Wil Buis
psychiater, Velp (Noord-Brabant)

Rien Vermeulen
emeritus hoogleraar neurologie,
Universiteit van Amsterdam

BETERE PROGNOSE NA ADEQUATE DIAGNOSTIEK EN UITLEG DOOR NEUROLOOG

Duidelijke conclusie helpt patiënt met conversie

Een conversiestoornis hangt – volgens de laatste inzichten – lang niet altijd samen met psychische factoren. Een heldere diagnose door de neuroloog en een goede uitleg aan de patiënt over deze aandoening kan een lange weg door de gezondheidszorg voorkomen.

GETTY IMAGES

Dat conversie staat voor neurologische verschijnselen die niet passen bij een (andere) bekende neurologische aandoening is algemeen bekend. Veel minder bekend is de beste aanpak van deze aandoening in de spreekkamer.
Lange tijd associeerden artsen verlammingsverschijnselen, tremoren, gevoelsstoornissen en op epilepsie lijkende aanvallen in het kader van conversie met een psychische achtergrond, een ingrijpende gebeurtenis of traumatiserende ervaringen. Zo was een conversiestoornis ook gedefinieerd tot en met de DSM-IV. Maar sinds de DSM-5 is de vereiste veronderstelde samenhang met psychische factoren komen te vervallen.[1] Uit onderzoek is namelijk gebleken dat van een dergelijke achtergrond lang niet altijd sprake is. In de DSM-5 kan een conversiestoornis (of functioneel-neurologisch-symptoomstoornis) gespecificeerd worden: met of zonder psychische stressor. Nu is de DSM een classificatiesysteem, maar het laten vallen van de samenhang met psychische factoren heeft gevolgen voor de diagnose. Waar het op neerkomt is dat patiënten met conversie onderscheiden moeten worden van (andere) neurologische aandoeningen, wat bij uitstek tot het vakgebied van de neurologen behoort. In het leerboek neurologie heet conversie nu functionele neurologische stoornis.[2]

Positieve conclusie
De huisarts zal de meeste patiënten met vermoedelijke conversieverschijnselen naar de neuroloog verwijzen. Wat daar in de spreekkamer gebeurt, blijkt van zeer groot belang voor de prognose. Is de conclusie: 'Ik kan op mijn terrein geen afwijkingen vinden, u hebt geen neurologische aandoening, het moet iets

psychisch zijn of met stress samenhangen', dan kan dat het begin zijn van een lange weg in de gezondheidszorg met een slechte uitkomst. Patiënten zijn gebaat bij een duidelijke, positieve conclusie van de neuroloog: 'U hebt een functionele neurologische stoornis, bij dit ziektebeeld gaat er iets mis met de signalen van de hersenen naar delen van het lichaam. Er is geen schade aan de zenuwen.' Begin liever niet met te zeggen wat de patiënt niet 'heeft'. Vertel net als bij andere patiënten wat de diagnose is, gevolgd door een korte uitleg. Dat kan met gebruik van metaforen, bijvoorbeeld: de 'hardware' is intact, de 'software' werkt niet goed.
Het is van belang aan te sluiten bij wat de patiënt zelf denkt over wat er aan de hand is en te letten op verwijzingen daarnaar, zoals: 'Ik kreeg een raar gevoel in mijn arm dat leek op wat mijn nichtje ook had en zij heeft MS.' Dan uitleggen waarom de diagnose wel een functionele stoornis is en niet MS. Pak ook signalen op als de patiënt een verband oppert met psychische stress of ingrijpende gebeurtenissen: die kunnen zeker een rol spelen. Benadruk dat de prognose meestal gunstig is: 'Het gaat vaak vanzelf snel weer over, of anders met de hulp van een fysiotherapeut en soms met de hulp van een psycholoog.' Aansluitend het adres van een goede website meegeven, waarderen patiënten zeer (stichtingfns.nl en voor op epilepsie lijkende aanvallen de brochure PNEA op sein.nl).

