

UIT DE PRAKTIJK

Met deze rubriek willen wij praktijkervaringen uitwisselen. De LVB-praktijk is divers en in elke instelling weer net even anders, maar de thema's van de problemen die zich kunnen voordoen zijn vergelijkbaar. Mail uw reacties en opmerkingen naar redactie@kenniscentrumlvb.nl. Deze keer beschrijven Evelien Beks en Marianne Kasius een casus van een meisje met psychogene niet-epileptische aanvallen en lvb-problematiek.

PSYCHOGENE NIET-EPILEPTISCHE AANVALLEN BIJ EEN 10-JARIG MEISJE MET EEN LICHT VERSTANDELIJKE BEPERKING

*Evelien Beks¹
Marianne Kasius²*

Een conversiestoornis bij kinderen komt regelmatig voor en is een lastige diagnose, aangezien mogelijke lichamelijke oorzaken eerst moeten worden uitgesloten. Conversie kan in verschillende vormen tot uiting komen. Psychogene niet-epileptische aanvallen (PNEA) is een van de uitingsvormen van een conversiestoornis. In de beschreven casus was er op 8-jarige leeftijd sprake van PNEA naast de diagnose licht verstandelijke beperking (LVB), hemiparese en epilepsie. Een klinische behandeling gericht op emotieregulatie, acceptatie van haar diagnoses en daarbij ouderbegeleiding werd geboden met onvoldoende resultaat. In de literatuur is weinig bekend over de behandeling en lange-termijnuitkomst na PNEA bij kinderen met een LVB. Duidelijk is dat de behandeling gericht moet zijn op de uitleg van de psychogene oorzaak en dat een multidisciplinaire aanpak wenselijk is.

Inleiding

Bij een conversiestoornis is er volgens de DSM-5 sprake van veranderingen in de willekeurige motorische en sensorische functies zonder onderliggende somatische aandoening (American Psychiatric Association, 2013). Dit kan zich uiten in verlamingsverschijnselen, visuele verstoringen, doofheid, geheugenverlies, concentratieverlies, abnormale bewegingen of spraak- en slikklachten. De klachten lijken op klachten veroorzaakt door een beschadiging ergens in het lichaam, maar worden veroorzaakt door spanning en stress.

Ook bij kinderen kan een conversiestoornis voorkomen. Meestal begint dit op de tienerleeftijd. Vanaf de adolescentie wordt er een predominantie voor meisjes gezien (Patel et al., 2007). De klachten hebben vaak grote impact op het dagelijks leven van zowel kind, ouders als het hele gezin. Ze kunnen leiden tot schoolverzuim, bedlegerigheid en sociale isolatie. Ook is er risico op onnodig medicatiegebruik en zijn er door veel medische bezoeken en onderzoeken vaak hoge ziektekosten (Baslet, 2012).

¹Evelien Beks is arts-assistent Kinder- en Jeugdpsychiatrie bij de Banjaard, Youz.

²Dr. Marianne Kasius is Kinder- en Jeugdpsychiater bij de Banjaard, Youz.

De Banjaard is een instelling voor diagnostiek en behandeling van kinderen en adolescenten met een licht verstandelijke beperking en een psychiatrische stoornis. Correspondentieadres: m.kasius@youz.nl

In onze casus is er sprake van psychogene niet-epileptische aanvallen (PNEA). PNEA is een mogelijke uitingsvorm van een conversiestoornis (Plioplys et al., 2014). Het zijn paroxysmale veranderingen in het gedrag of bewustzijn die sterk lijken op epilepsie, maar niet gepaard gaan met de elektrofysiologische veranderingen die epilepsie typeren (Bodde et al., 2009). Vaak fungeren deze aanvallen als beschermingsmechanisme om interne stressoren buiten het bewustzijn te houden, zoals herbelevingen na trauma. Mogelijke onderliggende oorzaken van conversiestoornis zijn leerproblemen, familieproblemen, fysieke handicap, stemmingsstoornis en beginnende persoonlijkheidsstoornis (Kanemoto et al., 2017; Patel et al., 2007; Plioplys et al., 2014; Rawat et al., 2015). De incidentie van PNEA bij kinderen is ongeveer 1,5 op 100.000 kinderen per jaar. Gezien de aanvallen op epileptische aanvallen lijken, komen de meeste kinderen in beeld bij de neuroloog. In 25-30% van de opgenomen patiënten in een expertisecentrum voor epilepsie wordt de diagnose PNEA gesteld. 5-40% van deze patiënten heeft daarbij de diagnose epilepsie of epilepsie gehad (Bodde et al., 2009).

