onverklaarbaarheid van de klachten als criterium wordt geschrappt (Cottencin 2014; Vermeulen & Willems 2015). Voor de conversiestoornis wordt incompatibiliteit met neurologische of andere somatische aandoeningen als hoofdcriterium behouden omdat dit voor deze stoornis wel sluitend aangetoond kan worden (Koster van Groos 2001; APA 2014).

Ook is de voorwaarde dat de symptomen voorafgegaan moeten worden door conflicten of andere psychische stressfactoren niet meer opgenomen en vereist de classificatie geen beoordeling meer of symptomen met opzet worden veroorzaakt (APA 2014). Dit laatste is namelijk moeilijk vast te stellen (Vermeulen & Willems 2015). Bovendien kunnen de graad van disfunctioneren en de behoefte aan behandeling evenmin worden gebaseerd op intentionaliteit of motieven, wat de opdeling klinisch minder relevant maakt (Austen & Lynch 2004).

AUTEURS

EVELYNE D'HOORE, arts in opleiding tot kinder- en jeugdpsychiater, UZ Leuven; thans: kinder- en jeugdpsychiater, Kliniek Sint-Jozef Pittem, afd. Kinder- en Jeugdpsychiatrie.

PETER EMMERY, kinder- en jeugdpsychiater, UZ Leuven, afd. Kinder- en Jeugdpsychiatrie.

ELKE VAN ROIE, kinder- en jeugdpsychiater, UZ Leuven, afd. Kinder- en Jeugdpsychiatrie.

CORRESPONDENTIEADRES

Evelyne D'hoore, Kliniek Sint-Jozef Pittem, afd. Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Boterstraat 6, 8740 Pittem, België.
E-mail: evelyne.dhoore@sjp.be

Strijdige belangen: Emmery meldde persoonlijke honoraria van Shire.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 5-9-2017.

Diagnostiek van niet-organisch gehoorverlies

Het vermoeden van niet-organisch gehoorverlies ontstaat meestal tijdens standaard audiologisch onderzoek. Typisch is de discrepantie tussen verhoogde gehoordrempels tijdens toonaudiometrie en betere bevindingen tijdens spraakaudiometrie of in gesprek. Een verschil van meer dan 10 dB tussen toon- en spraakaudiogram of test-hertest-inconsistentie is suggestief. Voor een definitieve diagnosestelling wordt minstens één objectieve meting zoals OAE's, BERA of ASSR aangeraden (Schmidt e.a. 2013a; Drouillard e.a. 2014). Schmidt e.a. (2013a) geven in hun systematische review de voorkeur aan BERA-onderzoek omdat dit beoordeling van het grootste deel van de auditieve baan mogelijk maakt.

Momenteel worden technische onderzoeken enkel gebruikt om een lichamelijke oorzaak uit te sluiten en om patiënten te laten voelen dat hun klacht ernstig genomen wordt (Cottencin 2014). Onderzoek naar neurologische bevindingen die wijzen op een conversiestoornis is lopende. Een aantal onderzoeksgroepen zet in op het vinden van het neurologisch substraat van bewuste perceptie van een zintuiglijke prikkel. Een intacte neurologische baan tot aan de sensorische cortex bewijst namelijk niet noodzakelijk bewuste waarneming. Zo toonden Dehaene e.a. (2011) aan dat bewuste perceptie van een visuele of auditieve prikkel geassocieerd is met een tweede, late activatie van de sensorische cortex en activatie van een uitgebreid prefrontopariëtaal netwerk op fMRI. Voor patiënten in coma en in de anesthesiologie ziet men toepas-

singen, maar ook voor diagnostiek van een sensorische conversiestoornis: de afwezigheid van activatie in de hersenregio's betrokken bij bewuste perceptie zou kunnen pleiten voor een conversiestoornis.

Daarnaast wordt het belang van een uitgebreide biopsychosociale anamnese benadrukt, om zicht te krijgen op risicofactoren die aanpak en prognose beïnvloeden (Austen & Lynch 2004; Schmidt e.a. 2013a). Retrospectief onderzoek bij conversiestoornissen toont familiale risicofactoren (somatische of psychiatrische belasting, hoog academisch niveau, angst voor ziekte of dood) en emotionele stressfactoren (Ouss & Tordjman 2014). Anamnestiche elementen die frequent voorkomen bij niet-organisch gehoorverlies zijn traumatische ervaringen en conflicten, een discrepantie tussen de schoolse verwachtingen van ouders en de leervaardigheden van het kind, persoonlijke of familiale otologische antecedenten en externe trauma's aan oren of hoofd (Schmidt e.a. 2013a; Drouillard e.a. 2014).

