



[www.DirectieveTherapie.nl](http://www.DirectieveTherapie.nl)

## Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij  
**de Stichting Cognitie en Psychose.**

Voor alle vragen:  
[info@gedachtenuitpluizen.nl](mailto:info@gedachtenuitpluizen.nl)

# Diagnostiek bij de conversiestoornis:mythen en richtlijnen

Kees Hoogduin en Rudy Severeijns\*

Dit artikel is gebaseerd op een voordracht, gehouden op het derde congres Directieve Therapie te Den Haag 1991.

---

## Samenvatting

*De diagnose conversiestoornis wordt vaak ten onrechte gesteld. De aanwezigheid van 'belle indifférence', secundaire ziekte winst, antecedente stressvolle gebeurtenissen en een theatrale houding leveren geen bijdrage aan het stellen van de diagnose 'conversiestoornis'. In dit artikel worden enige richtlijnen gegeven die kunnen helpen te voorkomen dat men ten onrechte concludeert dat een patiënt aan deze stoornis lijdt.*

In de DSM-III-R (APA, 1987) wordt over een conversiestoornis gesproken als het klinische beeld voldoet aan de volgende diagnostische criteria:

- verlies van een lichamelijke functie of verandering in lichamelijk functioneren suggestief voor een somatische aandoening;
- er psychologische factoren zijn van etiologische betekenis. Met name is er een verband in de tijd tussen psychosociale stressoren – gerelateerd aan een psychologisch conflict of een behoefte – en het ontstaan of sterk verergeren van de klachten;
- de patiënt veroorzaakt de klachten niet opzettelijk; de klachten staan niet onder invloed van de wil;
- de klacht is niet een cultureel geaccepteerd gedragspatroon. Er kan geen lichamelijke oorzaak voor de klachten gevonden worden;
- de klacht is niet beperkt tot pijn of een seksueel probleem.

De criteria zijn duidelijk, maar de vaststelling of een bepaalde patiënt eraan voldoet niet. Dat het om een lichamelijke klacht gaat die niet met opzet wordt veroorzaakt, is al lastig vast te stellen. Dat psychologische factoren van etiologische betekenis zijn is zelfs onmogelijk vast te stellen, daar de oorzaken van de conversiestoornis niet bekend zijn. Ook het criterium dat er geen lichamelijke oorzaak gevonden kan worden, blijkt niet gemakkelijk te gebruiken. Weintraub (1983) vermeldt dat niet minder dan 25 tot zestig procent van de patiënten met de diagnose 'conversiestoornis' uiteindelijk een somatische aandoening bleek te hebben waaruit de klachten verklaard konden worden. Bij ruim dertien procent (53) van 395 patiënten met een neurologische aandoening bleek eerder een psychiatrische verklaring voor de klachten gegeven te zijn. Conversiestoornissen kunnen niet los worden gezien van de opvattingen die bestonden en bestaan over hysterie. Zo noemen Gelder et al. (1989) in *The Oxford textbook of*

---

\* DR. C.A.L. HOOGDUIN is als hoogleraar verbonden aan de vakgroep Klinische psychologie en persoonlijkheidsleer van de Katholieke universiteit Nijmegen. Hij is tevens hoofd van de polikliniek Psychiatrie van het Reinier de Graaf Gasthuis te Delft.

DRS. R. SEVEREIJNS, psycholoog, is werkzaam op de afdeling Psychiatrie van het Reinier de Graaf Gasthuis te Delft. Correspondentieadres: Prof. dr. C.A.L. Hoogduin, Zoeterwoudsesingel 77, 2313 EL Leiden.

*psychiatry* nog steeds secundaire ziekte winst, 'belle indifférence' en theatrale uitingen als belangrijkste begeleidende verschijnselen. De klacht zou bovendien ontstaan na een periode van acute of langdurige stress (vgl. Daveson & Neale, 1986). In dit artikel wordt onderzocht of de genoemde begeleidende verschijnselen van nut kunnen zijn bij het stellen van de diagnose conversiestoornis. Vervolgens worden enige richtlijnen gegeven waarmee voorkomen kan worden dat de diagnose conversiestoornis ten onrechte wordt gesteld.

## Mythen over de conversiestoornis

### *'Belle indifférence'*

Onder 'belle indifférence' wordt verstaan een relatief gebrek aan belangstelling voor de klachten door de patiënt. De patiënt zou een ziekelijke onverschilligheid aan den dag leggen voor de klachten en tegelijkertijd een opgewekte indruk maken. Gould en zijn medewerkers (1986) onderzochten of 'belle indifférence' ook voorkwam bij patiënten die recent een ernstige hersenaandoening hadden door-gemaakt. Zij konden dit fenomeen bij negen van de dertig patiënten vaststellen. Op grond hiervan kwamen zij tot de conclusie dat 'belle indifférence' een belangrijke reden is om aan een acute hersenbeschadiging te denken. 'Belle indifférence' is dus niet kenmerkend voor patiënten met de diagnose conversiestoornis. Is 'belle indifférence' misschien meer een manier van omgaan met een ziekte? Soms lijkt het erop dat patiënten geloofwaardiger zijn als ze vloeken of mopperen of anderszins hun ongenoegen over hun ziekte uiten.

