Annemarie Uijen, Erik Bischoff

Conversiestoornis

INLEIDING

Een conversiestoornis is een psychiatrische aandoening die zich kan uiten in uitvalsverschijnselen die lijken op neurologische klachten.[1,2] Deze stoornis werd vroeger ook wel hysterie genoemd. De Egyptenaren schreven de symptomen toe aan een wandelende baarmoeder.[3] Waarschijnlijk trad conversie toen alleen op bij vrouwen. Inmiddels wordt de diagnose geassocieerd met mentale overbelasting ten gevolge van conflicten of acute stress.[4] Deze negatieve gevoelens worden door dissociatie of verdringing buiten het bewustzijn gehouden, maar kunnen via onbewuste weg invloed uitoefenen op bepaalde lichamelijke functies. Zo ontstaat het beeld van een neurologische aandoening. De patiënt is zich niet bewust van het proces en voelt zich vaak machteloos.[5] Een conversiestoornis wordt volgens de DSM-IV-criteria ingedeeld bij de somatoforme stoornissen.[4,6] De precieze definitie van een conversiestoornis staat vermeld in [**kader 1**]. Conversieklachten kunnen variëren van milde tot ernstige uitvalsverschijnselen van motorische en/of sensorische aard [**kader 2**].[2]

Samenvatting

Uijen AA, Bischoff EWMA. Conversiestoornis. Huisarts Wet 2011;54(10):-560-4.

Een conversiestoornis is een psychiatrische aandoening die zich uit in neurologische klachten die kunnen variëren van milde tot ernstige motorische en/of sensorische uitvalsverschijnselen. Op de huisartsenpost wordt het stellen van de diagnose conversiestoornis en het uitsluiten van een somatische oorzaak bemoeilijkt door het kortdurende contact met een onbekende patiënt met vaak acute klachten. Een conversiestoornis wordt geassocieerd met conflicten of andere stressveroorzakende factoren. Bij het vermoeden van een conversiestoornis is het uitvragen van de psychische toestand en eventuele stressoren dan ook zinvol. Het inzien van de medische gegevens uit het dossier van de eigen huisarts kan de dienstdoende huisarts extra informatie verschaffen. Bij het lichamelijk onderzoek onderscheidt een conversiestoornis zich van acute somatische aandoeningen door afwijkingen die variëren, inconsistent zijn en/of niet zijn te objectiveren. Desondanks is het voor de dienstdoende huisarts moeilijk om een conversiestoornis met zekerheid te onderscheiden van een somatische aandoening. Bij twijfel over de diagnose, hevige ongerustheid en/of angst bij patiënt of naasten is verwijzing naar het ziekenhuis geïndiceerd. Als de dienstdoende huisarts besluit de patiënt niet in te sturen, vormen een korte uitleg over de oorzaak en het beloop en een goede terugkoppeling aan de eigen huisarts een belangrijke basis voor verdere behandeling.

Huisartspraktijk Oosterhout, Van Boetzelaerstraat 12, 6515 JD Nijmegen en UMC St Radboud, afdeling Eerstelijnsgeneeskunde: A.A. Uijen, huisarts. Universitair Gezondheidscentrum Heyendael, Gerard van Swietenlaan 3, 6525 GB Nijmegen en UMC St Radboud, afdeling Eerstelijnsgeneeskunde: E.W.M.A. Bischoff, huisarts • Correspondentie: e.bischoff@elg.umcn.nl

Iedere huisarts herinnert zich wel een patiënt met een conversiestoornis. De twijfel over de juistheid van de diagnose, de opvallende presentatie van de lichamelijke klachten en de vaak grote onrust bij vooral de omgeving kunnen een diepe indruk achterlaten bij de arts. In de dagelijkse praktijk kent de huisarts de (medische) achtergronden en het sociale systeem van de patiënt met conversieklachten en heeft hij het vertrouwen van de patiënt en diens omgeving. Bovendien heeft de huisarts tijd en mogelijkheden om het beloop te volgen. Anders is het wanneer de huisarts de patiënt tijdens de avond-nacht-weekenddienst (ANW) ziet. De acute situatie, het kortdurende contact en de onbekende patiënt maken dat de dienstdoende huisarts in korte tijd weloverwogen beslissingen moet nemen over verdere diagnostiek en beleid bij een patiënt die zich presenteert met klachten die lijken op aandoeningen met ernstige pathologie. Voor het uitsluiten of aantonen van een conversiestoornis bestaan geen richtlijnen. De huisarts zal vooral moeten varen op eerdere ervaringen met en kennis over conversieklachten.

