

Multidisciplinaire aanpak van functionele bewegingsstoornissen

Tjerk Lagrand, Bart van Buchem, Lenny Marapin, Lineke Tak, Marleen Tibben, Marina de Koning-Tijssen, Jeannette Gelauff

Drs. T.J. Lagrand, fellow neurologist, Princess Alexandra Hospital, Department of Neurology, Brisbane

B.F. van Buchem, MPT, psychosomatisch fysiotherapeut, Praktijk Noorder Spaarne, Haarlem

Drs. R.S. Marapin, MD-PhD kandidaat, afdeling neurologie, Universitair Medisch Centrum Groningen

Dr. L.M. Tak, psychiater, Dimence, Specialistisch Centrum SOLK & Somatisch-symptoomstoornissen, Deventer

Drs. M.I. Tibben, Manager Expertisecentrum Functionele Bewegingsstoornissen/GZ-psycholoog, HSK Groep, Expertisecentrum Functionele Bewegingsstoornissen

Prof. dr. M.A.J. de Koning-Tijssen, neuroloog, Rijksuniversiteit Groningen, UMCG, Expertisecentrum bewegingsstoornissen, Groningen

Dr. J.M. Gelauff, arts in opleiding tot neuroloog, Amsterdam UMC, locatie VUmc, Amsterdam

Inleiding

Functionele bewegingsstoornissen (FBS) zijn veelvoorkomende en invaliderende neurologische ziektebeelden met een forse impact op het dagelijks functioneren van patiënten die eraan lijden. Gezien de complexe en multifactoriële aard is het vanzelfsprekend dat er een team van verschillende specialisten betrokken is bij de behandeling van FBS. De behandeling begint bij de neuroloog, die de diagnose stelt op grond van positieve kenmerken (*rule-in*) en deze vervolgens ook aan de patiënt en eventuele naasten uitlegt (zie ook het artikel Functionele bewegingsstoornissen in *Nervus* 2021-3). Hierbij kan het geven van extra achtergrondinformatie nuttig zijn. Bij de volgende stap komen de interventies aan bod, waarbij fysiotherapie een primaire rol bij de behandeling speelt gezien de positieve en bewezen behandeluitkomsten hiervan. Als andere disciplines, zoals psychotherapie en ergotherapie, geïndiceerd zijn, kunnen deze ook meegenomen worden in het multidisciplinaire traject, zo nodig in een revalidatiesetting. Functionele bewegingsstoornissen zijn in principe

reversibel, mits de diagnose op tijd wordt gesteld en er gerichte behandeling wordt gegeven.

Een belangrijke uitdaging in het realiseren van dergelijke multidisciplinaire trajecten voor patiënten met FBS is dat behandelingen niet altijd voorhanden zijn, en als ze dat wel zijn, lang niet altijd makkelijk vindbaar. Daarnaast hebben de betrokken disciplines vaak weinig kennis van wat de ander kan bieden. Ten slotte is een gebrek aan vertrouwen van patiënten in het nut van de behandeling een noemenswaardig obstakel. Het is daarom niet verassend dat de prognose van FBS op dit moment over het algemeen nog steeds slecht is.¹ Deze uitdagingen onderschrijven het belang van betere kennis van de huidige behandelmogelijkheden en ook een betere samenwerking onderling. In dit artikel bespreken we kaders voor de multidisciplinaire aanpak van FBS.

De rol van de neuroloog

De rol van de neuroloog in de diagnostiek van FBS is onmiskenbaar, zo blijkt onder meer uit uitkomsten van vragenlijsten onder nationale en internationale neurologen.^{2,3} Er is geen andere specialist die een bewegingsstoornis met een functionele origine kan onderscheiden van een niet-functionele bewegingsstoornis en daarnaast kan uitleggen hoe de diagnose precies tot stand is gekomen. In een goede uitleg schuilt ook de eerste stap van de behandeling (zie het kader 'De rol van de neuroloog bij de behandeling van FBS'); immers, als de patiënt geen heldere diagnose krijgt zal deze op zoek blijven naar een verklaring voor de klachten en weinig vertrouwen hebben in de voorgestelde behandeling.

