



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

Klinische behandeling van zestien patiënten met een motorische conversiestoornis¹; een 'pilot-study'

Franny Moene en Kees Hoogduin*

Samenvatting

In dit artikel worden het behandelprogramma, de behandelresultaten en een aantal patiëntgegevens beschreven van klinische studies in Dordrecht en Delft. De studies fungeerden als 'pilot' voor een zich in een vergevorderd stadium bevindend onderzoeksproject naar het resultaat van hypnotherapie in de klinische en ambulante behandeling van patiënten met een motorische conversiestoornis. Na enkele inleidende opmerkingen over de problemen bij de interpretatie van onderzoeksgegevens, wordt relevante literatuur over de klinische behandelresultaten van patiënten met deze stoornis besproken. Daarna worden de elementen uitgewerkt van het gebruikte behandelprogramma. Dit bestaat uit interventies die gericht zijn op het lichamelijk functioneren en uit psychologische interventies, waaronder hypnotherapie. De positieve resultaten van de studies lijken aan te tonen dat het de moeite waard is om het effect van klinische behandeling, waarbij ook gebruik wordt gemaakt van hypnose, te onderzoeken in gecontroleerde klinische trials. Bij de interpretatie van de resultaten zou vooral aandacht moeten worden gegeven aan de primaire diagnose (met name somatisatiestoornis), duur van de klachten, traumatische ervaringen in de jeugdijaren, dissociatieve capaciteiten, hypnotiseerbaarheid en aanwezigheid van pijn.

Inleiding

In de literatuur bestaat er geen overeenstemming over de meest effectieve therapie voor de behandeling van de conversiestoornis (APA, 1994). Met vele therapievormen wordt succes geclaimd. Het is natuurlijk onjuist om aan de hand van de als succesvol beschreven behandelmethoden de conclusie te trekken dat toepassing van deze methoden inderdaad tot succes zal leiden. Wel is gebleken dat tijdens diverse behandelingen de klachten soms verminderen of verdwijnen (Greenleaf, 1971; Pelletier, 1977; Fishbain, Goldberg, Khalil, Asfour, Abdel-Moty, Meagher, Santana, Rosmoff & Rosmoff, 1988). Daarbij is het aannemelijk dat ook in de behandeling van patiënten met een conversiestoornis specifieke of gemeenschappelijk werkzame therapiefactoren een rol spelen bij het resultaat van de diverse behandelingsstrategieën (Frank, 1979; Kazdin, 1986; Van Dyck, 1986).

Gecontroleerd onderzoek naar de ambulante en klinische behandeling van conversies is schaars en heeft ook veel methodologische tekortkomingen (Turner & Hersen, 1975;

* DRS. F.C. MOENE, psycholoog/psychotherapeut, is hoofd van de polikliniek voor volwassenen van het algemeen psychiatrisch ziekenhuis De Grote Rivieren te Dordrecht; zij is tevens werkzaam op de speciale conversie-afdeling.

Correspondentieadres: Mevrouw drs. F.C. Moene, Algemeen psychiatrisch ziekenhuis De Grote Rivieren, Overkampweg 115, 3318 AR Dordrecht.

DR. C.A.L. HOOGDUIN, zenuwarts, is hoogleraar psychopathologie aan de vakgroep Klinische psychologie en persoonlijkheidsleer van de KU Nijmegen. Hij is managing partner van de psychologenpraktijk HSK te Nijmegen.

Dickes, 1974; Scallet, Cloninger & Othmer, 1976; Bird, 1979; Scott Mizes, 1985). Het gebrek aan overeenstemming bij de afgrenzing van de klachten is een eerste complicerende factor bij de analyse van de behandelresultaten. Een andere moeilijkheid is dat conversiesymptomen bij verschillende ziektebeelden voorkomen, en dus ook een onderdeel kunnen vormen van meer omvattende psychiatrische stoornissen zoals de somatisatiestoornis of de dissociatieve identiteitsstoornis, wat uiteraard implicaties heeft voor het beloop en de (behandel)prognose. In de beschrijving van patiëntenpopulaties met conversiestoornissen wordt merkwaardigerwijs vaak verzuimd aan te geven aan welke psychiatrische stoornis de patiënten lijden of wat de 'hoofddiagnose' was (Cloninger, Martin, Guze & Clayton, 1986). Afgezien van deze complicerende factoren kan uit de weinige vergelijkende studies worden afgeleid dat zowel de toepassing van suggestieve methoden, waaronder hypnose, als gedragstherapeutische technieken en eclecticische behandelprogramma's bij de behandeling van conversieverschijnselen goede resultaten kunnen geven, waarbij blijvend behandel succes gerelateerd lijkt aan de aan- of afwezigheid van meer omvattende psychiatrische stoornissen en aan de duur van de conversie (Hafeiz, 1986).