In dit artikel beschrijven we de beoordeling van conversiestoornissen tijdens de ANW-dienst. We besteden aandacht aan de kenmerken van een conversiestoornis en aan het onderscheid met acute somatische aandoeningen. Verder gaan we in op de verschillen tussen het ziekenhuis en de dagelijkse huisartsenpraktijk.

De kern

- Een conversiestoornis is een psychiatrische aandoening die zich kan uiten in een breed scala aan uitvalsverschijnselen die lijken op neurologische klachten. Acute conversieklachten tijdens de ANW-dienst presenteren zich vooral als verlamming, coma, epilepsie of blindheid.
- De sterke gelijkenis met acute neurologische aandoeningen maakt dat iedere patiënt met conversieklachten moet worden beoordeeld alsof de klachten een organische oorzaak hebben.
- De conversiestoornis onderscheidt zich van acute somatische aandoeningen door afwijkingen die bij lichamelijk onderzoek variëren, inconsistent zijn en niet te objectiveren zijn. De klachten worden niet opzettelijk veroorzaakt, zoals bij een nagebootste stoornis of simulatie.
- De conversiestoornis wordt geassocieerd met acute stress. Het uitvragen van psychosociale factoren, waaronder stress, vormt een belangrijk onderdeel van de anamnese.
- Het is van belang dat de eigen huisarts het bestaan van een conversiestoornis doorgeeft aan de huisartsenpost zodat de dienstdoende huisarts een betere diagnose kan stellen en onnodige ziekenhuisopnames kunnen worden voorkomen.
- Als de dienstdoende huisarts de diagnose conversiestoornis heeft gesteld, vormen het geven van een korte uitleg over de oorzaak aan de patiënt en het gedegen terugkoppelen aan de eigen huisarts de basis voor verdere behandeling.

De kraamvrouw

Op de huisartsenpost komt een telefoontje binnen van een kraamverzorgster. Zij is bij de 31-jarige mevrouw Wevers, die vier dagen geleden is bevallen van een dochter. Mevrouw Wevers is sinds vandaag steeds meer verward en reageert niet goed als ze wordt aangesproken. Ze ligt in bed en staart voor zich uit. Ze lijkt moeite te hebben met het vinden van woorden. Ze moet lang nadenken voordat ze enkele woorden uitbrengt. Het is onbekend of ze krachtsverlies heeft in armen of benen. Het is de kraamverzorgster niet opgevallen dat haar oog of mondhoek hangt. De kraamverzorgster vertrouwt het niet en vraagt om een visite.

Na overleg met de telefoonarts wordt een visite afgesproken onder verdenking van een cerebrovasculair accident (CVA). Vanwege de duur van de klachten krijgt de visite een urgentie U2. Bij aankomst in een klein appartement treft de visitearts mevrouw Wevers aan in bed. Haar vriend beent onrustig heen en weer en maakt zich duidelijk zorgen. De arts vraagt mevrouw Wevers wat er aan de hand is. Ze blijft lang stil en zucht dan enkele malen. Uiteindelijk maakt ze een gebaar dat ze het niet weet. Haar vriend vertelt dat ze pas is bevallen van hun eerste kind. De zwangerschap was zeer gewenst. Zwangerschap en bevalling verliepen ongecompliceerd. Het moment van ontstaan van de klachten is onduidelijk. Ze is er al een paar dagen niet helemaal bij, maar sinds enkele uren wordt het erger. Ze gebruikt geen medicatie en haar medische voorgeschiedenis is blanco. Ze rookt niet en gebruikt geen drugs. In haar familie komen wel hart- en vaatziekten voor, maar pas op latere leeftijd. Ze zegt zelf, met veel moeite en moeilijk verstaanbaar, dat er niets aan de hand is en dat het wel weer over zal gaan.