Diagnose
Dit is de aanpak volgens de hedendaagse neurologische inzichten: de neuroloog stelt de diagnose functionele neurologische stoornis of conversie aan de hand van positieve criteria die de diagnose ondersteunen, zoals toename van kracht bij aanspannen van een contralaterale niet-aangedane antagonist, niet kunnen lopen, wel kunnen zwemmen, niet op commando kunnen bewegen, wel een spontane beweging kunnen uitvoeren, vermindering van de tremor bij nadoen tremor aan contralaterale niet-aangedane zijde en verdeling van sensorische stoornis die past bij een functionele stoornis. In sommige gevallen zal aanvullend onderzoek nodig zijn zoals hersenscan of eeg.[3]
Ook de Zorgstandaard Conversiestoornis voor de ggz benadrukt het belang van een snelle diagnose door de neuroloog op basis van positieve aanwijzingen voor dit ziektebeeld.[4] Op de website van de stichting Functionele Neurologische Stoornis (FNS) staat een informatiefilmpje over deze diagnostiek.[5]
Helaas hebben nog niet alle neurologen dit in de vingers, of ze houden conversiepatiënten liever af en sturen patiënten zonder diagnose terug naar de huisarts, of ze suggereren een psychiater of psycholoog. Dit zal bij de patiënt veelal leiden tot onbegrip of zich in de steek gelaten voelen, persisteren van de klachten, veel lijden en secundaire psychische klachten en psychosociale problemen. Áls een verwijzing naar een psycholoog of psychiater al tot stand komt, zal de diagnose conversiestoornis op een gegeven moment wel aan de orde komen, maar het momentum voor een adequate aanpak met een gunstige uitkomst is gemist. Onderzoek laat consequent zien dat een lange duur tussen het begin van de klachten en het stellen van de diagnose functionele neurologische stoornis geassocieerd is met een slechte prognose.[6] Dit betekent dat een adequate inzet van de neuroloog cruciaal is bij de aanpak van conversie. Uitleg alleen kan al voldoende zijn. Als dat niet het geval is, is verwijzing door de neuroloog of de huisarts naar een fysiotherapeut zinvol, of als dat meer passend lijkt en de patiënt dat ook wil een psycholoog. Een psychiater komt vooral in aanmerking bij (veronderstelde) comorbiditeit (depressie, angststoornis, PTSS, persoonlijkheidsproblematiek).

Een adequate inzet van de neuroloog is cruciaal bij de aanpak van conversie

Huisartsen
Het is uiteraard van belang dat ook huisartsen op de hoogte zijn van een adequate diagnostiek en de behandelmogelijkheden van een functionele neurologische stoornis en dat zij de diagnose kunnen toelichten met metaforen: bijvoorbeeld de piano is ontstemd, maar de toetsen en snaren zijn intact. De informatie over conversiestoornis op thuisarts.nl is adequaat, alleen de zinsnede dat het een psychische aandoening is, is verouderd. Gebruik daarom liever stichtingfns.nl voor de uitleg aan patiënten. Een anamnese volgens het Scegs-model, waarbij gevraagd wordt naar somatische, cognitieve, emotionele, gedragsmatige en sociale

aspecten van de klachten, kan helpen als de klachten niet snel verdwijnen.
Op stichtingfns.nl zijn fysio- en oefentherapeuten te vinden die opgeleid zijn om patiënten met een functionele neurologische stoornis te behandelen. Dit is van belang omdat lang niet alle fysiotherapeuten bij deze aandoening iets te bieden hebben.
Voor patiënten die een psychologische of psychiatrische behandeling nodig hebben, is eveneens een probleem dat lang niet alle psychologen en psychiaters ervaring hebben met deze problematiek. Dat kan leiden tot een grote vertraging bij het op gang komen van hulp, door wachtlijsten en door het van het kastje naar de muur gestuurd worden. Een verwijzing naar een SOLK-poli (voor patiënten met somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten) of een ziekenhuispsycholoog of -psychiater zal vaak het beste aansluiten. Instellingen die hulp bieden voor patiënten met conversiestoornis zijn te vinden op nolk.info.
Er zijn diverse behandelmogelijkheden: cognitieve gedragstherapie, hypnotherapie, EMDR (*eye movement desensitization reprocessing*), psychodynamische psychotherapie, schematherapie of psychomotorische therapie.[4] Ook zijn er goede ervaringen met virtual reality. Het betrekken van de naasten bij de behandeling is aan te bevelen, bij kinderen en jeugdigen komt gezinstherapie in aanmerking. Bij hardnekkige, complexe of sterk invaliderende problematiek kan een multidisciplinaire aanpak geïndiceerd zijn, zo nodig in een klinische setting.

