

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

# Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, [www.reprorecht.nl](http://www.reprorecht.nl)) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, [www.cedar.nl/pro](http://www.cedar.nl/pro)).

*No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.*

[info@boomamsterdam.nl](mailto:info@boomamsterdam.nl)  
[www.boomuitgeversamsterdam.nl](http://www.boomuitgeversamsterdam.nl)

## GEVALSBESCHRIJVING

.....

# *De verlamrende werking van topsport*

CARINE VAN EMPELEN &amp; MICHEL REINDERS

## *Samenvatting*

.....

Wanneer sporters op jonge leeftijd met topsport beginnen, beïnvloedt de cultuur binnen de topsport hun karakterontwikkeling. Vaak ten goede, maar ook soms ten kwade, zoals bij de patiënte die we in deze casus beschrijven. Tijdens haar trainingen lag de nadruk op het verleggen van fysieke grenzen. Hierbij leerde zij niet alleen om haar lichaamssignalen te negeren, maar kreeg ze ook het gevoel dat zij het nooit goed deed. Dat leidde tot overbelasting en het ontwikkelen van aanvalsgewijze verlamningsverschijnselen. De neuroloog duidde deze verschijnselen als een functioneel neurologische stoornis (FNS). We behandelden de patiënte met 15 sessies cognitieve gedragstherapie, waarna de uitvalsverschijnselen verdwenen.

De casus benadrukt de verantwoordelijkheid die rust op de schouders van trainers binnen de topsport om hun pupillen op een goede manier te begeleiden en een bijdrage te leveren aan hun positieve karakterontwikkeling. Ook laat deze casus zien dat FNS niet altijd een ingewikkelde behandeling vereist met technieken die weinig therapeuten beheersen, zoals hypnose. In de casus gebruikten we gedragstherapeutische technieken die elke gedragstherapeut tot zijn of haar beschikking heeft. Hopelijk maakt een illustratie van deze aanpak de behandeling van FNS toegankelijker.

*Trefwoorden: FNS, topsport, gedragstherapie, verlamming*

**Kernboodschappen voor de klinische praktijk**

- ▶ Jonge sporters dienen begeleid te worden in hun persoonlijke ontwikkeling, waarbij aandacht besteed wordt aan vragen als: Hoe ontwikkelt iemand een positief zelfbeeld (los van prestaties)? Hoe kan een sporter gesteund worden bij tegenslag in plaats van dat er straffend opgetreden wordt? Hoe gaat een sporter op een verstandige manier om met emoties en lichamelijke sensaties zoals pijn?
- ▶ Een deel van de patiënten met FNS is te behandelen met technieken die elke gedragstherapeut standaard in zijn pakket heeft.

## INLEIDING

.....

Sporters die de top willen bereiken vergen het uiterste van zichzelf, meestal gestimuleerd door coaches en familie. Topsport eist dat zij over fysieke grenzen gaan en lichaamssignalen negeren. Een voorbeeld daarvan is de uitdrukking die veel topsporters gebruiken: 'Pijn is fijn.' Vaak starten topsporters op jonge leeftijd en is de sportcultuur een belangrijke factor in hun karaktervorming. Maar karaktertrekken die de sporters helpen topprestaties te leveren, kunnen hen later in het leven opbreken, psychische klachten veroorzaken en in een enkel geval leiden tot een functioneel neurologische stoornis (FNS).

Bij de patiënte die we in dit artikel beschrijven leidde haar jarenlange onderdompeling in de sportcultuur tot disfunctionele persoonlijkheidskenmerken, zoals een laag zelfbeeld, zelfopoffering, onderwerping, en moeite met grenzen aanvoelen en aangeven. Overbelasting was het gevolg, waardoor patiënte verlamingsverschijnselen kreeg die gediagnosticeerd werden als FNS.

## PSYCHISCHE PROBLEMEN BIJ TOPSPORT

.....

Topsporters lijken overigens niet meer risico te lopen op mentale problemen dan de gemiddelde bevolking (Mannes et al., 2019; Rice et al., 2016). Wel zijn er subgroepen te onderscheiden waarbinnen psychische problemen vaker voorkomen. Verhoogd risico komt voor bij atleten met blessures, met tegenvallende prestaties en na beëindiging van de sportcarrière.