De huisarts beschrijft het bewustzijn van mevrouw als helder. Hij meet een bloeddruk van 145/75 mmHg en een regelmatige, aequale polsslag van 72 slagen per minuut. De harttonen zijn normaal en zonder souffles. In haar gelaat is geen krachtsverlies aanwezig. Het krachtsverlies in haar ledematen lijkt bij onderzoek te wisselen. De arts gaat ervan uit dat ze de test niet goed begrijpt en legt deze daarom nog eens uit. Het krachtsverlies blijft echter wisselend aanwezig, waarbij de arts twijfelt of er een gering links-rechtsverschil is ten nadele van links. Ze kan niet gaan staan. Zitten lukt haar wel, maar dan moet haar vriend haar vasthouden, anders valt ze naar links.

Vanwege de verergering van de klachten besluit de huisarts mevrouw Wevers direct naar de neuroloog te sturen met de verdenking bloedig CVA. Ze schrikt hiervan en wil eigenlijk niet naar het ziekenhuis. Na enige druk van partner en arts stemt ze toch in. In het ziekenhuis wordt na uitgebreid aanvullend onderzoek uiteindelijk geen verklaring gevonden voor haar klachten en de diagnose conversiestoornis wordt gesteld. Mevrouw Wevers stemt in met verdere begeleiding door een psycholoog.

PREVALENTIE EN RISICOFACTOREN

Er is weinig bekend over de exacte prevalentie van conversiestoornissen. Dit heeft vooral te maken met het gebruik van verschillende definities en onderzoekspopulaties en de moeilijke, weinig harde diagnose.[7] In de algemene bevolking is een conversiestoornis vrij zeldzaam (0,01-0,03%); in de medische setting wordt de prevalentie hoger geschat (0,7-5%).[1,8] Er zijn geen cijfers bekend over het vóórkomen op de huisartsenpost. Conversie kan optreden bij zowel mannen als vrouwen in alle leeftijden en in alle lagen van de bevolking. Toch lijkt conversie het meest voor te komen bij vrouwen in de leeftijd tussen 10 en 35 jaar.[2,9] Patiënten met een borderline-persoonlijkheidsstoornis of passief-agressieve trekken lopen meer risico op een conversiestoornis, evenals patiënten met een depressie, posttraumatische stressstoornis of trauma in het verleden.[2,10] Ook bestaat er een associatie tussen lage opleiding en het optreden van conversieklachten.[2,11]Ten slotte is er een verband aangetoond tussen vroegkinderlijke traumatisering en de ernst van de conversieverschijnselen.[10,12]

BEOORDELING IN DE DIENSTSITUATIE

Triage door de telefoonassistente

Voor de telefoonassistente is het van belang om in korte tijd een zo duidelijk mogelijk beeld van de toestand en de klachten van de patiënt te krijgen. Deze informatie geeft de assistente een indruk van de urgentie van de zorgvraag en het benodigde type vervolgcontact. Door de diversiteit kunnen conversieklachten passen bij levensbedreigende urgenties (U1) maar ook bij routine-urgenties (U4). Tijdens de ANW-dienst worden vooral acute (verergeringen van) conversieklachten gemeld, zoals verlammingsverschijnselen, pseudocomateuze beelden, pseudo-epileptische insulten en blindheid. Bij deze klachten, die ook kunnen wijzen op levensbedreigende aandoeningen, overlegt de assistente zo snel mogelijk met de telefoonarts. Het achterhalen van het precieze tijdstip van het ontstaan van klachten is belangrijk bij het stellen van de juiste urgentie en kan de arts helpen om te differentiëren tussen een acute neurologische oorzaak en een al wat langer bestaande conversiestoornis.

Beoordeling door de dienstdoende huisarts

Vanwege de brede differentiaaldiagnostiek [**kader 3**][11], waaronder aandoeningen die mogelijk acute zorg nodig hebben, moeten patiënten met conversieklachten altijd door een arts worden beoordeeld. Afhankelijk van de ernst van de klachten volgt een huisvisite of een consult op de huisartsenpost. De gelijkenis met neurologische aandoeningen maakt dat iedere patiënt met conversieklachten beoordeeld zou moeten wor-

Abstract

Uijen AA, Bischoff EWMA. Conversion disorder. Huisarts Wet 2011;54(10):.560-4.