### *Secundaire ziekte winst*

Door diverse auteurs wordt aangenomen dat patiënten door de conversiestoornis bepaalde voordelen verkrijgen, die ze zonder de stoornis niet verkregen zouden hebben, of dat ze door de stoornis onaangename zaken kunnen vermijden. Cru gezegd: door de hele dag op krukken te lopen zou men bereiken dat men het huishouden niet hoeft te doen. Wanneer mensen ten gevolge van een auto-ongeval hun benen breken, worden ze meestal door hun familieleden verwend. Zij krijgen kopjes thee op bed, zij krijgen liefde en warmte. Men krijgt wat in een beschaafde cultuur een zieke toekomt: genegenheid en liefde. Wanneer men echter aan een conversieverlamming lijdt, dan krijgen genegenheid en liefde ineens een andere betekenis. De patiënt met de conversie lijkt deze liefde en warmte niet te mogen ontvangen. Immers, 'eigenlijk' gaat het de patiënt om deze genegenheid en worden diens klachten ten minste door uitingen van genegenheid in stand gehouden. Onderzoeksgegevens over ziekte winst ontbreken, maar uit ervaring is bekend dat patiënten met een conversiestoornis die door hun partner consequent onaardig worden bejegend, desondanks hun klachten houden.

### *Voorafgaande periode van zware psychische belasting*

In het Reinier de Graaf Gasthuis werden elf patiënten behandeld met de diagnose 'conversieverlamming' (zie voor een uitvoerige rapportage: Hoogduin et al., 1990b). Aan deze patiënten werd gevraagd hoe hun bestaan was voordat de ziekte optrad. Bij

alle elf bleek dat ze kortere of langere tijd aan ernstige belasting hadden blootgestaan: gestorven familieleden, grote problemen met kinderen, het verlies van werk. Bij alle patiënten leek er dus een relatie tussen de stress en het ontstaan van de stoornis vast te stellen; ook bij de drie patiënten bij wie hernieuwd neurologisch onderzoek aantoonde dat ze aan een ernstige ziekte leden (multipale sclerose, een hersentumor en de derde patiënt olivoponto-cerebellaire atrofie). Conclusie: wanneer met een vergrootglas gezocht wordt naar belastende gebeurtenissen, worden deze steeds gevonden.

### ***Theatrale presentatie***

Patiënten met een 'belle indifférence' uiten geen klachten. Ze dragen hun lijden zonder te klagen en vertonen zelfs onverschilligheid ten opzichte van hun klachten; dit is iets heel anders dan een theatrale of dramatische klachtenpresentatie. Enerzijds blijkt dus dat bij mensen die gedwee hun lot dragen de diagnose conversie overwogen wordt, anderzijds blijken mensen die hun klachten met verve presenteren ook in aanmerking te komen voor de diagnose conversie. Uit onderzoeksgegevens over het voorkomen van persoonlijkheidsstoornissen blijkt dat ongeveer twee tot vier procent van de Westeuropese bevolking aan een persoonlijkheidsstoornis zou lijden (Diekstra, 1990). Bovendien zou de theatrale persoonlijkheidsstoornis – de stoornis waarbij de theatrale klachtenpresentatie verwacht mag worden – naast de borderline- en de afhankelijke persoonlijkheidsstoornis, het vaakst voorkomen. De conversiestoornis is een zeldzame stoornis. Deze zeldzaamheid gevoegd bij het relatief frequent voorkomen van een persoonlijkheid met theatrale trekken moet tot de conclusie leiden dat een patiënt met lichamelijke klachten en een theatrale presentatie meestal een lichamelijke ziekte zal hebben.

