

Conversiestoornis

De stoornis

Van een conversiestoornis of functioneel-neurologisch-symptoomstoornis is sprake wanneer patiënten motorische of sensorische veranderingen hebben, en deze veranderingen niet verenigbaar zijn met reeds bekende neurologische of andere somatische aandoeningen. Voorbeelden van motorische of sensorische veranderingen zijn verlamningsverschijnselen, blindheid, dystone bewegingen, wegrakingen of episoden van abnormale schokkende bewegingen ('niet-epileptische aanvallen'). Andere somatische of psychische stoornissen geven geen betere verklaring voor de symptomen, die lijdensdruk of beperkingen op belangrijke levensdomeinen veroorzaken of somatisch onderzoek behoeven.

De epidemiologische kenmerken

De exacte prevalentie van een conversiestoornis bij volwassenen en kinderen is onbekend. Onderzoek wees uit dat ongeveer 5% van patiënten die worden doorverwezen naar een neuroloog een conversiestoornis heeft, maar dat is mogelijk een onderschatting.

Conversiestoornis komt voor bij alle leeftijdsgroepen waarbij twee tot drie keer vaker bij vrouwen dan bij mannen. Niet-epileptische aanvallen komen vaker voor bij twintigers en motorische symptomen vaker bij mensen met een leeftijd tussen de 30 en 40 jaar. De symptomen kunnen voorbijgaand van aard zijn of persisterend. Het is bekend dat een aantal factoren het beloop gunstig beïnvloedt: een korte duur van de symptomen en acceptatie van de diagnose. Factoren die het beloop negatief beïnvloeden zijn onder andere maladaptieve persoonlijkheidskenmerken en de aanwezigheid van een comorbide somatische ziekte. Mogelijk is de prognose beter voor jeugdigen met een conversiestoornis dan voor volwassenen.

Comorbiditeit

Stoornissen die veel samen voorkomen met een conversiestoornis zijn: angststoornissen (vooral de paniekstoornis), depressieve stemmingsstoornissen, somatische symptoomstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen. Ook neurologische en andere somatische aandoeningen komen vaak samen voor met een conversiestoornis.

Vroege onderkenning en preventie

Maladaptieve persoonlijkheidskenmerken, een voorgeschiedenis van kindermishandeling of verwaarlozing in de jeugd, stressvolle levensgebeurtenissen en de aanwezigheid van een neurologische ziekte die vergelijkbare symptomen veroorzaakt zijn factoren die mogelijk een risico geven op het ontwikkelen van een conversiestoornis. Vroege herkenning van een conversiestoornis is belangrijk voor het beloop en de prognose. Vroege onderkenning staat hierbij gelijk aan een snelle diagnostiek. Specifieke preventieve interventies op de stoornis zijn niet bekend, los van algemeen ter preventie van psychische aandoeningen in te zetten middelen, zoals stressmanagement, copingstrategieën, mindfulness en assertiviteitstraining.

Diagnostiek

De stoornis en de ernst ervan wordt via somatische diagnostiek en diagnostiek van psychische klachten vastgesteld.

Somatische diagnostiek

In de diagnostiek is sinds de DSM-5 meer aandacht gekomen voor positieve aanwijzingen. Conversiestoornis is minder een diagnose van uitsluiting, maar een ziektebeeld dat wordt vastgesteld op basis van symptoomkenmerken. Voor elke klinische presentatie vindt allereerst een beoordeling op inconsistentie en incongruentie plaats. Aanvullende somatische diagnostiek kan nodig zijn om een structurele aandoening uit te sluiten en bestaat over het algemeen uit beeldvorming en neurofysiologisch onderzoek. Welk type onderzoek gekozen wordt hangt af van de symptomatologie. Zo kan een 24-uurs EEG-registratie worden gedaan om onderscheid te maken tussen epilepsie en conversiestoornis met aanvallen of convulsies.