Conversion disorder is a psychiatric condition that presents with neurological symptoms ranging from mild to severe motor and/or sensory symptoms or deficits. In after-hours general practice clinics, it is difficult to establish a diagnosis of conversion disorder with exclusion of somatic causes because of the short consultation with an unknown patient who often presents with acute symptoms. Conversion disorder is associated with conflict or other stressful factors, and if suspected, it is worthwhile asking about the patient's psychological condition and possible stressors. The patient's medical record might also provide additional information. On physical examination, conversion disorder can be distinguished from acute somatic illnesses by symptoms or deficits that are variable and inconsistent, or that cannot be objectified. Even so, it is difficult for the general practitioner on duty to distinguish accurately between conversion disorder and somatic illnesses. Referral to hospital is indicated if there is doubt about the diagnosis or if the patient or relatives are severely agitated or anxious. If the patient is not referred to hospital, a brief explanation of the cause and course of symptoms and good feedback to the patient's own doctor form an important basis for further treatment.

Kader 1 Diagnostische criteria voor conversiestoornis volgens DSM-IV[4]

A. Een of meer symptomen of afwijkingen van de lichaamsmotoriek of zintuigen die veroorzaakt lijken te zijn door een neurologische of algemene somatische aandoening.
B. Er zijn psychologische factoren te vinden bij de symptomen of gebreken, omdat de uiting van de symptomen wordt voorafgegaan door conflicten of andere stressfactoren.
C. De symptomen zijn niet met opzet nagebootst of opgewekt (zoals bij een nagebootste stoornis of simulatie).
D. De symptomen of gebreken kunnen na onderzoek niet volledig worden verklaard door een somatische aandoening, de directe effecten van inname van een substantie of als cultureel bepaald gedrag.
E. De symptomen of gebreken veroorzaken klinisch duidelijk lijden of problemen in de sociale omgang, op het werk of op andere belangrijke terreinen of vereisen medische evaluatie.
F. De symptomen of gebreken beperken zich niet tot pijn of seksuele disfuncties, treden niet uitsluitend op als onderdeel van een somatisatiestoornis en kunnen niet worden verklaard door een andere psychische aandoening.

Kader 2 Veelvoorkomende symptomen van conversiestoornis[2]

Motorische symptomen
- Paralyse
- Parese
- Afonie
- Verstoorde balans
- Urineretentie
- Epileptische aanval
- Coma

Sensorische symptomen
- Paresthesieën
- Blindheid
- Doofheid
- Hallucinaties
- Wegrakingen

den alsof de klachten een organische oorzaak hebben. Goede kennis van de symptomatologie van acute neurologische aandoeningen is hiervoor noodzakelijk. De anamnese richt zich vooral op het in kaart brengen van de klachten, de aanwezigheid van risicofactoren, het medicatiegebruik en de voorgeschiedenis. Tijdens de anamnese zijn er vaak signalen die de huisarts op het spoor van conversie kunnen brengen: onderliggende psychiatrische aandoeningen als depressie of persoonlijkheidsstoornissen en recente conflicten of stressfactoren. Het verrichten van een heteroanamnese bij een partner of familielid kan voor het verkrijgen van deze informatie waardevol zijn. Ook kan de huisarts getuige zijn van 'la belle indifférence': de patiënt kan zich presenteren met een schijnbaar emotionele onverschilligheid, terwijl naasten erg angstig en ongerust zijn.[5,13,14] Ook bij mevrouw Wevers uit de casus was dit het geval. Dit verschijnsel is echter niet pathognomisch.