In ons behandelcentrum zien we weinig conversiestoornissen bij de kinderen onder de 14 jaar. Bekend is dat kinderen met een LVB zich lastiger kunnen uiten en/of minder communicatieve vaardigheden kunnen hebben (Chapman et al., 2011; Kanemoto et al., 2017; Van Ool, 2018). Dit zou de kans op conversie kunnen vergroten. Toch zien we in ons centrum juist erg weinig conversiestoornissen, waardoor wij ons afvragen of er een andere etiologie, behandeling en prognose van toepassing zijn op onze populatie.

Casus

Onze patiënte is een tienjarig meisje bekend met een hemiparese links en gegeneraliseerde epilepsie, waarvoor ze medicamenteuze behandeling krijgt. Zij groeit op in een volledig gezin en functioneert op licht verstandelijk beperkt niveau. Op school leek ze overvraagd te worden en viel uit door antisociaal gedrag

(spugen, schelden, slaan). Sinds 2 jaar is ze in beeld gekomen bij de GGZ vanwege gedragsproblemen, bestaande uit emotie-regulatieproblemen (woede-aanvallen, theatraal, manipulatief en opstandig gedrag), eetproblemen en slaapproblemen. Ook werd er vanaf die tijd een toename in tonisch-clonische aanvallen gezien, waarvoor er meerdere klinische opnames volgden bij de kinderneurologie. Aldaar werd geen afwijkende hersenactiviteit gevonden tijdens de aanvallen, waarna de diagnose conversiestoornis is gesteld. Bij de ouders bleef echter bij elke aanval twijfel of er geen sprake was van epilepsie.

Inmiddels heeft ze vanwege haar gedrag en de conversiestoornis al enkele jaren geen onderwijs meer. De gezinssituatie is hierdoor ernstig ontregeld en ouders worden overbelast. Na onvoldoende effect van ambulante behandeling middels wekelijkse gesprekken en oefeningen gericht op emotieregulatie en ouderbegeleiding, is er gestart met een klinische behandeling. Tijdens de klinische opname wordt er speltherapie en sociotherapie geboden, gericht op het verbeteren van sociaal-emotionele vaardigheden en het beter in kaart brengen van het onderliggende probleem. Tevens wordt er ouderbegeleiding aangeboden, bestaande uit psycho-educatie en ondersteuning van de ouders. Tijdens de opname wordt er een mager meisje gezien dat bepalend en eisend in het contact is. Zij heeft meerdere keren een periode van niet spreken. Er lijkt een verband tussen het ervaren van negatieve emoties en zichzelf afsluiten in het contact en/of ontstaan van conversie. Daarnaast is er sprake van somatisatie met duidelijke ziekte winst. Ook lijkt er sprake van het niet accepteren van haar parese, waarbij ze het dragen van een spalk weigert. Het aantal niet-epileptische aanvallen is in frequentie en duur toegenomen tijdens de opname, terwijl er geen epileptische aanvallen zijn geweest. Tijdens conversie is zij zowel in de groep gebleven, als in een prikkelarme kamer alleen gelegd. Dit maakte geen duidelijk verschil in duur en ernst van de klachten. Tijdens de aanvallen knipperde zij meestal met haar ogen en was er frequent urineverlies. Ge-

zien de duur en frequentie van de aanvallen, is het niet mogelijk geweest andere metingen te doen zoals uitkomst na therapie.