Behandeling

De behandeling van FBS door de neuroloog begint eigenlijk al bij het afnemen van de anamnese. Niet zelden hebben patiënten met FBS ook andere lichamelijke of psychische klachten, zoals pijn of angst, die grote impact op hun dagelijks leven hebben.⁴ Slechte ervaringen

De rol van de neuroloog bij de behandeling van FBS

1. diagnose benoemen	'Uw klachten passen bij een functionele bewegingsstoornis.'
2. diagnose uitleggen	'Bij FBS is er een probleem in de verwerking en aansturing van beweging vanuit de hersenen. De hersenen interpreteren de signalen vanuit het lichaam niet helemaal goed en reageren ook anders dan normaal, wat zich kan uiten in bijvoorbeeld trillen of een standsafwijking.'
3. uitleggen hoe u tot de diagnose bent gekomen	'De diagnose functionele bewegingsstoornis is bij u gesteld op basis van positieve symptomen. Een voorbeeld is dat het trillen bij u verdween terwijl u een rekensom aan het oplossen was en de richting van de tremor veranderde toen u uw handen voor de borst hield. Dit soort symptomen past bij FBS en niet bij andere bewegingsstoornissen.'
4. multifactoriële etiologie benoemen	'Voor FBS zijn, net als bij andere aandoeningen, aanlegfactoren, uitlokkende factoren en onderhoudende factoren betrokken bij het ontstaan. <i>Aanlegfactoren</i> zijn niet allemaal bekend, maar vaak lijkt het een combinatie te zijn van aangeboren en omgevingsfactoren die gedurende het leven invloed hebben op de gezondheid. Voorbeelden zijn een ernstige ziekte doormaken op jonge leeftijd, of een ouder met een functionele stoornis. <i>Uitlokkende factoren</i> bij FBS kunnen lichamelijke van aard zijn, zoals een auto-ongeluk of een infectie, maar ook psychisch van aard zijn, zoals een stressvolle situatie. Soms is er geen duidelijk uitlokkende factor aanwezig. Bij sommige patiënten zorgen <i>onderhoudende factoren</i> ervoor dat de symptomen chronisch worden. Zo kan pijn ervoor zorgen, dat iemand zich minder gaat belasten, de conditie verslechtert en hierdoor juist chronische pijn ontstaat. Ook bezorgdheid over de diagnose kan klachten (gedeeltelijk) in stand houden.'
5. belang van verschillende behandelingen uitleggen	'De aanpak van FBS is erop gericht de aansturing van de bewegingen te herstellen. We willen ervoor zorgen dat de bewegingen weer "automatisch" worden. Daarnaast is het zaak om voor de individuele patiënt te zoeken naar factoren die verbetering in de weg staan en factoren die het herstel juist bevorderen.'
6. informatie aanbieden	'Op internet is er veel goede informatie over FBS te vinden. Op de sites www.functionelebewegingsstoornissen.nl en www.neurosymptoms.org kunt u meer lezen over het ontstaan, de diagnose en behandelopties van uw specifieke bewegingsstoornis.'
7. follow-up uitzetten	Het is goed om na het eerste gesprek de diagnose even te laten bezinken. Bel bijvoorbeeld na twee weken even op om te zien hoe patiënt tegenover de diagnose staat, of er nog vragen of onduidelijkheden zijn, en om verwijzing voor vervolgbehandeling te bespreken.
8. brief versturen	Verstuur uw brief niet alleen naar de verwijzer, maar ook aan patiënt zelf en alle therapeuten die bij de behandeling betrokken zijn (mits toestemming).

