Symposium Richtlijn bij de ziekte van Parkinson

Eind 2020 verscheen de herziening van de multidisciplinaire richtlijn ziekte van Parkinson. Voor de NIP-secties Neuropsychologie en Ouderenpsychologie reden om gezamenlijk op te trekken bij het organiseren van een online symposium over Parkinson en de nieuwe richtlijn. De opening van dit symposium vond plaats door ons eigen bestuurslid Ingrid Rietkerk waarna een interessante middag volgde.

In het kort was het een zeer diverse middag waarin gesproken werd over vroegsignalering, nieuwe behandelvormen, poeptransplantaties, revalidatie bij executieve functiestoornissen, stemmingsstoornissen en angststoornissen bij Parkinson, het onderscheid met apathie en anhedonie en de diagnostiek en behandeling hiervan. Meerdere keren werd duidelijk hoe belangrijk het is dat behandelingen worden uitgevoerd door in Parkinson gespecialiseerde psychologen. Ondertussen werd Joke Spikman, na jarenlang voorzitter te zijn geweest van de sectie neuropsychologie, geëerd met een erelidmaatschap van het NIP.

Het is opvallend hoe goed symposia tegenwoordig online georganiseerd kunnen worden: Met interessante sprekers, persoonlijke casuïstieken en online polls wisten de sprekers de aandacht van de deelnemers scherp te houden. Het was werkelijk een interessante middag die naar meer smaakte: de herziene richtlijn Ziekte van Parkinson is inmiddels gedownload.

Voor wie een uitgebreider inkijkje wenst in de verschillende lezingen, volgt hieronder een samenvatting van elke lezing.

Teus van Laar

De eerste spreker was neuroloog en psychofarmacoloog Teus van Laar die als voorzitter van de werkgroep betrokken was bij het aanpassen van de richtlijn. Het heeft tien jaar geduurd om tot de nieuwe richtlijn te komen waardoor lang gewerkt is met een richtlijn die niet meer up to date was. Zo was de oude richtlijn te veel gericht op de motorische symptomen en te weinig op andere gebieden zoals cognitie. Dat is vreemd als je bedenkt dat 1/5 van de Parkinsonpatiënten bij het eerste bezoek aan de neuroloog al significante cognitieve problemen heeft. Het lijstje met symptomen die zich ruim voorafgaand aan een eerste diagnose voordoen is zeer interessant. Ze kunnen helpen bij vroegdiagnostiek: het hebben van een REM-slaapstoornis (de afwezigheid van motorische remming tijdens de REM-slaap) bijvoorbeeld vergroot de kans op aanwezigheid van Parkinson met 130. In de praktijk betekent dit dat vrijwel iedereen die op latere leeftijd een REM-slaapstoornis ontwikkelt later de ziekte van Parkinson blijkt te hebben. Hierbij kan het wel 10 jaar duren voordat de eerste motorische problemen naar voren komen.

Het hebben van een naaste met de ziekte van Parkinson vergroot de kans met 7.5. Het hebben van reukverlies maakt de kans 4 maal groter en obstipatie vergroot de kans met 2.2. Het vroegtijdig oog hebben voor een combinatie van deze factoren, maakt vroegdiagnostiek en dus eerder ingrijpen mogelijk.

Teus van Laar nam ons in vogelvlucht mee langs nieuwe ontwikkelingen bij Parkinson. Van diepe hersenstimulatie tot medicatiepompen tot poeptransplantaties om het microbioom in de darmen van Parkinson patiënten te verbeteren. Hoewel het onderzoek hiernaar nog in de kinderschoenen staat zijn de onderzoeken, waaronder experimenteel onderzoek bij muizen, zeer veelbelovend.

Joke Spikman en Marleen Gerritsen

De presentatie van Joke Spikman en Marleen Gerritsen over de behandeling van executieve functiestoornissen was op het allerlaatste moment ingelast omdat de oorspronkelijke spreekster, Annelies Duits, door omstandigheden niet aanwezig kon zijn. Gelukkig waren zowel Joke Spikman als Marleen Gerritsen zeer goed in staat om dit gat op te vullen met hun presentatie over strategietraining bij mensen met executieve functiestoornissen door Parkinson

Op dit moment richt onderzoek zich vooral op functietrainingen en minder op het trainen van vaardigheden en strategieën. Er is echter geen wetenschappelijk bewijs dat functietraining generaliseert naar het dagelijks leven. Vaardigheidstraining is wel op het dagelijks leven gericht: via foutloos leren, ketenen, voordoen en inslijpen leren mensen nieuwe vaardigheden aan waarmee beschadigde functies kunnen worden gecompenseerd. Denk bijvoorbeeld aan het uitvoeren van ADL-activiteiten of koffiezetten in een vaste volgorde. Ook strategietrainingen (het bedenken van algemene strategieën die je in meerdere situaties kunt toepassen, zoals de strategie“stop—> denk —> doe”) en het structureren van de omgeving (gebruiken van hulpmiddelen, het beperken van stimuli in de omgeving of de partner leren de patiënt af te remmen) kunnen goed naar de praktijk vertaald worden. Dergelijke behandelingen worden veel gebruikt bij NAH-revalidatie, maar er is nog maar weinig aandacht voor revalidatie bij Parkinson- patiënten, terwijl beide groepen niet wezenlijk van elkaar verschillen.