Het wordt onvoldoende duidelijk wat de onderliggende oorzaak van haar klachten is. Een hypothese is dat de gedragsproblemen en conversie worden veroorzaakt door overvraging van zichzelf en door de omgeving. Mogelijk hangt de problematiek ook samen met de acceptatie van haar hemiparese en conflicten tussen ouders. Uiteindelijk wordt na 7 maanden de behandeling gestaakt, op wens van ouders, terwijl de duur en frequentie van de aanvallen toenamen. Opname in een tertiair centrum wordt geadviseerd, gezien de ernst van de conversieproblematiek naast de aanwezig lichamelijke problematiek. Daarnaast zou systeembehandeling mogelijk verbetering kunnen brengen in haar klachten.

Literatuurstudie

In de literatuur zijn weinig studies bekend over de behandeling en prognose bij kinderen met een PNEA. Er werden geen studies gevonden die onze onderzoeksvraag beantwoorden; etiologie, behandeling en prognose van PNEA bij kinderen met een LVB. De meeste studies naar conversiestoornissen zijn gericht op adolescenten en volwassenen, waarbij een LVB vaak een exclusiecriteria is. Enkele studies richtten zich op LVB bij volwassenen. Daarnaast zijn de meeste studies gedaan vanuit een tertiair neurologisch centrum, zijn retrospectief van aard en bevatten kleine aantallen patiënten.

Etiologie

Enkele studies hebben naar de onderliggende oorzaak van PNEA bij kinderen gekeken. De meest voorkomende onderliggende oorzaak van de conversiestoornis komen hierin overeen en zijn schoolproblemen, familiale problemen of interpersoonlijke conflicten (Irwin, 2000; Patel et al., 2007; Pliopys et al., 2014; Rawat et al., 2015). Daarnaast komt er significant vaker epilepsie voor bij kinderen met PNEA dan bij kinderen zonder PNEA (Durrant et al., 2011;

Patel et al., 2007; Pliopys et al., 2014). Rawat en collega's (2015) toonden aan dat er in hun cohort in de helft van de gevallen sprake was van een psychiatrische stoornis, waaronder LVB en leerproblemen.

Leerproblemen blijken bij kinderen een van de grootste risicofactoren te zijn voor het ontwikkelen van een conversiestoornis, waar bij de adolescenten depressie de grootste onderliggende factor is (LaFrance et al., 2013; Patel et al., 2007; Pliopys et al., 2014; Wyllie, 1999). Daarnaast krijgen de kinderen met een leerprobleem op relatief jongere leeftijd klachten van PNEA in vergelijking met de kinderen waarbij de klachten door fysiek of psychosociaal trauma zijn ontstaan (Kanemoto et al., 2017). Daarnaast rapporteerden meerdere studies minder seksueel misbruik als oorzaak van de conversie bij kinderen met een leerprobleem (Duncan & Oto, 2008; Van Ool, 2018; Pliopys et al., 2014; Patel et al., 2007). Echter is het de vraag of dit ook echt minder voorkomt in deze groep, of alleen minder bekend wordt bij behandelaren.

Vanuit onderzoek bij volwassen patiënten is bekend dat personen met een verstandelijke beperking een groter risico hebben op het ontwikkelen van PNEA bij een conversiestoornis (Van Ool, 2018; Reuber, 2003). Dit kan samenhangen met het feit dat er vaker epilepsie voorkomt bij deze groep, waardoor de diagnose PNEA niet wordt overwogen en de klachten langer onbehandeld blijven (Chapman et al., 2011; Van Ool, 2018). Daarnaast kan gebruik van anti-epileptica gedrag en stemming beïnvloeden, waardoor er eerder conversieklachten ontstaan (Duncan & Oto, 2008; Kanemoto, 2017).

Een andere verklaring voor de hogere frequentie van PNEA bij LVB is het beperkt probleemoplossende vermogen en de beperkte communicatieve vaardigheden waardoor zij zich moeilijk kunnen uiten (Chapman et al., 2011; Kanemoto et al., 2017; Reuber et al., 2003). Zich niet begrepen voelen kan de kans op coping naar conversie namelijk vergroten (Bodde

et al., 2009).