Bij het lichamelijk onderzoek krijgt de arts een indruk van het bewustzijn van de patiënt. Hij meet de bloeddruk en polsslag, ausculteert het hart, onderzoekt de kracht en sensibiliteit van ledematen en gelaatsmusculatuur en onderzoekt het gezichtsveld. Bovendien inspecteert de arts de stand van de ogen en de mond en let hij op de spraak. Bij het onderzoek kan hij ook signalen opvangen die wijzen op een conversiestoornis [**kader 4**].[2,15] Conversieklachten wijken af van de normale neurologische patronen – zo lijkt in de casus het krachtsverlies bij onderzoek te wisselen – en kunnen zijn gebaseerd op de opvattingen van de patiënt over het menselijk lichaam.[5,16] Bij verlammingsverschijnselen van het been kan de huisarts het teken van Hoover testen.[17,18] Een poging van de patiënt om het aangedane been vanuit liggende positie op te heffen zal bij gezonde mensen en mensen met een organische verlamming leiden tot een tegengestelde neerwaartse druk in het gezonde been. Deze tegendruk wordt veroorzaakt door een reflex en is te voelen door de hand onder de hak van het gezonde been te plaatsen. Afwezigheid van deze tegendruk kan een aanwijzing zijn voor een conversiestoornis. Als de arts een conversieve parese van de arm vermoedt, kan hij in een snelle en vloeiende beweging de hand van de aangedane arm tot boven het gezicht van de patiënt brengen en laten vallen. Bij conversie zal de patiënt zorgen dat de hand niet op het gezicht valt.[19]

Beleid door de dienstdoende huisarts

Het is vaak erg moeilijk om op basis van alleen anamnese en lichamelijk onderzoek een acute neurologische aandoening te onderscheiden van een conversiestoornis. Dit is extra moeilijk als conversieklachten optreden bij patiënten die eerder een neurologische aandoening hebben gehad. Bij een acute presentatie waarbij de huisarts een neurologische aandoening niet volledig kan uitsluiten is verwijzing naar de neuroloog dan ook altijd noodzakelijk. Ook kan angst of ongerustheid bij de patiënt of de omgeving een rol spelen bij de beslissing om te verwijzen. Door aandacht te besteden aan de onderliggende reden voor de angst of ongerustheid kan de huisarts een betere inschatting maken of verwijzing om deze reden noodzakelijk is.

De dienstdoende huisarts zal niet alle patiënten met een conversiestoornis overleggen met de specialist. Zo kan een lage a-priorikans op ernstige pathologie de huisarts doen besluiten om de patiënt niet in te sturen. Bij jongeren is de kans op ernstige somatiek bijvoorbeeld veel lager dan bij ouderen.[20] Bij jonge patiënten zonder risicofactoren voor cardiovasculaire problematiek maar met een wisselende klachtenpresentatie zal de huisarts dus sneller geneigd zijn een afwachtend beleid te voeren. Een voorgeschiedenis van meerdere episodes van conversieklachten versterkt dit besluit. Daarnaast bestaan er kortdurende conversiebeelden, zoals een pseudocoma of een pseudo-epileptisch insult, die spontaan herstellen en geen directe verwijzing nodig hebben. Als de patiënt niet wordt verwezen, is het belangrijk aandacht te besteden aan de angsten en ongerustheid. Door hierbij tevens de naasten van de patiënt te betrekken kan de arts ook hun ongerustheid wegnemen en het vangnet rondom de patiënt verstevigen. Goede uitleg over de oorzaak en het beloop in de acute situatie begunstigen het herstel.[11,16] Bovendien wordt zo een basis gelegd voor verdere begeleiding door de eigen huisarts. Door de klachten en de gevonden lichamelijke afwijkingen te benoemen en uit te leggen dat deze niet zijn te verklaren door een

Kader 3 Differentiaaldiagnose van een conversiestoornis[11]

- Organische neurologische aandoening (onder andere CVA, epilepsie)
- (Postpartum) psychose
- Somatisatie: terugkerende lichamelijke klachten over een langdurige periode waarvoor geen lichamelijke oorzaak wordt gevonden.
- Münchhausensyndroom: de patiënt presenteert zich bij een hulpverlener met gefingeerde klachten of zelf toegebrachte verwondingen. De hulpverlener wordt bewust misleid.
- Hypochondrie: chronische preoccupatie of overmatige angst om een ernstige lichamelijke ziekte te hebben.

neurologische aandoening kunnen angst en onrust verminderen. De huisarts kan bijvoorbeeld uitleggen dat de hersenen de spieren en de zenuwen aansturen, maar dat acute stress deze aansturing kan blokkeren. Dit kan hij verduidelijken door het gebruik van metaforen (bijvoorbeeld *overbelasting geeft kortsluiting van het elektrische systeem*) of uitdrukkingen (bijvoorbeeld *verlamd door de angst*). Het is belangrijk te vermelden dat de patiënt hierop zelf geen invloed heeft. Zo laat hij de patiënt in zijn waarde.