Na het beëindigen van een loopbaan in de sport vindt een transitie plaats die de atleten voor een uitdaging stelt, zoals verlies van dagelijkse structuur, verandering van identiteit, levensdoel en ondersteuning. Oltmans en collega's (2022) onderzochten het optreden van psychische klachten van topsporters na beëindiging van hun carrière. De klachten die zij vaststelden waren: slaapproblemen, eetproblemen, angst en depressie. De belangrijkste risicofactoren waren: onvrede over de sportcarrière en negatieve levens-

gebeurtenissen. Deze factoren verhogen de kans op psychische klachten in lichte mate. Het is niet verwonderlijk dat er slechts een lichte correlatie is tussen levensgebeurtenissen en psychische klachten, omdat naar onze mening de manier waarop iemand omgaat met een negatieve levensgebeurtenis medebepalend is voor de impact ervan. Dan gaat het over over copingstijl of karaktertrekken die al of niet adequaat zijn in het omgaan met stressvolle gebeurtenissen. Wanneer sporters op jonge leeftijd starten met hun sport, vinden hun karakterontwikkeling en ontwikkeling van copingstijl plaats onder invloed van de sportcultuur.

Gedurende hun actieve sportperiode staan atleten bloot aan tal van stressoren, waaronder onzekerheid over hun carrière, prestatiedruk en blessures. Bovendien worden al hun acties gevolgd door een vaak uitermate kritisch publiek (Rice et al., 2019). Atleten leven in een cultuur waarin het normaal is om ondanks pijn en blessures door te blijven trainen, teneinde aan te tonen dat zij taai zijn en veerkracht bezitten (Wiese-Bjornstal, 2010). Trainingsmethoden zijn soms meedogenloos. Verder heerst er een sfeer waarbinnen seksueel misbruik en intimidatie kunnen plaatsvinden (de Vries et al., 2017).

Over FNS-klachten in relatie met topsport is weinig bekend. We vonden één artikel over topsporters die FNS-symptomen ontwikkelden tijdens hun carrière, en wel dat van Dvonch en collega's (1991). Het betrof vijf jongeren die Dvonch omschreef als uiterst ambitieus, en die werden behandeld met psychotherapie en fysiotherapie.

#### FUNCTIONEEL NEUROLOGISCHE STOORNIS

.....

Een functioneel neurologische stoornis is een klachtenpatroon dat een neurologische aandoening suggereert waarvoor de neuroloog geen onderliggende oorzaak kan ontdekken. Uiteenlopende beelden vallen onder FNS, zoals: verlammingen, tremoren, blindheid, mutisme, pseudo-epileptische aanvallen en wegrakingen (GGZ Standaarden, 2017). Volgens Stroink en Huybregts (2023) kenmerken patiënten met FNS zich door:

- ▶ een hoge gerichtheid op anderen;
- ▶ moeilijkheden met het verwoorden en begrijpen van emoties, waardoor ze moeilijk kunnen omgaan met emoties (alexithymie);
- ▶ moeite om nieuwe situaties te hanteren.

Deze premorbide kwetsbaarheid kan onder invloed van stressvolle levensgebeurtenissen uitmonden in FNS.

Het is de vraag of alle vormen van FNS op dezelfde manier verklaard kunnen worden en uit dezelfde bron ontstaan (Bennett et al., 2021). Trauma is een mogelijke oorzaak van FNS (Paredes-Echeverri et al., 2022), maar er

lijken meer wegen naar Rome te leiden. Op onze polikliniek zien we vaak een vorm die voortkomt uit fysieke of mentale overbelasting, die een extreme vorm van burn-out genoemd kan worden. Moene en Rümke (2004) beschrijven deze vorm als volgt: FNS kan ontstaan door het herhaaldelijk negeren van lichamelijke sensaties als pijn, spanning en vermoeidheid. Het hoofd wil meer dan het lichaam aankan. Dit ontstaat doordat een persoon in de loop van zijn leven opvattingen ontwikkelt over lichamelijke gevoelens die niet overeenkomen met de signalen die het lichaam afgeeft. ‘Pijn is fijn’ is daar een voorbeeld van. Het kan zijn dat iemand zich langdurig in een moeilijke situatie bevindt, waarbij het van levensbelang is om lichamelijke klachten te negeren. Of iemand kan een opvatting ontwikkelen waarbij hij de ander belangrijker vindt dan zichzelf, bijvoorbeeld in de vorm van een zelfopofferend schema (Stroink et al., 2022). Hierdoor neemt de persoon de lichamelijke signalen (deels) niet meer waar en treedt een patroon van overbelasting op. De communicatie tussen de hersenen en de rest van het lichaam raakt verstoord, waardoor controleverlies over de besturing van het lichaam ontstaat (Moene, 2021).