Van Ool en collega's (2018) toonden aan dat er een grotere discrepantie is tussen de domeinen van het IQ bij patiënten met PNEA, waarbij de adaptieve vaardigheden lager scoorden dan de rest van de domeinen. Hierdoor is er een groter risico op overvraging bij deze groep en dus op een mogelijke oorzaak voor conversie. Vaak is er een combinatie van factoren aanwezig waardoor een conversiestoornis ontstaat (Bodde et al., 2009; Van Ool, 2018). Opvallend is dat er bij LVB de PNEA vaker direct na een emotionele trigger plaatsvinden dan bij patiënten zonder een LVB (Duncan & Oto, 2008). Meestal zitten er maanden tot jaren tussen de stressor en de eerste PNEA (Wyllie et al., 1999). Dit suggereert dat er mogelijk een ander mechanisme onder de conversie zit.

Behandeling

Video-EEG wordt gezien als de 'gouden standaard' voor het stellen van de diagnose PNEA, indien een andere lichamelijke oorzaak van de aanvallen, zoals hypoglycemie of stofwisselingsstoornissen, is uitgesloten (Baslet, 2012; LaFrance, 2013; Van Ool, 2018). Echter alleen geruststellen dat het geen epilepsie is, blijkt in de meeste gevallen onvoldoende (Baslet, 2012; LaFrance et al., 2013). Patiënten voelen zich onbegrepen en ontkenning van een psychische oorzaak is een veel voorkomende reactie van ouders (Leary, 2003).

Vaak wordt er hierdoor onnodig veel onderzoek ingezet om een somatische oorzaak uit te sluiten. Goede uitleg over de diagnose is daarom een van de belangrijkste onderdelen van de behandeling.

Patiënt en ouders moeten de diagnose accepteren voordat verdere behandeling succesvol kan zijn.

In de literatuur worden verschillende behandelingen beschreven. De meest toegepaste en onderzochte behandeling is cognitieve gedragstherapie. Daarnaast worden individuele therapie, groepstherapie, systeemtherapie en medicamenteuze therapie beschreven (Bodde et al., 2009; LaFrance et al., 2013). Medi-

camenteuze therapie is met name gericht op de onderliggende stemmingsstoornis (angststoornis of depressie), die vaak behandeld wordt met een SSRI (Bodde et al., 2009; Kerr et al., 2016). Er zijn echter geen studies bekend over behandeling gericht op kinderen met een conversiestoornis en een LVB.

Prognose

Het herstel na PNEA bij volwassenen lijkt in de verschillende studies sterk af te hangen van de hoeveelheid en ernst van de symptomen en daarnaast van de start van behandeling na diagnose. Bij volwassenen met PNEA wordt een slechte prognose beschreven. Reuber en collega's (2003) deden een van de langste follow-up studies, waarbij twee-derde last bleef houden van PNEA. Meerdere studies beschrijven een betere prognose bij kinderen (Durrant et al., 2011; Irwin et al., 2000), mogelijk omdat er nog geen sprake is van een chronisch probleem, door minder ernstige psychopathologie en er al eerder een interventie was ingezet. Er is echter vaker sprake van een chronisch beloop van PNEA bij kinderen als er daarnaast ook epilepsie is vastgesteld (Durrant et al., 2011; Irwin et al., 2000).

Een valkuil is dat de behandeling is gericht op het verminderen van de aanvallen en dus op symptomen (Baslet, 2012). Afname van PNEA is hierdoor geen goede meting voor uitkomst van behandeling, gezien er vaak psychopathologie aanwezig blijft (Durrant et al., 2011; Reuber et al., 2005). De frequentie van de aanvallen kan dan kort na behandeling zijn afgenomen, maar later toch weer zijn toegenomen. Tevens is het mogelijk dat de klachten zich op een andere manier uiten, waardoor er een positieve uitkomst lijkt na behandeling door afname van de PNEA (Bodde et al., 2009).