Diagnostiek van psychische klachten

In veel gevallen zal ook psychische diagnostiek worden uitgevoerd. Via de huisarts vindt diagnostiek plaats in de gespecialiseerde ggz (S GGZ). Daarin worden de stagering en profilering van de conversiestoornis bij voorkeur systematisch onderzocht. Met een stagering kunnen de ontwikkeling en uitbreiding van de aandoening worden vastgesteld. Bij profilering gaat het om het systematisch meenemen van de predisponerende (bijvoorbeeld een geschiedenis van mishandeling), luxerende (bijvoorbeeld een ongeval) en instandhoudende (bijvoorbeeld relatieproblemen) factoren bij het opstellen van een op de patiënt toegesneden diagnostische formulering en een behandelplan. Naast een speciële anamnese is een uitgebreide biografische en een sociale anamnese gebruikt om het persoonlijke verhaal van de patiënt goed in kaart te brengen. Op basis van de klinische inschatting van de zorgverlener kan het beeld worden aangevuld met complicaties, comorbiditeit (bijvoorbeeld screening op depressie of angst) en functionele gevolgen van de stoornis. Deze laatste worden systematisch in kaart gebracht.

Binnen de diagnostiek van de psychische klachten moeten zorgverleners de reeds aanwezige informatie over de somatiek en informatie van de verwijzer, de patiënt en naasten meenemen. Zij dienen alert te blijven op veranderingen in de somatische en psychische toestand en de invloed die deze kunnen hebben op de diagnostiek van conversiestoornis, die ook naast één of meer somatische of psychische aandoeningen kan bestaan.

Zorgvuldig spreken over de diagnose door de zorgverlener is een aandachtspunt. De zorgverlener moet duidelijk aangeven in hoeverre hij of zij kennis over de conversiestoornis heeft en doorverwijzen bij te weinig kennis of affiniteit. De patiënt moet serieus genomen worden en het communicatief handelen dient passend te zijn bij de klachten van de patiënt: een respectvolle, open houding en bejegening zijn uitgangspunt. In de diagnostiek bij jeugdigen is het belangrijk om naast het perspectief van de jeugdige ook dat van zijn of haar ouders/verzorgers mee te nemen.

Behandeling en begeleiding

De behandeling van conversiestoornis vindt plaats in het kader van het biopsychosociale model en kan bestaan uit de volgende stappen:

- Vertrouwensrelatie aangaan. Patiënten met een conversiestoornis hebben vaak een lange medische voorgeschiedenis. In de soms lange zoektocht naar een somatisch antwoord zijn patiënten - mede door het steeds maar uitblijven van uitsluitel - vaak gefrustreerd geraakt en hun vertrouwen in de hulpverlening is nogal eens verloren gegaan.
- In kaart brengen van gedrag en perceptie van de patiënt, vanuit het vertrekpunt dat een somatische verklaring van de klachten onwaarschijnlijk is. Hoe kijkt de patiënt naar zijn klachten en wat zijn zijn ideeën erover (SCEGS-model; Somatisch-Cognitief-Emotioneel-Gedragsmatig-Sociaal)?
- Gesprek aangaan over de visie van de patiënt op de klachten: zijn 'beliefs', in combinatie met wat hij doet (of laat). Doel is om gezamenlijk tot een passend verklaringsmodel te komen.
- Psycho-educatie (ook voor naasten) over het functioneren van lichaam en hersenen.
- Keuze behandeling in gezamenlijke besluitvorming.
- Eindgesprek.
- Nazorg (inclusief monitoring).

Aanbevolen behandelingen (volwassenen):

- Cognitieve gedragstherapie
- Hypnotherapie
- (psychosomatische) Fysiotherapie
- Psychodynamische psychotherapie
- Geïntegreerd multi- of interdisciplinair behandel aanbod

Behandelingen ter overweging (volwassenen):

- Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)
- Schematherapie
- Psychomotorische therapie
- Virtual reality

Behandelingen ter overweging (jeugdigen):

- Psychodynamische psychotherapie
- Systeemtherapie
- Hypnotherapie
- Traumabehandelingen
- Multidisciplinaire behandeling gebaseerd op de Richtlijn specifieke groep functionele klachten van kinderen en jeugdigen (met uitzondering van conversiestoornis met aanvallen of convulsies)

Bij jeugdigen is het opsporen en aanpakken van stressoren essentieel. Jeugdigen met een conversiestoornis hebben vaak te maken met overvraging, wat in de situatie van het kind (op school, thuis, in dagbesteding, et cetera) opgelost dient te worden. Een stabiele en veilige thuissituatie is een voorwaarde voor een duurzaam herstel van klachten.