gen in het 'zich gehoord voelen' kunnen een belangrijke barrière vormen in het verdere behandeltraject. Het is invoelbaar dat een patiënt de diagnose niet volledig aanneemt als niet alle klachten waar hij last van heeft hierin zijn meegenomen of als hij van andere zorgverleners alternatieve verklaringen heeft gekregen. Deze problemen zijn vaak makkelijk te voorkomen door simpele tips als 1 een lijst maken van alle verschillende symptomen 2 het vragen naar wat iemand zelf denkt wat er speelt en 3 het vragen naar wat voorgaande dokters hebben uitgelegd.⁵ Tijdmanagement is hierbij natuurlijk een uitdaging, maar een goed uitgevoerd eerste gesprek

levert vrijwel altijd tijdswinst op in het vervolgtraject. Vervolgens helpt het om tijdens het neurologisch onderzoek patiënten op hun positieve symptomen te attenderen.⁶ Dit moet uiteraard niet gezien worden als 'ontmaskering van de patiënt', maar het therapeutische effect schuilt in het laten zien wat aandacht en afleiding met klachten kunnen doen en wijst patiënten op de potentiële reversibiliteit van de stoornis. Hierna is het de taak van de neuroloog om te vertellen dat de patiënt een functionele bewegingsstoornis heeft en uit te leggen wat dit precies inhoudt. Duidelijk maken dat FBS multifactoriële aandoeningen zijn, erg veel voorkomen en

INTERDISCIPLINAIRE SYNERGIE

dat patiënten niet gek zijn of simuleren, zijn essentieel en versterken de arts-patiëntrelatie.

Het is voor de neuroloog zaak om factoren die de klachten hebben uitgelokt of in stand houden boven tafel te krijgen en deze met de patiënt te bespreken om vervolgens het juiste behandeltraject te kiezen.⁷ Dit kan bestaan uit een verwijzing naar een fysiotherapeut, psycholoog of een multidisciplinaire behandeling. Om de behandeling goed te laten aansluiten op de uitleg en adviezen van de neuroloog, is het nodig dat de neuroloog enige kennis heeft over de inhoud van de behandelopties en is het bevorderlijk een uitgebreide verwijzing naar de therapeut mee te sturen.

Een gerandomiseerde Nederlandse studie liet zien dat na een bezoek aan een gespecialiseerde neuroloog die de diagnose uitgebreid uitlegt, vervolgspraken bij die neuroloog geen positief effect hebben op de uitkomst.⁸ De ervaring leert echter dat voor een goede uitleg vaak tijd nodig is, en vervolgbehandelingen niet altijd direct beschikbaar zijn. Derhalve is een vervolgspraak wel vaak erg behulpzaam. Zelfhulp blijkt geen op zichzelf staande, effectieve behandeling te zijn. Uit onze gerandomiseerde studie naar het effect van zelfhulp en educatie via een website bleek dat dit geen effectieve behandeling op zich is, maar dat patiënten wel behoefte hebben aan aanvullende informatie.⁹ Het gebruik van geschreven of online-informatie kan de weg vrijmaken voor een gerichte behandeling (zie het kader 'Patiënten verwijzen').

Patiënten verwijzen

- informatie FBS: www.functionelebewegingsstoornissen.nl
- informatie functionele neurologische stoornis (FNS): www.neurosymptoms.org (Engelstalig)
- fysiotherapeuten gespecialiseerd in FBS via de zorgzoeker van Stichting FNS: www.stichtingfns.nl/fns-net/
- expertisecentrum behandeling FBS HSK: <https://www.hsk.nl/client/psychische-klachten/functionele-stoornis/>
- behandelcentra (GGZ, revalidatie, paramedici) via de zorgzoeker van NALK (Netwerk Aanhoudende Lichamelijke Klachten): <https://nalk.info/zorgkaart/>