### **Richtlijnen bij de diagnostiek**

*Richtlijn 1: somatisch onderzoek sluit een lichamelijke ziekte niet uit.* Uit onderzoeksgegevens is gebleken dat een belangrijk percentage patiënten met een conversiestoornis een ernstige neurologische ziekte heeft. Bij ongeveer eenderde tot de helft van de patiënten blijkt toch een lichamelijke verklaring voor de klachten gegeven te kunnen worden (Weintraub, 1983; Slater & Glithero, 1965). Vaak blijkt dat het eerder uitgevoerde lichamenlijk onderzoek onvolledig was of niet goed werd geïnterpreteerd. Een voorbeeld kan dit illustreren: De patiënt is een meisje met een scheefhals, een maskergezicht en speekselvloed (zie Hoogduin et al., 1990). Bij neurologisch onderzoek werden de afwijkingen geïnterpreteerd als bijverschijnselen van neuroleptica gebruik. De klachten verdwenen echter niet na staken van de medicatie. Patiënte bleek een torticollis spasmodica te hebben. 's Ochtends bij het ontwaken stond het hoofd in de middenstand als gevolg van de diepe spierontspanning tijdens de slaap. De verpleegkundigen van de afdeling zagen het hoofd 's morgens in deze middenstand en vonden daarin een bevestiging van de diagnose conversie: 'Zie je wel, ze kan het hoofd wel gewoon recht houden'. Patiënte werd overgeplaatst naar een afdeling waar men een neurologische verklaring voor de klachten meende vast te stellen. Zij werd behandeld met anti-Parkinson-middelen in een hoge dosering, waarna de klachten verdwenen. Waarschijnlijk leed ze aan een juveniele vorm van de ziekte van Parkinson, een aandoening die met bovengenoemde klachten kan beginnen.

Samengevat: wanneer er geen somatische verklaring voor de klachten kan worden aangegeven is het van belang na te gaan op grond van welk diagnostisch onderzoek hiertoe besloten is, en zo nodig verder somatisch onderzoek te laten uitvoeren.

*Richtlijn 2: een ernstig zieke heeft altijd een ernstige ziekte.* Allereerst een voorbeeld. Een bevriende tandarts vroeg advies voor het volgende probleem: Zijn dochter had tijdelijk haar schoonmoeder in huis genomen omdat deze vrouw ten gevolge van allerlei lichamelijke klachten niet langer door haar partner kon worden verzorgd. Wat bleek? De huisarts en de neuroloog vonden deze vrouw, die niet goed meer kon lopen, een aanstelster. Het slechte lopen werd geïnterpreteerd als een poging om aandacht te krijgen. Het beleid was geweest om de oudere dame – ze was 71 jaar – krachtig toe te spreken. Verder drong men erop aan om haar de consequenties van haar gedrag zelf te laten dragen. Toen ze een incontinentie ontwikkelde voor urine en ontlasting moest ze zelf haar kleding en meubilair reinigen. De moeilijkheid was echter dat ze niet zo goed kon lopen. Dit betekende dat het door de huisarts gegeven advies niet altijd kon worden uitgevoerd, waarop krachtiger maatregelen werden aangekondigd. We boden aan de patiënte eens te onderzoeken. Bij binnenkomst – in een rolstoel – huilde ze. Op de vraag: 'Hoe gaat het met u?' antwoordde ze: 'Zo slecht. Ik kan niet meer lopen en nu plas ik alsmaar.' Bij onderzoek werden pathologische voetzoolreflexen vastgesteld, suggestief voor een ernstige neurologische aandoening. Patiënte werd na tien minuten onderzoek doorverwezen naar de neurologische afdeling. Ze werd opgenomen en enige dagen later werd bij operatie een (goedaardige) tumor in het ruggemerg verwijderd.

Samengevat: bij patiënten die als doodziek imponeren is het niet zinvol zich bezig te houden met de vraag of het om een conversiestoornis gaat. Zorg bij patiënten met ernstige klachten dat allereerst de onderzoeken en eventuele noodzakelijke medische maatregelen genomen worden. Mocht later blijken dat het in dit geval toch om een conversie handelt, dan is er niets verloren.

*Richtlijn 3: patiënten met een onbekende ziekte bestaan echt.* Een pedofiele man die betrappt was op seksueel contact met een jongere ontwikkelde in aansluiting hierop een ernstig ziektebeeld. Hij vertoonde een ernstige rigiditeit van de spieren. Hij werd incontinent en vervolgens impotent. Neurologisch onderzoek werd afgesloten met de conclusie: geen lichamelijke verklaring voor de klachten. De patiënt werd in behandeling genomen voor een conversiestoornis. Helaas werd noch met hypnose, noch met gedragstherapie enig effect bereikt. Integendeel, de patiënt ging verder achteruit. Na twee maanden klinische behandeling vond de patiënt het welletjes. Hij wilde verder geen behandeling en ging naar huis. Drie weken later werd hij opnieuw opgenomen op de neurologisch afdeling van een academisch ziekenhuis. Daar werd de diagnose 'olivoponto-cerebellaire atrofie' gesteld, een neurologisch ziektebeeld dat pas de laatste jaren in de belangstelling is gekomen.