Door de fysieke klachten van de FNS ontstaan nieuwe problemen, zoals angst, verminderd functioneren op alle terreinen, onderzoeken in het ziekenhuis en verlies van vertrouwen in het eigen lichaam. Deze gevolgen kunnen een in stand houdende factor vormen bij FNS (Espay et al., 2018).

In de zorgstandaard over FNS (*Conversiestoornis*) worden veel verschillende therapieën genoemd als optie voor behandeling, zoals cognitieve gedragstherapie, hypnotherapie, (psychosomatische) fysiotherapie en psychodynamische psychotherapie (GGZ Standaarden, 2017). Dezelfde zorgstandaard concludeert overigens dat de wetenschappelijke evidentie voor behandelingen van FNS beperkt is. Recent concluderen Gutkin en collega’s (2020) hetzelfde.

Mede in overweging genomen dat er wellicht bij verschillende patiënten verschillende mechanismen aan de aandoening ten grondslag liggen, blijft een individuele casusconceptualisatie het voornaamste instrument om het behandelbeleid te bepalen.

#### BESCHRIJVING VAN DE CASUS

.....

Een 31-jarige ex-topsportster meldt zich omdat zij sinds 2 jaar last heeft van uitvalsverschijnselen in haar linkerbeen. Ongeveer zes keer per dag zakt ze door haar been en komt daarbij ten val. Dit leidt tot gevaarlijke situaties. Ze is al eens met haar hoofd op een stoeprand terechtgekomen en van de trap gevallen. Patiënte voelt de aanvallen niet aankomen. De perioden dat ze haar been niet kan bewegen duren van een paar seconden tot 2 uur.

Neurologisch onderzoek gaf geen verklaring voor de klachten. Ook de fysieke klachten die ze overhield aan haar topsportcarrière, zoals nek- en rugpijn, kunnen de uitvalsverschijnselen niet verklaren.

De uitvalsverschijnselen leiden ertoe dat patiënte situaties vermijdt waarbij ze langere tijd moet staan of lopen. Als ze ergens heen gaat waar mensen geen hulp kunnen bieden, gebruikt ze een rolstoel. Daarnaast heeft ze last van slaapproblemen, conditieverlies en energieverlies. De klachten leiden tot boosheid, frustratie en somberheid. Ze is het vertrouwen in haar lichaam kwijtgeraakt. Ze is bang dat anderen haar een aansteller vinden en denkt anderen tot last te zijn. Ze vindt het moeilijk haar grenzen aan te geven en heeft geregeld last van schuldgevoelens. Ze kan moeilijk ontspannen en neigt ertoe haar agenda vol te plannen met activiteiten. Op de dagen waarop ze zich beter voelt, onderneemt ze (te) veel.

Patiënte is positief over de sfeer in het gezin waarin zij is opgevoed. Wel werd volgens haar thuis na tegenslagen snel verdergegaan met het normale leven. ‘Niet zeuren en doorgaan’ was de boodschap.

Toen patiënte 6 jaar oud was, begon ze te sporten, waarna ze vrijwel direct werd geselecteerd voor de wedstrijdgroep. Voor haar sport heeft ze alles opzijgezet. Ze heeft geleerd haar emoties en pijn weg te drukken, waardoor ze emoties en lichamelijke signalen moeilijk aanvoelt. Toen patiënte forse pijnklachten ontwikkelde aan haar rechterarm (die achteraf gebroken bleek te zijn), stelde haar trainster dat de pijn tussen haar oren zat en dat ze verder moest trainen, zelfs toen ze flauwviel van de pijn. Ze kreeg geregeld kritiek, haar prestaties waren in de ogen van de trainer nooit goed genoeg. Daardoor ontwikkelde ze een negatief zelfbeeld en een gevoel van minderwaardigheid.

Toen patiënte openheid gaf over haar negatieve ervaringen tijdens de trainingen, had dit tot gevolg dat haar zusje (die dezelfde sport beoefende) hard werd aangepakt bij de training. Patiënte voelde zich daar schuldig over en besloot voortaan alles voor zich te houden. Na dit voorval ontstonden de uitvalsverschijnselen in haar linkerbeen, waardoor zij noodgedwongen moest stoppen met sporten op hoog niveau.