Hypnose

Over de toepassing van hypnose bij de behandeling van de conversiestoornis zijn vele gevalstudies gepubliceerd (o.a. Wolberg, 1948; Carter, 1949; Wilkins & Field, 1968; Patterson, 1980; Mc Cue & Mc Cue, 1988). Er bestaat evenwel geen gecontroleerd resultaatonderzoek. Wel zijn er argumenten aan te voeren op grond waarvan aangenomen kan worden dat hypnotherapie een bruikbare methode kan zijn bij de behandeling van de conversiestoornis. Deze volgen nu.

Hypnose en de klinische praktijk

Aan conversie verwante verschijnselen kunnen door middel van hypnose worden opgewekt en tot verdwijnen worden gebracht. Door middel van klinische demonstraties werd reeds in de vorige eeuw door Charcot, Janet en Bernheim gesignaleerd dat er overeenkomsten bestaan tussen het gedrag van gehypnotiseerde mensen en histerie (hypnose als 'kunstmatige histerie'). Ook blijkt uit de vele gevalbeschrijvingen waarbij conversieverschijnselen met hypnose werden behandeld en klachten verminderden of verdwenen, dat klinici op grond van hun ervaring nog steeds het idee hebben dat conversie(histerie) en hypnose met elkaar samenhangen (Janet, 1901; Wolberg, 1948; Spiegel & Spiegel, 1978; Kleber, Draijer & Van der Hart, 1995; Hoogduin, Van Dijk & De Haan, 1990; Frankel, 1994).

Hypnotiseerbaarheid en conversie

Uit eerder onderzoek is gebleken dat patiënten met ernstige conversieverschijnselen of patiënten bij wie de conversie een onderdeel vormt van het syndroom van Briquet (ofwel de somatisatiestoornis) in vergelijking met een controlegroep van mensen zonder speciale psychopathologie opvallend hoog scoren op hypnotiseerbaarheidsschalen (Bliss, 1984). Ook andere auteurs (Spiegel, 1990; Steingard & Frankel, 1985) stelden vast dat patiënten met conversieverschijnselen beter

hypnotiseerbaar zijn dan 'normale' proefpersonen en patiënten met andere psychiatrische ziektebeelden.

Hypnotiseerbaarheid en behandelresultaat

Het therapeutisch belang van hypnotiseerbaarheid bij behandelingen waarin het gebruik van hypnose een onderdeel van de behandeling vormt, is de laatste jaren uitgebreid onderzocht. Uit overzichten van het tot nu toe verrichte onderzoek blijkt dat beter hypnotiseerbare patiënten meer baat hebben bij hypnotherapie, vooral bij de behandeling van bijvoorbeeld pijn of astma. Het gemeenschappelijke aan deze klachten is dat ze onwillekeurig optreden en dat de patiënt door hypnose leert er enige of meer controle over te krijgen. De conversiestoornis staat evenmin onder de willekeurige controle van de patiënt. Dit zou betekenen dat hypnotiseerbaarheid ook bij de behandeling van de conversiestoornis een factor is die invloed zou kunnen hebben op het behandelresultaat (Spinhoven, 1982).

Bij behandelingen waarin geen gebruik wordt gemaakt van hypnose blijkt dat patiënten met hoge hypnotiseerbaarheidsscores aanvankelijk meer opknappen dan patiënten met lagere scores, maar dat ze wel een grotere kans hebben op terugval en heropname (Evans, 1990).

Hypnotiseerbaarheid en dissociatie

Uit onderzoek naar de relatie tussen hypnotiseerbaarheid en dissociatie is gebleken dat een aantal variabelen gemiddeld sterk correleren met hypnotiseerbaarheid. Deze variabelen hebben te maken met het vermogen om flexibele controle uit te oefenen op het bewustzijn, zoals bij imaginatie (Hilgard, 1979) en absorptie (Tellegen & Atkinson, 1974); het vermogen om tijdens de slaap te reageren op betekenisvolle suggesties en de vaardigheid om à la minute in slaap te vallen (Evans, 1990). Diverse auteurs beschouwen deze bevindingen als ondersteuning van de gedachte dat hypnose een dissociatieverschijnsel is (Evans, 1990).