Joke Spikman

Joke Spikman vertelde over haar eigen onderzoek naar revalidatie bij Parkinson aan de hand van strategietraining dat zij samen heeft verricht met o.a. Teus van Laar, Thialda Hoogstins-Vlagsma en Annelien Duits (die vandaag niet aanwezig kon zijn). Zij onderzochten de ReSET-methode (Een wetenschappelijk artikel over dit onderwerp vind je via deze link.) Opvallend was dat de ReSET-methode objectief geen verbeteringen opleverde (ook omdat motorische problemen en vermoeidheid een rol speelden), maar dat de deelnemers zelf minder executieve klachten opmerkten en vonden dat ze hun vooraf gestelde doelen hadden behaald,

De resultaten leidden tot vragen bij de onderzoekers of zij zelf te veel wilden en of er bij de training meer rekening gehouden moet worden met de ernst van de cognitieve stoornissen die mensen hebben. Het advies was uiteindelijk om strategietraining vooral toe te passen bij Parkinsonpatiënten die slechts lichte executieve functiestoornissen hebben en om bij patiënten met zwaardere klachten meer in te zetten op vaardigheidstraining en het vergroten van het zelfvertrouwen door methoden aan te leren die hen meer controle laat ervaren over hun situatie.

Sectie Ouderenpsychologie NIP ©2021

Marleen van Beek

Psychiater Marleen van Beek sprak over anhedonie, apathie en depressie bij de ziekte van Parkinson. Door middel van polls en casuïstiek maakte ze haar presentatie zeer interactief waarbij ze de grote prevalentie van depressie bij mensen met Parkinson besprak. Uiteraard zorgt het hebben van de ziekte van Parkinson tot gevoelens van somberheid en angst, maar daarnaast zijn verschillende neurale gebieden betrokken bij zowel de ziekte van Parkinson als bij depressie. Er zijn bijvoorbeeld directe verbanden tussen de ziekte van Parkinson en een verstoorde serotonine- en dopamineproductie. Parkinsonpatiënten die ook depressieve klachten hebben gaan bovendien sneller achteruit in het cognitief en motorisch functioneren, hebben meer beperkingen in het dagelijks leven en een hogere mortaliteit.

Ook blijken de depressieve symptomen vaak al aanwezig voordat de motorische symptomen aanwezig zijn. Het op tijd diagnosticeren van zowel de ziekte van Parkinson als depressie is dus erg belangrijk. Toch wordt slechts bij een beperkt aantal depressieve Parkinsonpatiënten de depressie daadwerkelijk onderkend. Hier is dus werk aan de winkel.

Diagnostiek van depressie bij mensen met de ziekte van Parkinson is lastig. Parkinsonpatienten kunnen zelf geneigd zijn om hun klachten toe te schrijven aan de ziekte van Parkinson. Ook is er een grote overlap met apathie wat bij 40% van de mensen met Parkinson speelt. In de diagnostiek is het om die reden belangrijk om vooral de lijdensdruk mee te nemen om depressie zo goed mogelijk te kunnen onderscheiden van apathie en anhedonie.

Ook met betrekking tot hersengebieden en neurotransmitters is er een grote overlap tussen depressiviteit en apathie: bij apathie en anhedonie is naast een verstoorde acetylcholineproductie net als bij depressiviteit ook een verstoorde dopamine- en serotonineproductie gevonden.

Verschillende instrumenten werden besproken om dit onderscheid zo goed mogelijk te kunnen maken. Voor depressie zijn met name de MADRS, de HDRS, de BDI, de HADS en de GDS veel gebruikt in onderzoek onder Parkonson patiënten. Voor Apathie geldt dat voor de Apathy Scale en voor anhedonie geldt dat voor de SHAPS (Snaith Hamilton Pleasure Scale). Tegelijkertijd benoemde ze dat bij apathie en anhedonie beter gekozen zou kunnen worden voor gedragstaken dan voor vragenlijsten. Zelf doet Marleen van Beek binnenkort onderzoek naar de rol van dopamine bij depressieve Parkinson-patiënten met en zonder anhedonie waarbij ze zowel van vragenlijsten als gedragstaken gebruik maakt.