De prognose van conversieklachten varieert enorm.[15,21,22] Volledig of gedeeltelijk herstel kan optreden binnen dagen tot maanden. Factoren die van invloed zijn op een gunstige prognose zijn een acuut begin, de aanwezigheid van stressoren aan het begin van de presentatie, een korte duur tussen diagnose en behandeling, een hoge mate van intelligentie, de afwezigheid van andere psychiatrische aandoeningen en afonie als presentatie. Daarentegen beïnvloeden convulsie en paralyse als presentatie, leeftijd boven de 40 jaar en langdurige klachten de prognose negatief.

De dienstdoende huisarts adviseert de patiënt de volgende dag contact op te nemen met diens eigen huisarts voor het bepalen van verder beleid, bijvoorbeeld het starten van medicamenteuze behandeling bij aanwezigheid van een onderliggende depressie en/of verwijzing voor gedragstherapeutische begeleiding in combinatie met fysiotherapie of hypnose.[23-25] Een goede overdracht door de dienstdoende arts naar de eigen huisarts is essentieel.

BEOORDELING DOOR DE SPECIALIST

Gezien de gelijkenis tussen conversieklachten en acute neurologische aandoeningen zal een verwijzing bijna altijd naar een neuroloog zijn. Als de dienstdoende huisarts een conversiestoornis vermoedt, is het belangrijk dat hij dit ook communiceert naar de dienstdoende specialist. Het grote voordeel van een beoordeling in het ziekenhuis is de mogelijkheid voor aanvullende diagnostiek. De ontwikkeling van betrouwbaardere diagnostische procedures, waaronder computertomografie (CT) van de hersenen en het meten van motorische en/of sensorische evoked potentials middels EEG, heeft ertoe bijgedragen dat het uitsluiten van neurologische aandoeningen met meer zekerheid plaatsvindt en dat het aantal fout-positieve patiënten met een conversiestoornis duidelijk is gedaald in de laatste decennia.[1,8,26] Er bestaan echter somatische aandoeningen die in de beginfase moeilijk te objectiveren klachten tonen die in wisselende mate aanwezig kunnen zijn, bijvoorbeeld multiple sclerose of de ziekte van Huntington. Ook in het ziekenhuis kunnen patiënten met deze aandoeningen in de prodromale fase ten onrechte de diagnose conversiestoornis krijgen.[8]

Kader 4 Klinische kenmerken die wijzen op een conversiestoornis[2,15]

Paralyse/parese
- Positief teken van Hoover
- Normale reflexen
- Ontbreken van fasciculaties
- Bij het lopen sleept het aangedane been achter het lichaam aan
- Tijdens de slaap beweegt de aangedane ledemaat normaal
- Aanwezigheid van discrete houdingscorrecties om de balans te behouden
- Afwezigheid van flexie van de aangedane arm (bij een neurologische aandoening is de aangedane arm vaak geflecteerd)

Blindheid
- Normale pupilreactie aan beide ogen
- Blindheid is selectief en leidt niet tot botsingen. Patiënt kan vaak nog eten zonder hulp

Epileptische aanval
- Alleen aanvallen als er 'publiek' aanwezig is
- Schreeuwen tijdens de gehele epileptische aanval
- Geen tongbeet of urine-incontinentie
- Geen postictale fase

Coma
- Etiologie van coma is onduidelijk
- Horizontale saccadische oogbewegingen (in plaats van nystagmus)
- Ogen worden geforceerd dicht gehouden
- Oculovestibulaire reflex (inspuiten van ten minste 20 ml ijswater in de uitwendige gehoorgang waarbij het hoofd 30 graden is geflecteerd) leidt tot overgeven, grimassen of signalen van discomfort