Onderzoek bij klinische populaties en groepen 'normale' mensen naar de relatie tussen hypnotiseerbaarheid en dissociatieve ervaringen levert geen eensluidende conclusies op. Samenvattend blijkt dat de relatie tussen hypnotiseerbaarheid en het hebben van dissociatieve ervaringen bij klinisch psychiatrische populaties sterker is dan bij niet-klinische populaties of 'normale' proefpersonen en dat de sterkte van de relatie direct samenhangt met de psychopathologie en/of de ernst van de psychopathologie (Frischholz, Lipman, Braun & Sachs, 1992a; Vanderlinden, Van Dyck, Vandereycken & Vertommen, 1995).

Conversie, hypnotiseerbaarheid en dissociatie

Hypnotiseerbaarheid en dissociatie spelen een rol in de theorievorming over het ontstaan van conversieverschijnselen. Auteurs als Janet (1901), Hilgard (1977), Spiegel (1990), Steingard en Frankel (1985), Bliss (1984), Schacter en Kihlstrom (1989), Nemiah (1990), Kihlstrom (1991), Kleber, Draijer en Van der Hart (1991) nemen aan

dat conversieverschijnselen ontstaan door 'spontane zelfhypnose' en dissociatie van de zintuiglijke waarneming, als reactie op ingrijpende gebeurtenissen of langdurige blootstelling aan stressvolle situaties. In dergelijke situaties schieten de integrerende functies kennelijk tekort en kunnen de gebeurtenissen niet op een normale manier verwerkt worden. Ter ondersteuning van de hypothese dat het bewustzijn een rol speelt in het ontstaan van conversieverschijnselen beschrijft Kihlstrom (1991) een aantal experimenten waaruit gebleken is dat patiënten met conversieverschijnselen in hun gedrag beïnvloed worden door 'niet geziene', 'niet gehoorde', of 'niet gevoelde' stimuli. Zo zullen patiënten met conversieve loopstoornissen maar zelden vallen of zichzelf pijn doen. Een conversief dove patiënt geeft elektromyografische reacties op een met het gehoor geconditioneerde stimulus voor het krijgen van een shock; patiënten die conversief blind zijn blijken in staat tot visuele discriminaties. In wezen gedragen conversiepatiënten zich dus geheel anders dan op grond van hun klachtenpatroon verwacht zou mogen worden. Kihlstrom noemt dergelijk paradoxaal gedrag voorbeelden van impliciete perceptie, veroorzaakt door dissociatieprocessen.

Er zijn nog maar weinig gegevens beschikbaar over scores op hypnotiseerbaarheidsschalen van patiënten met een conversiestoornis (Bliss, 1984) en helemaal geen gegevens over de scores van conversiepatiënten op dissociatievragenlijsten zoals de Dissociative Experiences Scale (DES, Bernstein & Putnam, 1986) of de Dissociation Questionnaire (DIS-Q, Vanderlinden, 1993; Van Dyck, Vertommen & Vandereycken, 1990).

De argumenten overziend hebben we redenen om aan te nemen dat hypnotherapie dus zowel op grond van klinische en theoretische overwegingen, alsmede op grond van onderzoeksgegevens een nuttige behandeling bij de conversiestoornis kan zijn.

Behandeling

Patiënten die worden opgenomen voor de behandeling van hun conversiestoornis hebben vaak al meerdere mislukte therapieën achter de rug. Voorts hebben zij hun klachten vaak al heel lang. De kans op secundaire negatieve lichamelijke gevolgen van de conversie is daardoor duidelijk aanwezig. Een behandeling waarin dus zowel aandacht wordt besteed aan interventies die gericht zijn op het lichamenlijk functioneren als aan psychologische processen lijkt daarom op haar plaats. Voorts sluit deze benadering aan bij de beleving van de patiënt die zijn aandoening als een lichamelijke ziekte beleeft (Delargy, Peatfield & Burt, 1986; Moene, 1988). Op basis van deze gedachtegang is het hier beschreven behandelprogramma ontwikkeld dat bestaat uit de volgende elementen.

