

Casuskaart

Auteur: Guus Eeckhout

Ik kan niet meer lopen



Zorgstandaard: Conversiestoornis

Generieke module: Ziekenhuispsychiatrie

GGZ
Standaarden

ggzstandaarden.nl

DEZE CASUS KOMT UIT

Casusboek kwaliteitsstandaarden

Zorgstandaarden en generieke modules

A.J.L.M. van Balkom, R.W. Kupka en J. Spijker (redactie)

Interesse in het complete casusboek Kwaliteitsstandaarden?
Neem dan contact op via info@akwaggz.nl. *Zo lang de voorraad strekt.*

Initiatief: Kwaliteitsontwikkeling GGz. © Kwaliteitsontwikkeling GGz, 2017.
De auteursrechten der afzonderlijke bijdragen berusten bij de auteurs.

Uitgegeven door De Tijdstroom uitgeverij BV
Internet: www.boompsychiatrie.nl
E-mail: klantenservice@boompsychiatrie.nl
ISBN 978 90 5898 0786

Akwa
GGZ Alliantie kwaliteit
Geestelijke
Gezondheidszorg

Ik kan niet meer lopen

Guus Eeckhout

Zorgstandaard: Conversiestoornis

Generieke module: Ziekenhuispsychiatrie

Een 35-jarige vrouw wordt vanwege een recente loopstoornis door de huisarts verwezen naar de polikliniek neurologie van een algemeen ziekenhuis. De neuroloog verricht uitgebreid onderzoek, maar concludeert dat de klachten niet kunnen worden verklaard door een neurologische aandoening. In overleg met de huisarts verwijst de neuroloog de patiënte door naar de polikliniek psychiatrie van het ziekenhuis. In de verwijsinformatie voor de psychiater vermeldt de neuroloog aanvullend dat de patiënte nogal moeite heeft met deze verwijzing.

De patiënte komt op krukken de spreekkamer van de psychiater binnen. Ze maakt een gereserveerde indruk en steekt al snel van wal: ze begrijpt niet goed waarom ze bij een psychiater moet zijn. Ze is akkoord gegaan met de verwijzing, maar wel met tegenzin, want ze voelt het als een soort stempel van aanstellerij, alsof het allemaal tussen de oren zit, terwijl ze toch echt niet goed meer kan lopen.

Dilemma

De psychiater vraagt zich af hoe hij moet omgaan met deze kennelijke weerstand bij de patiënte. Moet nu meteen het vermoeden worden uitgesproken dat de klachten een 'psychische oorzaak' zouden kunnen hebben? Ze zit immers bij de psychiater.

Wat adviseert de kwaliteitsstandaard?

In de Zorgstandaard *Conversiestoornis* wordt geadviseerd de nodige tijd te nemen voor het opbouwen van wederzijds vertrouwen tussen patiënt en hulpverlener. Het belang wordt benadrukt van een respectvolle communicatie die aansluit bij de beleving van de patiënt. Het gebruik van de term 'psychische oorzaak', zonder uit te leggen wat daarmee precies wordt bedoeld, wordt door patiënten zeker in het begin nog

als kwetsend ervaren. Dit kan de weerstand versterken en het ontwikkelen van een vertrouwensrelatie belemmeren.



Zorgstandaard *Conversiestoornis*, hoofdstuk 4. Diagnostiek en monitoring, 4.3 Communicatie binnen diagnostisch proces.



Zorgstandaard *Conversiestoornis*, hoofdstuk 5. Behandeling en begeleiding, 5.3 Zelfmanagement.

De psychiater reageert met respect en begrip op de twijfel van de patiënte over het nut van de verwijzing naar de psychiatrie en geeft haar de gelegenheid haar gevoelens daarover uit te spreken. De psychiater stelt vervolgens voor te onderzoeken of de poli psychiatrie toch iets voor de patiënte kan betekenen en vraagt of ze eens wat meer wil vertellen over haar lichamelijke klachten.

De patiënte geeft aan dat de klachten twee maanden geleden plotseling zijn begonnen. Op een ochtend bij het opstaan bemerkte ze een stijf en pijnlijk gevoel in de benen. Ze had moeite haar benen te bewegen en het lopen ging houterig, alsof ze haar spieren niet goed onder controle had. De klachten zijn sindsdien niet verbeterd.

De patiënte lijdt onder haar klachten. Ze belemmeren haar fors in haar dagelijkse bezigheden en ze heeft zich ziek moeten melden op haar werk. Ze was vooral ongerust over de mogelijkheid van een ernstige neurologische ziekte. Het onderzoek van de neuroloog heeft haar daarin enigszins gerustgesteld, maar ze vindt het toch onbevredigend dat er nu nog geen verklaring is voor haar klachten.