Patiënte beschrijft zichzelf als zorgzaam. Ze staat altijd klaar voor anderen en zet haar eigen behoeften opzij. Ook beschrijft ze zichzelf als gedisciplineerd, perfectionistisch en koppig. Ze stelt hoge eisen aan zichzelf, probeert geen fouten te maken en heeft het idee dat het altijd beter kan. Daarnaast denkt ze dat anderen hoge verwachtingen van haar hebben. Hierdoor vindt ze het moeilijk om te stoppen met een taak voordat die af is. Omdat er gedurende haar leven niet veel ruimte is geweest voor het voelen en uiten van emoties, heeft patiënte zichzelf aangeleerd een masker op te zetten voor de buitenwereld, maar ook voor zichzelf.

Haar dagelijks leven is sterk veranderd sinds zij last heeft van de uitvalsverschijnselen. Uit angst dat die verschijnselen zich voordoen, gaat zij veel situaties uit de weg, zoals het bezoeken van openbare plekken en het onderne-

men van leuke dingen met vrienden. Wanneer ze een dergelijke situatie niet kan vermijden, ontstaat angst voor het optreden van de aanvallen. Daarbij is patiënte vooral bang anderen te belasten. Ze heeft negatieve gedachten over het oordeel van anderen als de uitvalsverschijnselen optreden, bijvoorbeeld dat zij zich aanstelt of dat zij de dag voor hen verpest. Omdat patiënte voortdurend bezig is alles goed te doen, is er weinig ruimte om te ontspannen.

Onze hypothese luidt dat patiënte door haar onderdompeling in de sportcultuur eigenschappen aanleerde die haar kwetsbaar maken, zoals het negeren van haar lichamelijke sensaties. De schuldgevoelens over haar zusje lijken de directe aanleiding te zijn geweest tot het ontwikkelen van de uitvalsverschijnselen. Sindsdien worden de klachten in stand gehouden door negatieve gedachten en gevoelens, waaronder de angst voor het optreden van een aanval, en vermindering. Diagnostisch gezien is er sprake van een functioneel-neurologisch-symptoomstoornis (FNS).

#### METINGEN

.....

De belangrijkste maat om het resultaat van de behandeling vast te stellen, is de frequentie en duur van de aanvallen. Daarnaast formuleren we een aantal subdoelen, waarbij we de mechanismen meten die de FNS in stand houden. Daarbij gebruiken we een variant van de Goal Attainment Scale (GAS; Kiresuk, 1994). Deze vragenlijst heeft een schaal van 0-10 (0 = doel niet bereikt, 10 = doel volledig bereikt). Voor patiënte formuleren we de volgende doelen:

- ▶ grenzen beter aangeven en daarbij geen schuldgevoel ervaren;
- ▶ minder piekeren;
- ▶ zich meer op haar gemak voelen bij en geaccepteerd worden door anderen;
- ▶ meer ontspannende activiteiten ondernemen;
- ▶ meer durven ondernemen, en daardoor minder angst voor uitvalsverschijnselen.

Om vermindering in kaart te brengen, wordt de Fear Questionnaire (FQ; Marks & Mathews, 1979) afgenomen. Per onderdeel wordt op een schaal van 1-8 aangegeven in hoeverre patiënte een situatie vermijdt en in welke mate het angst geeft als zij deze situatie niet vermijdt.

#### BEHANDELING

.....

De behandeling bestaat uit 15 sessies cognitieve gedragstherapie, over een periode van 5 maanden.

### *Cognitieve therapie*

---

Patiënte heeft veel last van negatieve gedachten. De stress die dit oplevert, onderhouden de aanvallen. Het betreft gedachten over schuld (tegenover haar zusje), anderen tot last zijn, negatieve gedachten over zichzelf en de voortdurende dreiging een aanval te krijgen, waardoor ze vele situaties vermijdt.

We starten met cognitieve therapie, waarbij patiënte gedachterapporten invult over situaties waarin zij gevoelens van schuld of angst ervaart of last heeft van andere niet-helpende gedachten. Hierdoor krijgt ze meer vat op haar negatieve gedachten en gevoelens. Door zich bewust te worden van haar redeneer- en denkfouten, kan patiënte haar gedachten uitdagen en situaties vanuit een ander perspectief bekijken.

We geven een voorbeeld. Toen patiënte eens met een vriendin op pad was en vermoeid raakte, stelde haar vriendin voor om in de auto te eten in plaats van in een restaurant. Patiënte kreeg een schuldgevoel, omdat ze bang was haar vriendin teleur te stellen. Ze dacht dat de vriendin het vervelend vond om zoveel moeite te doen voor patiënte. Bij het invullen van het gedachterapport realiseerde patiënte zich dat er sprake was van 'gedachtelezen'. Ze formuleerde de helpende gedachte dat haar vriendin het alternatief niet voor niets voorstelde en dat ze blij mocht zijn dat iemand rekening met haar hield.