Fysiotherapie

Er is steeds meer ervaring met fysiotherapie voor functionele bewegingsstoornissen, en de effectiviteit ervan wordt ondersteund door een toenemend aantal

publicaties waaronder een gerandomiseerde studie.¹⁰

De behandeling bestaat uit twee fasen waarbij de eerste fase gericht is op klachtenreductie en de tweede fase op terugvalpreventie. Om klachtenreductie te bewerkstelligen wordt de in stand houdende cirkel doorbroken. In de behandeling staan verschillende elementen centraal. Positieve beweegervaringen opdoen zonder dat hierbij aandacht op het probleem wordt gevestigd is daar één van. Daarnaast wordt gewerkt aan de verwachting van herstel, emotieregulatie en een beleving van controle krijgen (*sense of agency*).¹¹⁻¹³

De therapeut verzamelt in een vraaggesprek eerst alle noodzakelijke informatie om in de behandeling een persoonlijke aanpak te kunnen bieden. Uit onderzoek weten we inmiddels dat er niet één typische FBS-patiënt bestaat.¹⁴ Van pijn en vermoeidheid is bekend dat het de behandeling kan bemoeilijken. Psychologische problemen zijn voor deze fase van behandeling vaak juist niet leidend.¹ De therapeut richt zich primair op de beweegproblemen en stelt zich positief realistisch op. Tijdens het onderzoek worden de inconsistentie en incongruentie van symptomen in beeld gebracht. Dit wordt op een positieve wijze aan de patiënt gepresenteerd: 'Herstel is mogelijk'.⁶

Er wordt gebruikgemaakt van beweegvormen die een beroep doen op automatismen zoals sport, (computer) spel of dans. Aandacht speelt een cruciale rol in het onderhouden of verergeren van symptomen, daarom kunnen afleiding en *entrainment* gebruikt worden in de therapie. Door vooral focus te leggen op de intacte beweegmogelijkheden, ontstaat een beleving van controle.¹⁵ Om te zorgen dat bewegingen kunnen worden ingesloten in het dagelijks leven en de patiënt niet steeds vastloopt in maladaptieve patronen, worden gedragstherapeutische strategieën toegepast. Daarbij worden gewilde responsen bekrachtigd (operante conditionering). Door de ervaringen in de therapie (vaak zowel wat betreft bewegen als gevoel) kan de patiënt zijn verwachting over herstel positief bijstellen. Gedurende het proces geeft de therapeut waar nodig houvast voor emotieregulatie. Denk hierbij aan adem- en ontspanningsoefeningen.

De tweede fase van de behandeling gaat over terugvalpreventie. Het komt regelmatig voor dat patiënten na initiële verbetering toch opnieuw symptomen van FBS ontwikkelen, en het is goed ze hierop voor te bereiden. De therapeut bespreekt wat nodig is om de kans op herhaling of verslechtering te voorkomen. Door gemaakte stappen vast te leggen in een preventieplan, kunnen de eerder gemaakte stappen houvast bieden en zelfredzaamheid vergroten. Soms kan een 'booster'-sessie met de therapeut nodig zijn. Bij onvolledig herstel of

beperkte resultaten verwijst de therapeut terug naar de neuroloog, of door naar een psycholoog.⁷

Psychotherapie

Een volgende belangrijke pijler van de behandeling van FBS is psychotherapie. Psychotherapie is een verzamelnaam voor veel verschillende behandelingen, waaronder psychodynamische psychotherapie, cognitieve gedragstherapie (CGT) en hypnotherapie. Er is geen vergelijkend onderzoek beschikbaar of fysiotherapie dan wel psychotherapie voor FBS effectiever is. Derhalve is ook niet bekend of er patiëntkenmerken zijn die de effectiviteit beïnvloeden. In de praktijk wordt daarom vaak gebruikgemaakt van klinische ervaring en van beschikbaarheid van dergelijke behandelingen bij de keuze voor een therapie. Waarschijnlijk geldt voor een deel van de patiënten dat zij baat hebben bij een combinatie van fysiotherapie en psychotherapie.