In de voorgeschiedenis is sprake geweest van langdurige onverklaarde buikklachten, die geleidelijk zijn verbeterd. Verder is de patiënte tien jaar geleden in een stressvolle periode enkele weken haar stem kwijt geweest. Ze is verder gezond en heeft nooit eerder psychologische of psychiatrische hulpverlening gehad.

De patiënte is getrouwd en moeder van drie jonge kinderen, ze heeft een dynamische parttimebaan op een reclamebureau en verzorgt daarnaast in haar eentje al enkele jaren haar 70-jarige moeder. Deze woont enkele straten bij haar vandaan en is sterk hulpbehoevend door vergevorderde reuma. De vader van de patiënte is overleden. Haar moeder is moeilijk in de omgang, accepteert geen professionele thuiszorg en wil beslist niet naar een verzorgingshuis. Deze mantelzorg is sinds het begin van de klachten van de patiënte overgenomen door haar zus. De patiënte voelt zich daar wel schuldig over, maar realiseert zich dat het op dit moment niet anders kan.

Bij onderzoek ziet de psychiater een goed verzorgde vrouw die zich in eerste instantie wat afwerend en afstandelijk opstelt. Met een empathische bejegening blijkt zij zich meer serieus genomen te voelen en vindt er in de loop van het gesprek contactgroei plaats. De patiënte beweegt zich voort met behulp van krukken. De motoriek van de benen maakt een merkwaardig krampachtige indruk, het bewegen verloopt houterig en met schokken.

Het bewustzijn van de patiënte is helder. Aandacht, oriëntatie en geheugen zijn ongestoord. De geschatte intelligentie is gemiddeld. Waarneming en denken zijn globaal eveneens ongestoord. De patiënte maakt een enigszins gespannen indruk. De stemming is gedrukt, maar niet somber, er zijn geen specifieke angstklachten. Het affect moduleert adequaat. Er is mogelijk sprake van functionele neurologische symptomen. Verder zijn er geen duidelijke afwijkingen in psychomotoriek, motivatie en gedrag.

Tegen het eind van het gesprek vraagt de psychiater of de patiënte voor een tweede gesprek haar echtgenoot kan meenemen. De patiënte protesteert; die heeft het al zo druk met zijn werk en de huidige extra zorgtaken.

Dilemma

Moet de psychiater hierin met de patiënte meegaan en haar protest respecteren of haar proberen te motiveren om haar echtgenoot toch mee te nemen? Hoe belangrijk is zijn aanwezigheid?

Wat adviseert de kwaliteitsstandaard?

De Generieke module *Ziekenhuispsychiatrie* adviseert indien mogelijk naasten te betrekken bij de zorg. De relatie tussen de patiënt, zijn naasten en de hulpverlener wordt cruciaal geacht voor herstel. Het betrekken van het netwerk van de patiënt kan van belang blijken zowel voor diagnostiek als voor behandeling.



Generieke module *Ziekenhuispsychiatrie*, hoofdstuk 4. Patiëntenperspectief.

Na uitleg waarom de aanwezigheid van echtgenoot van belang kan zijn, gaat de patiënte toch akkoord. Na het gesprek wordt nadere informatie opgevraagd bij de neuroloog en de huisarts. De neuroloog geeft aan de klachten van de patiënte niet neurologisch te kunnen verklaren; de symptomen passen niet bij een neurologische aandoening. Ook aanvullend structureel MRI-onderzoek van het centraal zenuwstelsel evenals liquoronderzoek brachten geen afwijkingen aan het licht. De huisarts laat weten dat de patiënte bekend is met een prikkelbaredarmsyndroom. De tijdelijke stemproblemen in het verleden zijn zonder nader onderzoek spontaan hersteld; mogelijk was hier sprake van een conversieve afonie. Op basis van de beschikbare informatie tot nu toe denkt de psychiater in eerste instantie aan een conversiestoornis.

In het daaropvolgende gesprek met het echtpaar wordt duidelijk dat beiden al langer ontevreden zijn over hun relatie. Hun leven werd de laatste jaren vooral bepaald door het stichten van een gezin, het werken aan de respectievelijke carrières en de zorg voor de ouders. Gaandeweg is daarbij een patroon

ingesloten waarin de aandacht voor elkaars wensen en behoeften verslaptte. Op de vraag naar andere recente ontwikkelingen geeft de echtgenoot aan dat hij enkele maanden geleden op zijn werk een promotie heeft geaccepteerd, waardoor hij voorlopig minder aan huishouden en opvoeding kan bijdragen. In overleg met zijn werk heeft hij inmiddels wel ruimte gekregen om thuis alsnog extra bij te springen, vanwege de beperkingen van zijn vrouw. Als de patiënte naar een zelfbeschrijving wordt gevraagd, noemt ze zichzelf na enige aarzeling perfectionistisch. Ze trekt gauw verantwoordelijkheden naar zich toe, kan moeilijk van zichzelf accepteren dat ze iets niet aankan en heeft dan de neiging om zich flink te houden en door te blijven gaan. Zo kon ze ook een paar maanden geleden na de promotie van haar man niet onder ogen zien dat het haar eigenlijk allemaal te veel werd. De patiënte erkent in de loop van het gesprek dat er meer aan de hand is in haar leven dan ze zich heeft gerealiseerd. Toch heeft ze nog moeite om te erkennen dat dat kan samenhangen met haar lichamelijke klachten.