Somatisch onderzoek

Dit wordt uitgevoerd door een neuroloog, ook al heeft er eerder neurologisch onderzoek plaatsgevonden. Zo nodig verwijst de neuroloog naar andere somatisch specialisten of een gespecialiseerd centrum voor de diagnostiek van (pseudo)epileptische aanvallen. Het risico dat een patiënt met een conversiestoornis een ernstige neurologische aandoening heeft is namelijk nogal groot. Uit onderzoeksgegevens is gebleken dat bij 20-60% van de patiënten alsnog een lichamelijke oorzaak van de klachten gevonden

kan worden (Gatfield & Guze, 1962; Slater & Glithero, 1965; Weintraub, 1983; Fahn & Williams, 1988). Hoewel er bij de hoogte van deze cijfers na kritische analyse van de studies kanttekeningen kunnen worden geplaatst (patiënten met dubbele diagnoses; zowel conversiestoornissen als hersenziekten; gedateerde studies; het ontbreken van adequate diagnostische apparatuur), dan nog blijft de noodzaak tot grondig en herhaald lichamelijk onderzoek ook in een latere fase aanwezig, speciaal wanneer er twijfel blijft over de diagnose of wanneer de klachten aanhouden of verergeren na adequate therapie.

Een aanvaardbare verklaring voor het ontstaan van de klacht

Het is bekend dat een van de moeilijkste aspecten van de behandeling van de conversie het motiveren voor een niet-somatische behandeling is. Frank (1979) heeft aannemelijk gemaakt dat een aanvaardbare verklaring voor de klachten een van de belangrijke ingrediënten voor succesvolle psychotherapie is. Het probleem bij patiënten met een conversie is echter dat voor hen zo'n geloofwaardige verklaring niet gemakkelijk is te geven. De patiënt meent een somatische aandoening te hebben terwijl de behandelaar aanneemt dat de klachten een psychische oorzaak hebben (Hoogduin, 1987). In de klinische praktijk worden twee soorten verklaringen gebruikt. De eerste sluit vooral aan bij de somatische presentatie van de klacht, zoals 'het herstellen van spierzwakte na immobiliteit'. Daarbij worden met name de behandel- en revalidatiemogelijkheden benadrukt (Moene & Groenenboom, 1985; Oudshoorn, Moene & Du Jour, 1989). De tweede heeft zowel betrekking op de gepresenteerde klacht als de psychische etiologie, bijvoorbeeld: 'uw symptomen zijn lichamelijke reacties op acute of langdurige overbelasting'.

Het voorkomen van gezichtsverlies

Bij een lange klachtduur is het voor de patiënt en zijn omgeving ongeloofwaardig dat herstel kan optreden met behulp van een kortdurende (psycho)therapie. De therapie wordt dan ook omschreven als zwaar en veeleisend. Daarbij is eveneens van belang dat aandacht wordt besteed aan het voorbereiden van de patiënt op de gevolgen van het afnemen van de klachten, zoals mogelijke negatieve reacties van familie of vrienden, of het beschuldigd worden van simulatie.

Fysiotherapie

Fysiotherapie heeft twee functies bij het herstel. In de eerste plaats heeft de patiënt na langdurige ziekte een goede functietraining nodig. Ook heeft een conversie vaak secundaire somatische gevolgen, zoals chronische pijn, spieratrofie, oedeem of een verslechterde doorbloeding (Trieschmann, Stolov & Montgomery, 1970). De patiënt met een loopstoornis kan bijvoorbeeld een inadequaat looppatroon ontwikkelen op basis van spieratrofie of pijn (Van Synghel & Van Coppenolle, 1989). Fysiotherapie kan eveneens een belangrijk middel zijn om gezichtsverlies tegenover de omgeving tegen te gaan. De patiënt krijgt mede daarom een intensief en gestructureerd oefenprogramma dat is aangepast aan de klachten.