### *Gedragstherapie*

---

Om de geloofwaardigheid van de helpende gedachten te vergroten, voerden we gedragsexperimenten uit. Een van de experimenten betrof het volgende. Patiënte kreeg het verzoek mee te helpen met het voorbereiden van een wedstrijd op het moment dat zij een ziekenhuisafpraak had. Ze had de neiging om voorrang te geven aan de wedstrijd, omdat ze bang was voor afkeurende reacties wanneer ze niet aan het verzoek voldeed. Klopte dit scenario? Patiënte liet zich door de therapeut verleiden te melden dat ze niet kon helpen bij de wedstrijd, omdat ze naar het ziekenhuis moest. Tot haar verbazing reageerde iedereen begripvol. Ook zonder haar hulp kon de wedstrijd plaatsvinden.

Daarnaast is met patiënte een lijst opgesteld van activiteiten die zij tot dusver uit de weg ging uit angst voor uitvalsverschijnselen. Op deze lijst stonden: naar de Ikea gaan, op zaterdag de markt bezoeken en uit eten gaan met vrienden. Stapsgewijs ging ze deze activiteiten ondernemen. Hierbij ervoer zij – in tegenstelling tot haar verwachting – een positieve reactie van mensen op haar problemen. Hierdoor nam de angst om dingen te ondernemen af.

Tijdens het sporten leerde patiënte om door te gaan tot het gaatje. Ook buiten de topsport neigt patiënte ertoe om door te gaan totdat ze er letterlijk



bij neervalt. We hebben bekeken hoe ze een betere balans kan vinden tussen inspanning en ontspanning. Vanaf de vierde sessie heeft zij iedere dag 30 minuten tijd voor zichzelf vrijgemaakt, waarin zij een serie keek, een boek las of creatief bezig was. Hierbij ervoer zij dat de onrust in haar gedachten en lichaam afnam. Dit hielp haar om in haar weekschema meer rekening te houden met haar belastbaarheid. Ze plande dagen vrij als zij veel afspraken achter elkaar had. Dit werd steeds gemakkelijker, omdat patiënte tijdens de gedragsexperimenten ervoer dat mensen schappelijk reageerden wanneer ze ruimte voor zichzelf vroeg.

In sommige situaties blijft het lastig voor patiënte om haar grenzen aan te voelen, waardoor ze zichzelf overbelast en de uitvalsverschijnselen blijven optreden. Daarom is besloten een extra interventie toe te voegen, namelijk het opstellen van een GOR-schema. Hierbij wordt aan de hand van verschillende kleuren (groen, oranje en rood) in kaart gebracht welke signalen kenbaar maken dat de spanning te hoog oploopt: groen is de veilige fase met weinig tot geen spanningen, bij oranje dreigt overbelasting, en in de rode fase gaat het mis. Deze interventie wordt beschreven in het behandelprotocol *Hou je staande* (Moene, 2021). Gedurende de laatste vijf bijeenkomsten heeft patiënte dit schema ingevuld, aan de hand van gebeurtenissen gedurende de week. Ze werd zich bewuster van haar lichamelijke signalen en grenzen, waardoor ze die tijdig kon aangeven.

## RESULTATEN

.....

Het belangrijkste resultaat van de therapie is het verdwijnen van de uitvalsverschijnselen na de zevende sessie (tabel 1). Een follow-upmeting vond plaats na 3 maanden. In die tijd was er sprake van een eenmalige, kortstondige uitval. Daar ging een stressvolle week aan vooraf, waarin patiënte last had van slaapttekort en weinig tijd had voor ontspanning. Daarom verraste het recidief haar niet. Patiënte vertrouwt erop dat de uitvalsverschijnselen afwezig blijven wanneer zij de dingen blijft toepassen die ze geleerd heeft.

Tabel 2 geeft weer in hoeverre de subdoelen zijn bereikt, zoals het aangeven van grenzen, het verminderen van piekeren, de toename van ontspannende activiteiten en het verminderen van vermijding.