Samengevat: er zijn zeldzame ziektebeelden die door de relatieve zeldzaamheid door de algemene arts of specialist niet bij de differentiële diagnostiek worden betrokken. Bovendien zijn anno 1992 niet alle ziekten bekend.

*Richtlijn 4: 'simulanten' met neurologische aandoende ziektebeelden hebben meestal een ernstige ziekte.* Patiënten met conversieve bewegingsstoornissen lijden aanzienlijk. Ze hebben grillige motorische stoornissen, of ze zijn verlamd. Wanneer iemand om een bepaald doel te bereiken bepaalde klachten wil simuleren, ligt het voor de hand een

ziekte te kiezen die minder inspanning vraagt, bijvoorbeeld een venijnige hoofdpijn, een borende pijn in het middenrif, of ernstige rugklachten. Het is niet goed voorstelbaar dat mensen die iets willen simuleren een dergelijke zware taak als het nabootsen van een ernstige bewegingsstoornis op zich nemen. De conclusie na onderzoek van een patiënt met een bizarre motorische stoornis moet dan ook luiden: dit is een patiënt met een neurologische aandoening. In een enkel geval zal bij onderzoek deze diagnose niet bevestigd kunnen worden. In die gevallen handelt het vrijwel altijd om een ernstige psychiatrische aandoening, namelijk een conversiestoornis.

## Conclusie

De diagnostiek van conversiestoornissen is niet eenvoudig. Veel patiënten met een lichamelijke ziekte imponeren als behept met een conversiestoornis en veel patiënten met een conversiestoornis wekken de indruk een neurologische aandoening te hebben. Neem dus nooit een conversiepatiënt in psychotherapie zonder een recent uitvoerig neurologisch onderzoek. Wanneer er geen aanwijzingen gevonden worden voor een lichamelijke verklaring van de klachten, betekent dit helaas niet dat de patiënt geen lichamelijke ziekte heeft, maar op dat moment is psychotherapie wel verantwoord. Zodra echter de patiënt lichamenlijk verslechtert, is er een indicatie voor een hernieuwd neurologisch onderzoek, bij voorkeur uitgevoerd in een academisch centrum, door een specialist op het gebied van de motorische stoornissen.

Overwegingen om op de ziektekosten te willen bezuinigen, daar het onderzoek mogelijk niets op zal leveren, snijden geen hout. Bezuinigingen op de ziektekosten kunnen beter plaatsvinden bij patiënten bij wie de diagnose (bijv. multipole sclerose) reeds gesteld is. Hen aan een verder onderzoek blootstellen is volledig verspild geld. Bij patiënten met conversiestoornis zal blijken dat in ongeveer eenderde tot de helft van de gevallen de aanvraag voor het onderzoek ten slotte gerechtvaardigd was.

---

### Abstract

*The diagnosis of conversion disorder must be made with great caution as it often proves incorrect. The presence of positive findings like 'belle indifférence', secondary gain, antecedent stressful events and a histrionic attitude cannot be seen as indicative for conversion disorder. In this article some guidelines are given to minimize the misdiagnosis of conversion disorder.*

## Referenties

- APA (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Third edition revised*. Washington: American Psychiatric Association.
- Davson, G.C. & Neale, J.M. (1986). *Abnormal psychology*. New York: Wiley.
- Diekstra, R.F.W. (1990). Persoonlijkheidsstoornissen. In: W. Vandereycken, C.A.L. Hoogduin & P.M.G. Emmelkamp (red.). *Handboek Psychopathologie, deel 1*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Gould, N., Miller, B.L., Goldberg, M.A. & Benson, D.F. (1986). The validity of hysterical signs and symptoms. *Journal of Nervous and Mental Disorder*, 179, 593-197.
- Gelder, M., Gath, D. & Mayou, R. (1989). *Oxford textbook of Psychiatry* (pp. 196-114). Oxford, New York, Melbourne: Oxford University Press.

- Hoogduin, C.A.L., Akkermans, M. & Hopman, I. (1990a). Een neurologische patiënt in een psychiatrisch ziekenhuis. *Directieve Therapie*, 10, 91–96.
- Hoogduin, C.A.L., Dyck, R. van, & Haan, E. de (1990b). Behandeling van conversies met hypnose. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 32, 450–161.
- Slater, E. & Glithero, E. (1965). A follow-up of patients diagnosed as suffering from hysteria. *Journal of Psychosomatic Research*, 9, 9–13.
- Tissenbaum, M.J. Harter, H.M. & Friedman, A.P. (1951). Organic neurological syndromes diagnosed as functional disorders. *JAMA*, 147, 1519–1521.
- Weintraub, N.I. (1983), *Hysterical conversion reaction: A clinical guide to diagnosis and treatment*. Lancaster: Falcon House.