Zoals neurologen het vaak moeilijk vinden de diagnose FBS op een neutrale, positieve en inclusieve manier uit te leggen aan patiënten, gelden de onbekendheid en het ongemak ook in de geestelijke gezondheidszorg.¹⁶ Bij psychologen en psychiaters met weinig kennis van recente inzichten over FBS wordt nog te vaak de nadruk gelegd op mogelijke 'onderliggende psychische factoren of conflicten', zonder kennis van de conceptuele veranderingen en effect van symptomatische behandeling. Desalniettemin laten diverse studies naar psychotherapeutische behandeling positieve resultaten zien, zoals hieronder beschreven.¹⁷

Eerstelijns psychotherapie

Psychotherapie wordt gegeven bij GGZ-instellingen en vrijgevestigde psychologen en/of psychiaters. Cognitieve gedragstherapie (CGT) is de meest gangbare vorm van psychotherapie voor veel psychiatrische aandoeningen. Bij deze therapie worden onaangepaste overtuigingen en gedrag (bijvoorbeeld vermijding) uitgedaagd. Er is weinig bewijs van de effectiviteit van CGT voor functionele bewegingsstoornissen, maar in de bredere groep van functionele neurologische stoornissen (inclusief psychogene non-epileptische aanvallen) zijn de resultaten positief.¹⁷ *Acceptance and commitment therapy* (ACT), een nieuwere vorm van gedragstherapie waarin wordt gewerkt aan psychologische flexibiliteit, wordt ook toegepast in de behandeling van FBS. Gezien het effect op onder andere chronische pijn, is het een veelbelovende aanpak, maar met betrekking tot FBS is alleen een kleine cohortstudie verricht.¹⁸

Psychodynamische therapie is de verzamelnaam voor therapieën die zich richten op de verbinding tussen de

symptomen van FBS, emoties en (onbewuste) interpersoonlijke conflicten. Er is weinig hedendaags onderzoek naar het effect van psychodynamische therapie, de therapie heeft haar oorsprong in de negentiende eeuw, maar de kleine studies die er zijn tonen wel positieve resultaten.¹⁷ Mogelijk is de therapie geschikt voor een subgroep van patiënten.

Ten slotte is er hypnosetherapie waarvan in een kleine Nederlandse studie effect is aangetoond.¹⁹ Bij verschillende psychologenpraktijken wordt er gewerkt met een behandelprotocol bestaande uit hypnose, katalepsie en gedragstherapie.²⁰ Bij de behandeling met hypnose bij FBS zoekt de therapeut in samenwerking met de patiënt naar een onverenigbare reactie, bijvoorbeeld een bepaalde beweging die de symptomen belemmert/vermindert. Na een intensieve training met hypnose ontstaat er een vorm van conditionering en kan de patiënt het persoonlijke onverenigbare gevoel ook zonder hypnose opwekken (*cue-conditioning*). Bij katalepsie wordt gebruikgemaakt van langdurig volhouden van lichaamshoudingen. Patiënten leren katalepsie in te zetten om een stabiele houding te bewerkstelligen en deze vast te houden.²⁰ Katalepsie is geschikt voor onwillekeurige bewegingen, krachtsverlies en coördinatiestoornissen. Er is geen wetenschappelijk bewijs voor de effectiviteit van katalepsie bij de behandeling van FBS, maar er zijn in de praktijk goede ervaringen mee.

Multidisciplinaire/tweedelijns therapie in de GGZ

Tweedelijnsbehandeling in de GGZ, meestal bestaande uit multidisciplinaire therapie, is geïndiceerd bij onvoldoende respons op eerdere behandelingen of comorbiditeit met psychische stoornissen waardoor wordt ingeschat dat een monodisciplinaire behandeling onvoldoende effectief zal zijn. Er is weinig wetenschappelijk onderzoek bekend, dus afwegingen worden vaak gemaakt op basis van klinische ervaring en regionale beschikbaarheid.