TABEL 1 *Uitvalsverschijnselen per week (duur in aantal uur)*

Uitvalsverschijnselen	Frequentie	Duur
Sessie 2	26	7,43
Sessie 3	32	4,19
Sessie 4	21	5,45
Sessie 5	2	0,83
Sessie 6	1	0,50
Sessie 7	0	0,00
Sessie 8	0	0,00
Sessie 9	0	0,00
Sessie 10	0	0,00
Sessie 11	0	0,00
Sessie 12	0	0,00
Sessie 13	0	0,00
Sessie 14	0	0,00
Sessie 15	0	0,00
Follow-up	1	0,05

TABEL 2 *Score op de Goal Attainment Scale (GAS)*

GAS	Uitval	Grenzen	Piekeren	Ontspanning	Vermijding
Baseline	4	1	0	3	0
Sessie 5	3	3	7	7	7
Sessie 10	9	9	8	10	10
Sessie 15	10	10	7	10	10
Follow-up	10	10	10	9	10

*Noot.* GAS = Goal Attainment Scale. De scores lopen van 0-10. Een hogere score betekent verbetering.

De angsten voor de aanvallen zijn verdwenen, waardoor patiënte geen situaties meer vermijdt (tabel 3).

TABEL 3 *Score op de Fear Questionnaire (FQ)*

FQ	Vermijding	Angst
Baseline	5,7	4,4
Sessie 5	3,0	3,6
Sessie 10	2,6	4,9
Sessie 15	0,4	0,4
Follow-up	0,0	0,0

*Noot.* FQ = Fear Questionnaire. De scores zijn gemiddelden en lopen van 1-8. Een hogere score indiceert een hogere mate van vermijding/angst.

Tijdens de evaluatie vertelt patiënte dat ze sneller voorrang geeft aan haar eigen behoeften. Wanneer andere mensen het vervelend vinden als patiënte haar grenzen aangeeft, betreft zij dat niet meer op zichzelf. Door te oefenen met het stellen van grenzen, ervoer zij dat mensen het meestal niet erg vinden als ze voor zichzelf kiest.

Patiënte vertelt dat zij minder piekert. De dagelijkse momenten van ontspanning, het uitdagen van gedachten en het inzetten van helpende gedachten hebben hieraan bijgedragen. Ze ligt 's avonds in bed zonder dat haar gedachten voor haar gevoel alle kanten opgaan. Patiënte denkt dat ze daardoor beter doorslaapt.

Ook leerde ze beter te ontspannen. Het inplannen van een half uur per dag voor zichzelf werkt naar haar zeggen erg goed, ook als ze een drukke week heeft. Ze doseert haar afspraken, en houdt rekening met een goede balans tussen rust en inspanning. Ze houdt bewust dagen vrij in haar agenda.

Ze zegt geen angst voor uitvalsverschijnselen meer te ervaren en kan daardoor de activiteiten ondernemen die ze voor het ontstaan van de klachten ook deed: 'Ik ben opener in wat ik voel en vind. Eerder sprak ik me hier nooit over uit, ook niet als mijn omgeving wel zag dat er iets aan de hand was, waardoor zij niet goed wisten hiermee om te gaan. Ze probeerden dan door te vragen, maar vaak wist ik ook zelf niet wat ik voelde en dacht. Hier heb ik beter zicht op gekregen. Het invullen van de gedachterapporten heeft hieraan bijgedragen. De reacties van de omgeving op de oefeningen zijn een eyeopener voor mij geweest.'

## DISCUSSIE

.....

Omdat patiënte op jonge leeftijd startte met topsport, beïnvloedde de cultuur binnen de topsport haar persoonlijke ontwikkeling, wat zich uitte in

haar karakter, vaardigheden en zelfbeeld. Het leidde tot een eenzijdige en soms meedogenloze nadruk op presteren en doorzetten, waardoor zij kwetsbaar werd voor psychische problemen. Het zou voor jonge sporters, zoals patiënte, beter zijn dat er niet alleen aandacht is voor hun prestaties, maar ook voor de sporter als mens. Hoewel dat laatste ongetwijfeld op veel plaatsen het geval is, zijn er ook bedenkingen (de Vries et al., 2017; Wiese-Bjornstal, 2010). Met name bij jonge sporters is er sprake van een onevenwichtige machtsrelatie, waarbij de jonge sporter onvoldoende mogelijkheden heeft om weerstand te bieden tegen kwalijke invloeden. Veelal nemen jonge sporters de heersende mores in de sportcultuur klakkeloos over. Vaak weten ze niet beter. Ook hebben ze niet de vaardigheid om zich staande te houden in een veeleisende omgeving. Dat legt grote verantwoordelijkheid bij de trainers om jonge sporters te helpen in hun persoonlijke ontwikkeling en aandacht te besteden aan vragen als: Hoe ontwikkelt iemand een positief zelfbeeld (los van prestaties)? Hoe kan ik een sporter steunen bij tegenslag in plaats van straffend op te treden? Hoe ga ik op een verstandige manier om met emoties en lichamelijke sensaties zoals pijn?