Herstel, participatie en re-integratie

Bij conversiestoornis is het belangrijk verschil te maken tussen het accepteren van de diagnose en het accepteren van eventuele beperkingen. Behandelaars bieden te allen tijde een positief perspectief op herstel: van symptomen, van functioneren, van maatschappelijk participeren en herstel van identiteit. De inzet is behandeling en verbetering. Er zijn geen specifieke interventies gericht op participatie en re-integratie van patiënten met conversiestoornis. Met hulpmiddelen zoals het participatiewiel of de International Classification of Functioning Disability and Health (ICFDH) kan het functioneren in beeld worden gebracht en gemonitord. De inzet van rehabilitatiemethodieken is mogelijk, afhankelijk van de behoeften van de patiënt (zoals de Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB), Systematisch Rehabilitatie-gericht Handelen (SRH) en de Liberman-modules). Voor arbeidsre-integratie wordt verwezen naar de generieke module Arbeid als medicijn. Voor jeugdigen met een conversiestoornis zijn vaak aanpassingen nodig om optimale participatie te faciliteren (bijvoorbeeld niet op hoog niveau sporten of aanpassingen in onderwijsniveau). Bij conversiestoornis spelen schaamte of angst om onbegrip te ontmoeten vaak nog een rol (stigma). Behandelaars dienen hiermee zorgvuldig en destigmatiserend om te gaan.

Organisatie van zorg

Een goede behandeling van conversiestoornis vindt in een keten of professioneel netwerk plaats, waarin meerdere zorgverleners samenwerken. Over het algemeen komen patiënten met een conversiestoornis via de huisarts of de spoedeisende hulp (SEH) van een ziekenhuis bij een neuroloog terecht. In veel gevallen vraagt de patiënt een second opinion aan. Dit verloopt via de huisarts of de medisch specialist. Als somatische oorzaken door nader onderzoek onwaarschijnlijk zijn gemaakt en de patiënt (in ieder geval voorlopig) de 'werkd Diagnose' conversiestoornis aanvaardt, kan de huisarts de patiënt voor diagnostiek doorverwijzen naar de gespecialiseerde ggz (S GGZ). Behandeling vindt plaats in de generalistische basis ggz (GB GGZ), gespecialiseerde ggz (S GGZ) of hoogspecialistische ggz (HS GGZ), afhankelijk van de inschatting van de complexiteit. Deze doorverwijzing gaat gepaard met goede documentatie en mondelinge toelichting. Bij voorkeur vervult de huisarts de rol als coördinator als het traject binnen de basiszorg blijft. Komt de patiënt in ggz-behandeling, dan is de regiebehandelaar een ggz-professional (psychiater, psycholoog, verpleegkundig specialist). Naast deze regiebehandelaar staan de gekozen behandelaars. Goede communicatie over het beleid tussen regiebehandelaar en behandelaars is essentieel voor een goed verloop van het behandeltraject.

Samenhang met generieke modules

- | | |
|------------------------------------|---|
| - Acute psychiatrie | - Landelijke ggz-samenwerkingsafspraken |
| - Arbeid als medicijn | - Organisatie van zorg voor kind en jongere |
| - Comorbiditeit | - Psychische klachten in de kindertijd |
| - Destigmatisering | - Psychotherapie |
| - Diversiteit | - Samenwerking en ondersteuning naasten |
| - eHealth | - Vaktherapie |
| - Ernstige psychische aandoeningen | - Vroege opsporing psychische klachten in de huisartsenpraktijk |
| - Herstelondersteuning | - Ziekenhuispsychiatrie |