Regionale netwerken
Het zou goed zijn als er regionale netwerken gerealiseerd worden, vergelijkbaar met die voor parkinsonpatiënten of hoofdpijnpatiënten, waarin neurologen, fysiotherapeuten, revalidatieartsen, psychologen en psychiaters samenwerken. En waarbij ook ervaringsdeskundigen betrokken zijn, omdat zij met hun inbreng vanuit het patiëntperspectief van grote meerwaarde zijn voor professionals en patiënten. Bij kinderen is uiteraard samenwerking met kinderarts en kinderpsycholoog van belang.
Tot slot de gebruikte terminologie. Conversie betekent omzetting en dit past bij de verouderde kijk waarbij het altijd gaat om de uiting van iets psychisch in lichamelijke verschijnselen. Het lijkt dan ook beter de term functionele neurologische stoornis of kortweg FNS te gebruiken. De DSM-5-term functioneel-neurologisch-symptoomstoornis kan ook, maar lijkt minder handig.
Onze belangrijkste boodschap: bij het vermoeden van conversie of FNS is een goed begin bij de neuroloog met een op positieve aanwijzingen gebaseerde diagnose, die aan de patiënt wordt verteld en uitgelegd, het halve werk. En ga niet bij voorbaat uit van een psychische achtergrond van de klachten! ■

contact
buispsy@gmail.com
cc: redactie@medischcontact.nl

web
De voetnoten en meer over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.

VELDWERK

MARK VAN HOUDENHOVEN is CEO van de Sint Maartenskliniek

Woorden doen ertoe

Afgelopen jaar is overal de reguliere zorg afgeschaald. Ook in ons ziekenhuis. Afschalen is lelijk bestuurlijk jargon. Het betekent dat zorg wordt afgezegd of vooruitgeschoven. Zorg die mensen hard nodig hebben: een operatie, een onderzoek, de start van een behandeling.
Dit uitstel moet medisch gezien mogelijk zijn. Dit geldt voor alle vormen van zorg. Aan de hand daarvan maken professionals hun afwegingen. Gelukkig zien wij dat de urgentie tot uitstel afneemt. Omdat de coronadruk op de zorg daalt.
Uiteraard worden in de media nog steeds diagnoses en behandelingen genoemd die 'makkelijk' kunnen worden uitgesteld. Daarmee wordt zorg bijna neergezet als een luxeproduct. Wat het nooit is. Neem een operatie om een knie te vervangen. In 2019 werd zo'n ingreep in Nederland 34.037 keer uitgevoerd. Wie zo'n operatie ondergaat, heeft al maanden pijn, kan niet lekker wandelen of ontspannen spelen met de kleinkinderen. Wat betekent dit voor hun welzijn, geluk en leven?

DE ENE ZORGVRAAG IS NIET BELANGRIJKER DAN DE ANDERE

Wie in een ziekenhuis werkt, doet aan zorgverlening. Daar zijn wij met zijn allen goed in, dat is ons werk. Maar voor die ene patiënt gaat het om een life event. Een operatie die verlichting brengt en daadwerkelijk impact heeft op het leven. Hoop, perspectief. Woorden doen ertoe, dus let op woorden als 'makkelijk'. Wie zorg kil 'afschaalt', verschuilt zich achter technische begrippen en modellen. Die vergeet de mens. Laten we daarom niet doen alsof de ene zorgvraag belangrijker is dan de andere, laten we ophouden met het vergelijken van zorgvragen. Maar doorgaan met waarin wij goed zijn: mensen op tijd helpen. Om pijn te verzachten, ellende te verminderen en sociale nood te voorkomen.