In meerdere artikelen komt naar voren dat de uitkomst van behandeling beter is als de patiënt zelf ook gelooft dat de aanval psychogeen van origine is en geen epilepsie (Bodde et al., 2009; Durrant et al., 2011).

Daarnaast is het essentieel om ouders te overtuigen van de psychogene oorzaak van de symptomen en de multidisciplinaire aanpak (Duncan & Oto, 2008; Irwin et al., 2000; Rawat et al., 2015). Over de prognose van PNEA bij kinderen met een LVB is niets bekend in de literatuur.

Discussie

Hoewel PNEA regelmatig voorkomt bij kinderen, is er weinig bekend over de behandeling en prognose bij kinderen met een LVB door het ontbreken van langetermijn follow-up studies. Patiënten met een LVB lijken uit de beperkte studies een verhoogd risico te hebben op het ontwikkelen van PNEA vanwege het meer voorkomen van epilepsie bij LVB en daardoor lastiger de diagnose te stellen en te behandelen. Ook kan het beperkte probleemoplossend vermogen een rol spelen bij het ontstaan van PNEA. De oorzaak van de conversiestoornis verschilt bij jonge kinderen van adolescenten. Bij jonge kinderen moet er eerder gedacht worden aan leerproblemen of familieproblemen. Daarbij lijkt er een ander mechanisme ten grondslag te liggen aan de conversieklachten bij patiënten met een LVB, gezien de symptomen zoals PNEA eerder na een trigger optreden.

Er zijn nog geen gestandaardiseerde behandelingen voor een conversiestoornis bij kinderen. Behandeling moet gericht worden op uitleg, acceptatie en gedragsverandering. Cognitieve gedragstherapie wordt beschreven als een effectieve therapie. De vraag blijft of dat ook voor de LVB-doelgroep geldt. Voor een goede prognose is het belangrijk om de diagnose PNEA goed uit te leggen aan zowel ouders als patiënt om de behandeling te laten slagen. Daarnaast moet er een goede samenwerking zijn tussen de neuroloog en de psychiater over de diagnose en de behandeling.

In onze casus werd de behandeling gestaakt vanwege verslechtering van het toestandsbeeld en de wens van de ouders. De aanvallen werden steeds langer, waarbij een neurologi-

sche oorzaak uitgesloten moest worden vanwege de diagnose epilepsie. Opname in een universitair kinder-psychiatrisch én neurologisch centrum werd geadviseerd. Lange follow-up studies zijn noodzakelijk om de prevalentie, behandeling en prognose van PNEA bij kinderen met een LVB te evalueren.

Literatuur

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th edition). Washington, DC: Author.
- Baslet, G. (2012). Psychogenic nonepileptic seizures: A treatment review. What have we learned since the beginning of the millennium? *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 8, 585-598. Doi: 10.2147/NDT.S32301.
- Bodde, N. M., Brooks, J. L., Baker, G. A., Boon, P. A., Hendriksen, J. G., Mulder, O. G., & Aldenkamp, A. P. (2009). Psychogenic non-epileptic seizures – Definition, etiology, treatment and prognostic issues: A critical review. *Seizure*, 18(8), 543-553. Doi: 10.1016/j.seizure.2009.06.006
- Chapman, M., Iddon, P., Atkinson, K., Brodie, C., Mitchell, D., Parvin, G., & Willis, S. (2011). The misdiagnosis of epilepsy in people with intellectual disabilities: A systematic review. *Seizure*, 20(2):101-106. Doi: 10.1016/j.seizure.2010.10.030
- Duncan, R., & Oto, M. (2008). Psychogenic nonepileptic seizures in patients with learning disability: Comparison with patients with no learning disability. *Epilepsy & Behavior*, 12(1), 183-186. Doi: [10.1016/j.yebeh.2007.09.019](https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2007.09.019)
- Durrant, J., Rickards, H., & Cavanna, A., E. (2011). Prognosis and outcome predictors in psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy Research and Treatment*, 2011, Article ID 274736. Doi: 10.1155/2011/274736
- Irwin, K., Edwards, M., & Robinson, R. (2000). Psychogenic non-epileptic seizures: Management and prognosis. *Archives of Disease in Childhood*, 82(6), 474-478. Doi: [10.1136/adc.82.6.474](https://doi.org/10.1136/adc.82.6.474)
- Kanemoto, K., Goji, H., Tadokoro, Y., Kato, E., & Oshima, T. (2017). Psychogenic non-epileptic seizure in patients with intellectual disability with special focus on choice of therapeutic intervention. *Seizure*, 45, 2-6. Doi: 10.1016/j.seizure.2016.10.025
- Kerr, W. T., Janio, E. A., Le, J. M., Hori, J. M., Patel, A. B., Gallardo, N. L., Baurjan, J., Chau, A. M., D'Ambrosio, S. R., Cho, A. Y., Engel, J. Jr., Cohen, M. S., & Stern, J. M. (2016). Diagnostic de-