In Nederland verschillen de multidisciplinaire behandelingen in de GGZ voor FBS. Een overeenkomst is dat vrijwel altijd lichaams- en ervaringsgerichte interventies worden gecombineerd met psychologische interventies. In een multidisciplinaire behandeling staat het hertrainen van de uitgevallen lichaamsfuncties centraal. Ook wordt vaak onderzocht of er somatische of psychische aandoeningen zijn die iemand kwetsbaar zouden kunnen maken voor FBS of terugval zouden kunnen triggeren, zoals (combinaties van) een licht verstandelijke beperking, posttraumatische stressstoornis, persoonlijkheidsstoornis of een autismespectrumstoornis. De behandeling bestaat uit een geperso-

naliseerd behandelplan, waarbij zowel de FBS als de comorbide stoornissen of factoren behandeld worden. In het behandelplan kunnen – afhankelijk van de aanbieder – gezins- of relatietherapie, (lichaamsgerichte) traumatherapie, hypnotherapie, psychomotore therapie, fysiotherapie, CGT, psychotherapie, (afbouwen) farmacotherapie, verpleegkundige begeleiding, zelfbeeld- of assertiviteitstraining in samenhang geboden worden.

Revalidatie

Multidisciplinaire therapie in revalidatiesetting is een effectieve behandeling voor FBS, zo blijkt uit meerdere recente buitenlandse studies.²¹ Idealiter zou behandeling bestaan uit een combinatie van fysio- en psychotherapie, in een multidisciplinair team, onder begeleiding van een revalidatiearts. Helaas is dat in Nederland in veel regio's niet of zeer beperkt beschikbaar, mede vanwege de beperkte mogelijkheid om de behandeling vergoed te krijgen. Hopelijk zal dit in de nabije toekomst veranderen. In de praktijk is het soms mogelijk om in de eerste lijn een dergelijk team te vormen, waarbij er onderling overlegd wordt tussen de behandelaars.

Discussie

In de regel zijn bij patiënten met een functionele bewegingsstoornis meerdere disciplines betrokken. Er is de afgelopen jaren evidente winst geboekt in de diagnostiek en uitleg door de neuroloog, ondersteund door educatief materiaal en websites voor de patiënt. Daarnaast is er in toenemende mate gespecialiseerde behandeling mogelijk door getrainde fysiotherapeuten en psychotherapie en multidisciplinaire therapie in de GGZ. Door deze gewijzigde aanpak, die nog steeds aan verandering onderhevig is, is de infrastructuur nog wel beperkt. Er zijn weinig gespecialiseerde behandelingen beschikbaar en te vaak nog komen patiënten niet terecht bij de juiste zorgverlener. Onze hoop is dat hier de komende jaren verandering in komt, door meer kennis over de aandoening en de verschillende behandelopties bij alle betrokken disciplines, en door een betere onderlinge samenwerking.

Literatuur

1. Gelauff J, Stone J. Prognosis of functional neurologic disorders. *Handb Clin Neurol* 2016;139:523-41.
5. Stone J. Functional neurological disorders: The neurological assessment as treatment. *Pract Neurol* 2016;16(1):7-17.
15. Nielsen G, Stone J, Matthews A, et al. Physiotherapy for functional motor disorders: A consensus recommendation. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2015;86(10):1113-9.
17. Gutkin M, McLean L, Brown R, et al. Systematic review of psychotherapy for adults with functional neurological disorder. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2021;92(1):36-44.
20. Hoogduin CAL, Kleine R de, Minnen A van, et al. Protocollaire behandeling van patiënten met een conversiestoornis (functioneel neurologisch symptoomstoornis). In Keijsers GPJ, Minnen A van, Verbraak MJPM, et al., eds. Protocollaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten (pp. 283-350). Amsterdam: Boom, 2017.

Voor de volledige literatuurlijst wordt verwezen naar www.nervus-online.nl.

Financiële banden

De auteurs hebben geen financiële banden die betrekking hebben op dit onderwerp.