De associatie tussen conversiestoornissen en psychotrauma wordt vaak gemeld, maar overtuigende evidentie voor causaliteit blijft uit (Bowman 2006; Spiegel e.a. 2013; Aybek e.a. 2014).

Psyche en soma: implicaties voor aanpak

De richtlijnen van het Trimbos-instituut voor volwassenen en de Medscape-richtlijnen voor kinderen (Blankensteine.a. 2010; Spratte.e.a. 2014) raden een multidisciplinaire benadering van somatoforme stoornissen aan. Er bestaat evidentie voor een betere uitkomst wat betreft symptoomherstel, sociaal functioneren en gebruik van gezondheidszorg, al is herhaling van onderzoek met grotere patiëntenpopulaties noodzakelijk (Van der Feltz-Cornelis e.a. 2006; Henningsen e.a. 2007). Bijkomende voordelen zijn erkenning voor de patiënt, een hoopgevender verklaringsmodel, beter begrip van onderliggende factoren en symptoomfunctie, toegenomen therapietrouw, onderbouwde psychiatrische interventies en een gunstiger prognose door behandeling van psychiatrische comorbiditeit (Austen & Lynch 2004; Cottencin 2014; Ouss & Tordjman 2014; Spratt e.a. 2014).

Voor conversiestoornissen kan men de behandelstrategie het beste individualiseren, rekening houdend met het aanvaardingsproces en met psychiatrische comorbiditeit. Er bestaat wel consensus over de voorkeur voor psychotherapie (Cottencin 2014). Volgens de complementaire benadering van Ouss en Tordjman (2014) kan men bij conversiestoornissen bij kinderen het beste inzetten op verschillende niveaus tegelijkertijd: cognitief niveau (traumaverwerking), intrapsychisch niveau (psychotherapie voor onderdrukte emoties), symptomatisch niveau (fysiothera-

pie), omgevingsniveau en hechtingsniveau. Opname, achterhouden van diagnostische informatie voor de patiënt en placebobehandelingen moeten steeds kritisch bekeken worden, gezien het risico op chroniciteit (Schmidt e.a. 2013b; Cottencin 2014).

Casus: kritische reflectie

Bij onze patiënte heeft de uitvoerigheid van de somatische diagnostiek wellicht bijgedragen tot het verder verankeren van de symptomen in een louter lichamelijk betekenis kader en tot ernstige invaliditeit. Een gecombineerde benadering vroeger in het traject had kunnen resulteren in een sneller zicht op onderliggende stressoren en comorbiditeit en in een integratieve visie en behandelaanpak met meer hoop.

Het vinden van de juiste taal om een conversiestoornis op een aanvaardbare manier uit te leggen blijkt een moeilijke opdracht voor veel artsen: het ongrijpbare van deze problematiek is een worsteling voor ons wetenschappelijk denkkader. Bovendien blijft het, ondanks de DSM-5, opboksen tegen de dualistische stigmatisering in onze cultuur: het psychologiseren van lichamelijke klachten wordt vaak gevoeld als miskennis van lijden of als beschuldiging van zwakheid. Ook bij onze patiënte en haar ouders stuitte de mededeling 'psychogeen' op afweer. Een sensitieve uitleg zoals 'een blokkade van de communicatie tussen de hersenen en een bepaalde lichaamsfunctie' met 'behoefte aan behandeling door verschillende experts' werd misschien beter aanvaard.

Onze casus illustreert ook dat snel symptoomherstel niet altijd de (enige) ambitie moet zijn. Het symptoom vervult vaak een belangrijke functie. Pas in de loop van het psychotherapeutisch traject kregen we samen met onze patiënte zicht op de verdienste van het symptoom. Haar functioneren op alle levensdomeinen evolueerde gunstig en mogelijk kan zij met de tijd haar 'lichaamstaal' loslaten.

CONCLUSIE

Ondanks de aangepaste DSM-criteria voor somatoforme stoornissen blijft in het klinische werkveld de vaststelling dat 'ziek zonder ziekte' (Van Houdenhove 1998) nog steeds de beleving vertolkt van patiënten en artsen.