HUISARTSENPOST VERSUS DAGELIJKSE PRAKTIJK

De unieke situatie op de huisartsenpost maakt dat de dienstdoende huisarts mogelijk anders handelt bij een patiënt met een conversiestoornis dan de huisarts in de dagelijkse praktijk. Het uitsluiten van een somatische oorzaak vormt in beide situaties echter altijd de eerste stap. Op de huisartsenpost is het moeilijk het onderscheid te maken tussen een conversiestoornis en een somatische aandoening doordat de dienstdoende huisarts de patiënt niet kent. De psychische toestand, eventuele stressoren, sociale situatie en risicofactoren voor een somatische aandoening of een conversiestoornis zijn voor de dienstdoende arts vaak onbekend. Daarnaast roept een conversiestoornis bij behandelaars vaak negatieve reacties op van frustratie en ongeloof.[1] Deze reacties treden wellicht sneller op bij onbekende patiënten. In de dagelijkse praktijk kan de huisarts bij een patiënt met een mogelijke conversiestoornis makkelijker een afwachtend beleid hanteren. Door af te spreken om terug te komen en zo het klinische beeld te volgen kan de huisarts bij een tweede contact alsnog besluiten de patiënt in te sturen. Op de huisartsenpost zijn de mogelijkheden hiervoor beperkter. De huisarts zal hierdoor geneigd zijn om defensiever te werken en de patiënt met een conversiestoornis sneller naar de neuroloog te verwijzen dan in de eigen praktijksituatie. Dit defensieve gedrag wordt nog eens versterkt doordat een groot

deel van de tuchtklachten tegen dienstdoende huisartsen is.[27] Bovendien accepteert de patiënt (en diens omgeving) de diagnose conversiestoornis mogelijk sneller van de eigen huisarts dan van een onbekende dienstdoende huisarts met wie hij niet zo'n sterke vertrouwensband heeft.

TEN SLOTTE

Hoewel de anamnese en het lichamelijke onderzoek veel signalen kunnen bevatten die wijzen op een conversiestoornis zal ook het pluis/niet-pluisgevoel van de huisarts een grote rol spelen bij het stellen van de diagnose. Een jonge huisarts met weinig ervaring zal tijdens de ANW-dienst wellicht sneller geneigd zijn om een patiënt met mogelijke conversieklachten te verwijzen naar het ziekenhuis. In de eigen praktijk kan de huisarts de verwezen patiënt gemakkelijk volgen, maar doordat de dienstdoende arts geen terugkoppeling krijgt over de uiteindelijke diagnose komt hij niet te weten of zijn vermoedens terecht waren. Door eventueel aan het einde van de dienst zelf contact op te nemen met de specialist over de eerder verwezen patiënt of door later de eigen huisarts van de patiënt te raadplegen kan deze informatie wel worden verkregen. Zo neemt de ervaring van de huisarts toe.

Om onnodige opnames in het ziekenhuis te voorkomen, is het van belang dat de eigen huisarts het bestaan van een conversiestoornis doorgeeft aan de huisartsenpost door bijvoorbeeld een memo te sturen. Op veel huisartsenposten is het reeds mogelijk om informatie uit het medisch dossier van de patiënt in te zien. Hierdoor is de dienstdoende huisarts beter geïnformeerd over morbiditeit, risicofactoren, de psychische toestand en eventuele stressoren van de 'onbekende' patiënt. Deze extra signalen kunnen de dienstdoende huisarts meer zekerheid geven bij het stellen van de diagnose conversiestoornis.

DANKBETUIGING

Wij danken P.L. Lucassen, huisarts te Bakel en senior onderzoeker van de afdeling Eerstelijnsgeneeskunde van het UMC St Radboud te Nijmegen, en H.A. Droogleever Fortuyn, psychiater van de afdeling Psychiatrie van het UMC St Radboud te Nijmegen, voor hun kritische commentaar. ■

Deze nascholing maakt deel uit van de serie 'Acute geneeskunde'. Afleveringen in deze serie verschijnen eens per kwartaal.