Met betrekking tot behandeling is het vooral belangrijk om te weten of er sprake is van apathie of depressie. Bij apathie zal behandeling vooral bestaan uit het geven van psycho-educatie aan patiënten en hun naasten, gedragsactivering en mogelijk medicamenteuze behandeling met Rivastigmine. Bij depressie gelden dezelfde adviezen uit de MDR depressie met de volgende aanpassingen: Indien depressie zich vooral voordoet tijdens de (wearing)off-momenten zijn mensen soms gebaat bij een dopamine-agonist of een MAO-B-

remmer, hoewel deze mogelijk meer extrapiramidale bijwerkingen kunnen geven. Ook voor TCA's is er enig bewijs bij depressieve patiënten met Parkinson (en mogelijk ook voor SSRI's) maar TCA's kunnen anticholinerge bijwerkingen kunnen hebben.

Meer bewijs is er voor CGT. Hierbij wordt echter wel geadviseerd dat de CGT-therapeut ervaring heeft met de ziekte van Parkinson. Hoewel zij dit niet benoemde in haar voordracht biedt dit dus mogelijkheden voor psychologen die zijn aangesloten bij Parkinsonnet en voor verpleeghuispsychologen die vanuit de GZSP in de eerstelijn werken.

Harriët Smeeding

Het laatste praatje van de middag werd gehouden door Harriët Smeeding. Zij begon met een kritische noot over de nieuwe richtlijn, namelijk dat er maar weinig psychologie in de richtlijn zit. Dit hebben we als psychologen deels aan onszelf te danken aangezien er maar weinig psychologisch onderzoek naar Parkinson is. Het leeuwendeel van het Parkinsononderzoek komt uit medische hoek. Ook is er vanuit de psychologen nog geen monodisciplinaire richtlijn Parkinson. Een opdracht aan ons allen om daar dus iets mee te doen, bijvoorbeeld via N=1 studies naar CGT van angst bij de ziekte van Parkinson.

Bij Parkinson is vaak een mengeling van angst, stemmingsproblematiek en cognitieve problemen. Hierdoor lukt het niet altijd om bij mensen met Parkinson een zuivere angststoornis vast te stellen. Angst komt wel duidelijk vaker voor bij mensen met de ziekte van Parkinson (prevalentie 31.1%) dan in de algehele bevolking (prevalentie 12.4 %). Vooral gegeneraliseerde angst en sociale angst komen veel voor bij mensen met de ziekte van Parkinson

Om de angst uit te vragen zijn verschillende vragenlijsten beschikbaar: de Parkinson Anxiety Scale, de HADS, de Hamilton Anxiety Rating Scale en de SCL-90.

Daarnaast is het belangrijk om alle aspecten van de angst en de cognitieve mogelijkheden zo goed mogelijk uit te vragen om een goede focus voor behandeling te vinden en te zien of andere klachten meer de boventoon voeren. Dit aangezien lichamelijke klachten, stemming, cognitie en angst vaak door elkaar lopen.
Diagnostiek wordt bovendien vaak bemoeilijkt door de verminderde emotionele expressie van Parkinson patiënten waardoor angst niet altijd zichtbaar is. CGT is goed onderzocht als behandeling van angst bij de ziekte van Parkinson, maar Harriët Smeeding raadt juist ook ACT aan. Deze therapievorm is luchtiger, kent geen huiswerkoefeningen en is goed aan te passen aan de cognitieve beperkingen omdat je direct oefent en daarbij de oefeningen kunt aanpassen.

Niet alle angst bij mensen met de ziekte van Parkinson is overigens het gevolg van een angststoornis. Psycho-educatie en positieve heretikettering kunnen om die reden voldoende zijn wanneer de angst niet dermate ernstig is dat het iemands hele leven beheerst. Verschillende vormen van psycho-educatie en metaforen uit de Acceptance and Commitment Therapie werden als voorbeeld genoemd.

Een mooi voorbeeld uit ACT was de graaf-metafoor. Vanuit angst proberen mensen hun ziekte van Parkinson steeds onder controle te krijgen door krampachtig van alles te doen en laten waardoor ze steeds meer gespannen raken, nergens meer van genieten en waardoor hun leven steeds meer om de Parkinson draait. Ze graven steeds dieper naar een uitweg, maar graven zich alleen maar verder in.

Met dit mooie voorbeeld eindigde de laatste lezing van een mooi symposium dat duidelijk naar meer smaakte.

Sectie Ouderenpsychologie NIP ©2021