Een tweede opmerking betreft de behandeling van FNS. Er is een tekort aan behandelaren die zich bekwaam achten om patiënten met FNS te behandelen (GGZ Standaarden, 2017). Dat heeft meerdere redenen. Allereerst komen wij geregeld behandelaren tegen die denken dat het behandelen van somatoforme stoornissen een 'andere wereld' is, waarin ze met hun therapeutisch gereedschap niet uit de voeten kunnen. Dat gevoel wordt mogelijk versterkt doordat in protocollaire behandelingen geregeld hypnose genoemd wordt, een techniek die niet veel therapeuten beheersen (Hoogduin et al., 2017). Met deze casus hopen we te illustreren dat een deel van de patiënten met FNS te behandelen is met technieken die elke gedragstherapeut standaard in zijn pakket heeft. De behandeling was in dit geval niet anders dan een willekeurige andere gedragstherapeutische behandeling: beginnen met een casusconceptualisatie (hoe zit het probleem in elkaar: wat zijn voorliggende kwetsbaarheden, wat zijn de uitlokkers van het probleemgedrag en welke gevolgen houden het probleem in stand), het stellen van duidelijke behandeldoelen, en het bedenken van interventies om die doelen te bereiken. In het geval van patiënte hebben we ons vooral gericht op de factoren die het gedrag in stand hielden en gebruikten daarbij gangbare interventies. Ook andere gangbare interventies hadden toegepast kunnen worden bij deze patiënte, zoals een zelfbeeldmodule (de Neef, 2022) of EMDR gericht op de anticipatieangst voor de aanvallen, waarbij wordt uitgegaan van een specifiek geconstrueerd schrikbeeld (Logie & de Jongh, 2014). Er leiden vele wegen naar Rome, ook in de behandeling van FNS.

**Carine van Empelen** (gz-psycholoog) en **Michel Reinders** (klinisch psycholoog) werken beiden bij het Expertisecentrum Psychosomatiek GGZinGeest te Amstelveen.

*Correspondentieadres:* Carine van Empelen, GGZinGeest, Laan van de Helende Meesters 433, 1186 DL Amstelveen. E-mail: c.vanempelen@ggzingeest.nl.

### **Summary** *The paralysing effect of elite sport culture*

When athletes start doing top-level sports at a young age, the culture within top-level sports influences their character development. Sometimes for the better, sometimes for the worse, as with the patient we describe in this case. During the training sessions, the emphasis was on pushing physical boundaries. Not only did she learn to ignore her body signals, but she also got the feeling that she was never doing it right. Ultimately, this led to overload and she developed paralysis in attacks. The neurologist referred to this as a functional neurological disorder (FND). We treated the patient with 15 sessions of cognitive behavioral therapy, after which the symptoms disappeared. The case underlines the responsibility that rests on the shoulders of trainers within top-level sports to guide their pupils in a good way and to contribute to positive character development. This case also shows that FND does not always require complicated treatment with techniques that only a small number of therapists have mastered, such as hypnosis. In the case study, we used behavioral therapy techniques that every behavioral therapist has at their disposal. Hopefully, an illustration of this approach will make FND treatment more accessible.