LITERATUUR

1 Hengelveld MW, Van Balkom AJLM (redactie). Leerboek Psychiatrie. Tweede druk. Utrecht: De Tijdstroom, 2008
2 Parobek VM. Distinguishing conversion disorder from neurologic impairment. J Neurosci Nurs 1997;29:128-34.
3 Van der Feltz-Cornelis C, Van der Horst H (redactie). Handboek Somatisatie. Lichamelijk onverklaarde klachten in de eerste en tweede lijn. Utrecht: De Tijdstroom, 2003.
4 American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th rev. ed. Washington DC: American Psychiatric Association, 2000.
5 Oyama O, Paltoo C, Greengold J. Somatoform disorders. Am Fam Physician 2007;76:1333-8.
6 Van Houdenhove B. Somatoforme stoornissen. Tijdschr Psychiatr 2001;43:83-93.
7 Ruddy R, House A. Psychosocial interventions for conversion disorder. Cochrane Database Syst Rev 2005, Issue 4. Art. No.: CD005331.
8 Van Beilen M, Leenders K. Functionele bewegingsstoornissen. TNN 2005;106:100-7.
9 Vroomen PC, Buddingh MK, Luijckx GJ, De Keyser J. The incidence of stroke mimics among stroke department admissions in relation to age group. J Stroke Cerebrovasc Dis 2008;17:418-22.
10 Bowman ES, Markand ON. Psychodynamics and psychiatric diagnoses of pseudoseizure subjects. Am J Psychiatry 1996;153:57-63.
11 Owens C, Dein S. Conversion disorder: the modern hysteria. Advan Psychiatr Treat 2006;12:152-7.
12 Roelofs K, Spinhoven P, Sandijck P, Moene FC, Hoogduin KA. The impact of early trauma and recent life-events on symptom severity in patiënts with conversion disorder. J Nerv Ment Dis 2005;193:508-14.
13 Gould R, Miller BL, Goldberg MA, Benson DF. The validity of hysterical signs and symptoms. J Nerv Ment Dis 1986;174:593-7.
14 Stone J, Smyth R, Carson A, Warlow C, Sharpe M. La belle indifference in conversion symptoms and hysteria: systematic review. Br J Psychiatry 2006;188:204-9.
15 Krem MM. Motor conversion disorders reviewed from a neuropsychiatric perspective. J Clin Psychiatry 2004;65:783-90.
16 Hurwitz TA. Somatization and conversion disorder. Can J Psychiatry 2004;49:172-8.
17 Koehler PJ, Okun MS. Important observations prior to the description of the Hoover sign. Neurology 2004;63:1693-7.
18 Stone J, Sharpe M. Hoover's sign. Pract Neurol 2001;1:50-3.
19 Sadock BJ, Kaplan HI, Sadock VA. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. 10th edition. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2007.
20 Giesen P, Mokkink H, Ophey G, Drijver R, Grol R, Van den Bosch W. Hoe urgent is de gepresenteerde morbiditeit op de Centrale Huisartsenpost? Huisarts Wet 2005;48:207-10.
21 Mace CJ, Trimble MR. Ten-year prognosis of conversion disorder. Br J Psychiatry 1996;169:282-8.
22 Ron M. The prognosis of hysteria/somatization disorder. Contemporary approaches to the study of hysteria. Oxford: Oxford University Press, 2001.
23 Kroenke K. Efficacy of treatment for somatoform disorders: a review of randomized controlled trials. Psychosom Med 2007;69:881-8.
24 Moene FC, Spinhoven P, Hoogduin KA, Van Dyck R. A randomised controlled clinical trial on the additional effect of hypnosis in a comprehensive treatment programme for in-patients with conversion disorder of the motor type. Psychother Psychosom 2002;71:66-76.
25 Moene FC, Spinhoven P, Hoogduin KA, Van Dyck R. A randomized controlled clinical trial of a hypnosis-based treatment for patients with conversion disorder, motor type. Int J Clin Exp Hypn 2003;51:29-50.
26 Stone J, Smyth R, Carson A, Lewis S, Prescott R, Warlow C, et al. Systematic review of misdiagnosis of conversion symptoms and 'hysteria'. BMJ 2005;331:989.
27 Leusden-Donker MB, Jongerius P, Hubben J. Huisarts en tuchtrecht 1997-2007. Groningen: Sdu, 2008.