- lay in psychogenic seizures and the association with anti-seizure medication trials. *Seizure*, 40, 123-126. Doi: 10.1016/j.seizure.2016.06.015.
- LaFrance, W. C. Jr., Reuber, M., & Goldstein, L. H. (2013). Management of psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsia*, 54(Suppl 1), 53-67. Doi: 10.1111/epi.12106.
- Leary, P. M. (2003). Conversion disorder in childhood – diagnosed too late, investigated too much? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 96(9), 436-438. Doi: [10.1258/jrsm.96.9.436](https://doi.org/10.1258/jrsm.96.9.436)
- Patel, H., Scott, E., Dunn, D., & Garg, B. (2007). Nonepileptic seizures in children. *Epilepsia*, 48(11), 2086-2092. Doi: 10.1111/j.1528-1167.2007.01200.x
- Plioplys, S., Doss, J., Siddarth, P., Bursch, B., Falcone, T., Forgey, M., Hinman, K., LaFrance, W. C. Jr., Laptook, R., Shaw, R. J., Weisbrot, D. M., Willis, M. D., & Caplan, R. (2014). A multi-site controlled study of risk factors in pediatric psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsia*, 55(11), 1739-1747. Doi: 10.1111/epi.12773.
- Rawat, V. S., Dhiman, V., Sinha, S., Vijay Sagar, K. J., Thippeswamy, H., Chaturvedi, S. K., Srinath, S., & Satishchandra, P. (2015). Co-morbidities and outcome of childhood psychogenic non-epileptic seizures – an observational study. *Seizure*, 25, 95-98. Doi: 10.1016/j.seizure.2014.09.011
- Reuber, M., Mitchel, A. J., Howlett, S., & Elger, C. E. (2005). Measuring outcome in psychogenic nonepileptic seizures: how relevant is seizure remission? *Epilepsia*, 46(11), 1788-1795.
- Reuber, M., Qurishi, A., Bauer, J., Helmstaedter, C., Fernandez, G., Widman, G., & Elger, C. E. (2003). Are there physical risk factors for psychogenic non-epileptic seizures in patients with epilepsy? *Seizure*, 12(8), 561-567. Doi: 10.1016/s1059-1311(03)00064-5
- Van Ool, J. S., Haenen, A. I., Snoeijen-Schouwenaars, F. M., Aldenkamp, A. P., Hendriksen, J. G. M., Schelhaas, H. J., Tan, I. Y., Lazeron, R. H. C., & Bodde, N. M. G. (2018). Psychogenic nonepileptic seizures in adults with epilepsy and intellectual disability: A neglected area. *Seizure*, 59, 67-71. Doi: 10.1016/j.seizure.2018.05.002
- Wyllie, E., Glazer, J. P., Benbadis, S., Kotagal, P., & Wolgamuth, B. (1999). Psychiatric features of children and adolescents with pseudoseizures. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 153(3), 244-248. Doi: [10.1001/archpedi.153.3.244](https://doi.org/10.1001/archpedi.153.3.244)