**Keywords** *FND, top level sports, behavioral therapy, paralysis*

### **Literatuur**

- Bennett, K., Diamond, C., Hoeritzauer, I., Gardiner, P., McWhirter, L., Carson, A., & Stone, J. (2021). A practical review of functional neurological disorder (FND) for the general physician. *Clinical Medicine*, 21, 28-36. <https://doi.org/10.7861/clinmed.2020-0987>
- de Neef, M. (2022). *Negatief zelfbeeld*. Boom.
- de Vries, K., Ross-van Dorp, C., & Myjer, E. (2017). *Rapport van de Onderzoekscommissie seksuele intimidatie en misbruik in de sport*. Arko Sports Media.
- Dvornch, V. M., Bunch, W. H., & Siegler, A. H. (1991). Conversion reactions in pediatric athletes. *Journal of Pediatric Orthopedics*, 11, 770-772. <https://doi.org/10.1097/01241398-199111000-00013>
- Espay, A. J., Aybek, S., Carson, A., Edwards, M. J., Goldstein, L. H., Hallett, M., LaFaver, K., LaFrance, W. C. Jr, Lang, A. E., Nicholson, T., Nielsen, G., Reuber, M., Voon, V., Stone, J., & Morgante, F. (2018). Current concepts in diagnosis and treatment of functional neurological disorders. *JAMA Neurology*, 75, 1132-1141. <https://doi.org/10.1001/jamaneuro.2018.1264>
- GGZ Standaarden. (2017). *Conversiestoornis* [Zorgstandaard]. [www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/conversiestoornis](http://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/conversiestoornis)
- Gutkin, M., McLean, L., Brown, R., & Kanaan, R. A. (2020). Systematic review of psychotherapy for adults with functional neurological disorder. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2019-321926>
- Hoogduin, K., de Kleine, R., van Minnen, A., Tibben, M., Stormink, C., Andeweg, E., & Roggeveen, P. (2017). Protocolaire behandeling van patiënten met conversiestoornis (functioneel-neurologisch-symptoomstoornis). In G.

- Keijsers, A. van Minnen, M. Verbraak, K. Hoogduin, & P. Emmelkamp (red.), *Protocollaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten: Boek 3* (pp. 283-368). Boom.
- Kiresuk, T. J. (1994). Historical perspective. In T. J. Kiresuk, A. Smith, & J. E. Cardillo (Eds.), *Goal attainment scaling: Application, theory, and measurement* (pp. 135-160). Lawrence Erlbaum.
- Logie, R., & de Jongh, A. (2014). The 'flashforward procedure': Confronting the catastrophe. *Journal of EMDR Practice and Research*, 8, 25-32. <https://doi.org/10.1891/9780826131683.0003>
- Mannes, Z., Waxenberg, L., Cottler, L., Peristein, W., Burell, L., Ferguson, E., Edwards, M., & Ennis, N. (2019). Prevalence and correlates of psychological distress among retired elite athletes: A systematic review. *International Review of Sport and Exercise Psychology*, 12, 265-294. <https://doi.org/10.1080/1750984X.2018.1469162>
- Marks, I., & Mathews, A. M. (1979). Brief standard self-rating for phobic patients. *Behaviour Research and Therapy*, 17, 263-267. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(79\)90041-x](https://doi.org/10.1016/0005-7967(79)90041-x)
- Moene, F. C. (2021). *Draaiboek Hou je Staande* [Ongpubliceerd manuscript].
- Moene, F., & Rümke, M. (2004). *Behandeling van de conversiestoornis: Een interdisciplinaire behandeling*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Oltmans, E., Confectionar, K., Jonkers, R., Kerkhoffs, G., Moen, M., Verhagen, E., Wylleman, P., & Gouttebarga, V. (2022). A 12-month prospective cohort study on symptoms of mental health disorders among Dutch former elite athletes. *The Physician and Sportsmedicine*, 50, 123-131. <https://doi.org/10.1080/00913847.2020.1868276>
- Paredes-Echeverri, S., Guthrie, A. J., & Perez, D. L. (2022). Toward a possible trauma subtype of functional neurological disorder: Impact on symptom severity and physical health. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 1040911. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.1040911>
- Rice, S. M., Gwyther, K., Santesteban-Echarri, O., Baron, D., Gorcynski, P., Gouttebarga, V., Reardon, C., Hitchcock, M., Hainline, B., & Purcell, R. (2019). Determinants of anxiety in athletes: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Sports Medicine*, 53, 722-730. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2019-100620>
- Rice, S. M., Purcell, R., De Silva, S., Mawren, D., McGorry, P. D., & Parker, A. G. (2016). The mental health of elite athletes: A narrative systematic review. *Sports Medicine*, 46, 1333-1353. <https://doi.org/10.1007/s40279-016-0492-2>
- Stroink, L., & Huijbregts, K., (2023). Een heroverweging van premorbide factoren in conversiestoornissen. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 49, 1-13.
- Stroink, L., Mens, E., Ooms, M., & Visser, S. (2022). Maladaptive schemas of patients with functional neurological symptom disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 29, 933-940. <https://doi.org/10.1002/cpp.2671>
- Wiese-Bjornstal, D. (2010). Psychology and socioculture affect injury risk, response, and recovery in high-intensity athletes: A consensus statement. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 20, 103-111. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0838.2010.01195.x>