Technisch onderzoek blijft bedoeld om somatische aandoeningen uit te sluiten en niet om de diagnose conversiestoornis te bevestigen. Er bestaat evidentie voor een betere uitkomst bij een multidisciplinaire benadering. Een gecombineerde behandeling met psychotherapie, fysiotherapie en somatische follow-up kan men het beste richten op algemene rehabilitatie en niet uitsluitend op symptomatisch herstel. De praktijkuitvoering blijft echter meer kunst dan kunde.

LITERATUUR

- American Psychiatric Association. Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5). Nederlandse vertaling van Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5e ed. Amsterdam: Boom; 2014.
- Austen S, Lynch C. Non-organic hearing loss redefined: understanding, categorizing and managing non-organic behaviour. *Int J Audiol* 2004; 43: 449-57.
- Aybek S, Nicholson TR, Zelaya F, O'Daly OG, Craig TJ, David AS, e.a. Neural correlates of recall of life events in conversion disorder. *JAMA Psychiatry* 2014; 71: 52-60.
- Blankenstein AH, Bouman TK, van der Feltz-Cornelis CM, Fischer ER, van der Horst HE, Swinkels JA. Multidisciplinaire richtlijn: somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten en somatoforme stoornissen. Utrecht: Trimbos-instituut; 2010.
- Bowman ES. Why conversion seizures should be classified as a dissociative disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2006; 29: 185-211.
- Cottencin O. Conversion disorders: psychiatric and psychotherapeutic aspects. *Clin Neurophysiol* 2014; 44: 405-10.
- Dehaene S, Changeux JP. Experimental and theoretical approaches to conscious processing. *Neuron* 2011; 70: 200-27.
- Drouillard M, Petroff N, Majer J, Perrot C, Quesnel S, François M. Pseudohypacusis in children: circumstances and diagnostic strategy. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2014; 78: 1632-6.
- Feltz-Cornelis CM van der, Oppen P, Adèr HJ, van Dyck R. Randomised controlled trial of a collaborative care model with psychiatric consultation for persistent medically unexplained symptoms in general practice. *Psychother Psychosom* 2006; 75: 282-9.
- Henningsen P, Zipfel S, Herzog W. Management of functional somatic syndromes. *Lancet* 2007; 369: 946-55.
- Houdenhove B Van. Ziek zonder ziekte. Tiel: Lannoo; 1998.
- Koster van Groos GAS. Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR. Amsterdam: Harcourt; 2001.
- Ouss L, Tordjman E. Conversive disorders among children and adolescents: Towards new 'complementarist' paradigms? *Clin Neurophysiol* 2014; 44: 411-6.
- Schmidt CM, am Zehnhoff-Dinnesen A, Deuster D. Nichtorganische (funktionelle) Hörstörungen bei Kindern. *HNO* 2013; 61: 136-41.
- Schmidt CM, am Zehnhoff-Dinnesen A, Matulat P, Knief A, Rosslau K, Deuster D. Nonorganic hearing loss in children: audiometry, clinical characteristics, biographical history and recovery of hearing thresholds. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2013; 77: 1190-3.
- Spiegel D, Lewis-Fernández R, Lanius R, Vermetten E, Simeon D, Friedman M. Dissociative Disorders in DSM-5. *Annu Rev Clin Psychol* 2013; 9: 299-326.
- Spratt EG, Pataki C, DeMaso DR, Ibeziako PI, Windle ML, Johnson C. Somatoform disorder: overview. *Medscape* 2014. <http://emedicine.medscape.com/article/918628-overview>
- Vermeulen M, Willems MHA. Conversiestoornis: van DSM-IV naar DSM-5 of van psychiatrische naar neurologische diagnose. *Tijdschr Psychiatr* 2015; 57: 569-76.

SUMMARY

An adolescent with conversion deafness

E. D'HOORE, P. EMMERY, E. VAN ROIE

A 16-year-old adolescent with progressive hearing loss was diagnosed with a conversion disorder after extensive somatic investigations. Psychotherapy led to a successful rehabilitation and improved quality of life. In the discussion we address the recommendations relating to both diagnostics and approach in good clinical practice. The importance of multidisciplinary collaboration is supported by research, but remains a challenge in daily practice.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 60(2018)4, 268-271

KEY WORDS children and adolescents, conversion disorder, non-organic hearing loss