Dilemma

Is dit al een goed moment om de patiënte een concreet behandelvoorstel te doen, of gaat de psychiater dan misschien overhaast te werk?

Wat adviseert de kwaliteitsstandaard?

Voordat met specifieke behandeling van een conversiestoornis kan worden gestart, is een gemeenschappelijke visie op de klachten essentieel: zorgverlener en patiënt moeten gezamenlijk overeenstemming zoeken over een adequaat verklaringsmodel voor de klachten dat past bij de patiënt en dat voor hem acceptabel is, bijvoorbeeld door deels aan te sluiten bij zijn somatische beleving. Enerzijds is hiervoor voorlichting en uitleg door de zorgverlener nodig. Het gebruik van metaforen kan daarbij nog weleens helpen. Anderzijds moet de visie op de klachten uiteindelijk in samenspraak met de patiënt (en eventueel zijn naasten) worden ontwikkeld.



Zorgstandaard *Conversiestoornis*, hoofdstuk 4. Diagnostiek en monitoring, 4.3 Communicatie binnen diagnostisch proces.



Zorgstandaard *Conversiestoornis*, hoofdstuk 5. Behandeling en begeleiding, 5.2 Behandeling in hoofdlijnen; theoretisch kader, 5.2.3 Gesprek over de visie van patiënt op de klachten.

De psychiater legt uit dat de klachten van de patiënte herkenbaar zijn als passend bij een conversiestoornis en verklaard kunnen worden door een ontregeling van het zenuwstelsel, bijvoorbeeld door overbelasting. Het lichaam is soms 'slimmer' dan de geest en gaat op de rem staan als een persoon zelf onvoldoende herkent dat er overbelasting dreigt. Dit kan men in een metafoor vergelijken met een softwareprobleem, terwijl de hardware, de bedrading van het zenuw-

stelsel, intact is. In samenspraak met het echtpaar wordt geconcludeerd dat de combinatie van chronische en acute draaglast en hoe de patiënte daarmee is omgegaan, heeft geleid tot een overbelasting van het zenuwstelsel, resulterend in de betreffende klachten. De patiënte en haar man vinden dit beiden wel een aannemelijke verklaring voor de klachten.

Bij de daaropvolgende bespreking van de behandelopties geeft de patiënte toch aan dat ze weinig heil in praten ziet en vooral aan de slag wil met het oefenen van haar benen. De psychiater meent echter dat vanwege de disfunctionele cognities en gedragingen van de patiënte cognitieve gedragstherapie (CGT) meer voor de hand ligt.

Dilemma

De psychiater vraagt zich af of het zin heeft om de patiënte alleen een lichaamsgerichte behandeling aan te bieden of dat een vorm van psychotherapie zoals CGT effectiever is.

Wat adviseert de kwaliteitsstandaard?

Er zijn aanwijzingen voor de effectiviteit van CGT bij een conversiestoornis. Voor lichaamsgerichte therapievormen als psychosomatische fysiotherapie en psychomotorische therapie geldt dat minder, maar er is in Nederland wel ervaring met deze therapieën bij de conversiestoornis. Ook zijn er aanwijzingen voor de effectiviteit van een combinatie van therapieën in een multidisciplinaire behandeling.



Zorgstandaard *Conversiestoornis*, hoofdstuk 5. Behandeling en begeleiding.



Zorgstandaard *Conversiestoornis*, hoofdstuk 5. Behandeling en begeleiding, 5.6 Psychosociale behandeling, 5.6.1 Psychosomatische fysiotherapie.



Zorgstandaard *Conversiestoornis*, hoofdstuk 5. Behandeling en begeleiding, 5.7 Psychologische en psychotherapeutische behandeling, 5.7.1 Cognitieve Gedragstherapie.

De psychiater legt de patiënte uit waarom CGT nuttig voor haar zou kunnen zijn. In overleg met de patiënte wordt besloten tot een combinatiebehandeling van CGT en psychomotorische therapie. Na vier maanden zijn haar klachten vrijwel verdwenen. Ze is weer aan het werk en weet beter haar grenzen aan te geven. Door middel van enkele echtpaargesprekken is ook de relatie verbeterd. De patiënte heeft verder haar moeder toch overtuigd van de noodzaak van professionele thuiszorg en heeft de rest van de zorg voor haar moeder verdeeld tussen zichzelf en haar zus. In overleg met haar therapeut sluit ze de behandeling tevreden af.