Antecedente en consequente factoren

Wanneer uit de taxatie duidelijk wordt dat er nog factoren aanwezig zijn die mogelijk van belang waren voor het ontstaan of van belang zijn voor het voortbestaan van de klacht, dan worden deze waar mogelijk weggenomen. Ofschoon sommige studies (Hafeiz, 1986) aangeven dat symptoomgerichte behandeling zonder meer succesvolle resultaten kan opleveren, is er ook onderzoek waaruit blijkt dat de klachten terugkeren door bekrachtigingspatronen uit de omgeving, met name bij patiënten met een conversieve klacht in het kader van een somatisatiestoornis (Guze, Cloninger, Martin & Clayton, 1986; Munford & Chan, 1980). Dit betekent vaak dat gedragingen en ideeën vooral van partners en familieleden die een belangrijke rol spelen in het onderhouden van het idee dat de conversie een lichamelijke aandoening is, gecorrigeerd moeten worden (Taylor, 1986), en dat bekrachtiging van het 'ziektegedrag' met operante technieken beëindigd moet worden (Kallman, Hersen & O'Toole, 1975).

Hypnotherapie

De hypnotherapie bestaat uit wekelijkse sessies, voorafgegaan door een voorbereidingszitting waarin uitleg gegeven wordt over de rol van hypnose bij de behandeling van de conversie. Inhoudelijk worden twee hypnotische strategieën toegepast: een symptoomgerichte en een explorerende (Van Dyck & Hoogduin, 1989). De eerste bestaat uit directe en indirecte beïnvloeding van de symptomen, waarbij de gebruikte technieken aangepast zijn aan de aard van de klacht. Zo wordt bijvoorbeeld katalepsie-inductie toegepast als de patiënt geen controle heeft over spierbewegingen of bewegingspatronen. Bij verlammingen wordt gebruik gemaakt van suggesties over het gewaarworden van kinesthetische reacties als prikkelingen of spiertrekkingen in het aangedane lichaamsdeel. Wanneer er een duidelijk luxerend moment is in het optreden van de klachten door belastende of traumatische ervaringen wordt met behulp van leeftijdsregressie of zogenoemde revivificatie teruggeslagen naar de 'oorzaak' van de klacht. De patiënt krijgt de suggestie dat door het uiten van de 'onverwerkte' of gedissocieerde emoties en het verwerken ervan in en buiten hypnose, het herstel bevorderd zal worden. Vervolgens worden eveneens directe en indirecte suggesties voor vermindering van symptomen gebruikt. Een belangrijk onderdeel van de behandeling is het aanleren van zelfhypnose. De patiënt krijgt richtlijnen om dagelijks diverse symptoomgerichte technieken ook zelf te oefenen, waarbij instructies die op een cassetteband zijn vastgelegd als hulpmiddel worden gebruikt.

Het groepsprogramma

Het klinische groepsprogramma is gebaseerd op de uitgangspunten van de directieve therapie (Van der Velden, 1989) en heeft tot doel het probleemoplossend vermogen van de patiënt te vergroten. Gedragsverandering, verandering van cognities en een planmatige aanpak van de problematiek staan centraal. Verder is een richtinggevend principe het leren onderkennen van verbanden tussen het optreden van klachten en bestaande probleemgebieden.

Het grootste deel van het programma bestaat uit groepsgerichte activiteiten zoals groepspsychotherapie, sociale-vaardigheidstraining, 'plan' groep (het concreet maken

van doelen die men wil bereiken), creatieve therapie en sport. Naast het volgen van het groepsprogramma bestaat de behandeling van de conversiepatiënt uit een individueel klachtgericht programma. In dit programma worden activiteiten gepland als psychotherapie, hypnotherapie, fysiotherapie, zelfstandige oefensessies met fysiotherapeutische oefeningen en/of zelfhypnose, en bedrust. Afhankelijk van de mate waarin patiënten geïnvalideerd zijn wordt het behandelprogramma geleidelijk opgebouwd.

De patiënten

Vierentwintig patiënten met de diagnose conversiestoornis werden tussen 1980 en 1990 aangemeld voor klinische behandeling. Alle patiënten waren elders somatisch/neurologisch onderzocht en behandeld. Van de elf patiënten in Delft bleken er drie te lijden aan een neurologische aandoening (olivopontocerebellaire atrofie, multipele sclerose, meningioom) en in Dordrecht was dit bij vier van de veertien patiënten het geval (gemetastaseerd adenocarcinoom, polyneuropathie, cervicale spondylotische myelopathie, dubbelzijdig piramidaal syndroom). Bij één patiënt werd een choreatiform beeld van de spieren van nek en schouders en torderende bewegingen van de romp met tics ten slotte gediagnosticeerd als ticstoornis 'niet nader omschreven'.

Van de overgebleven zestien patiënten (één patiënt werd poliklinisch behandeld) volgen hier de relevante gegevens.

Beschrijving van de patiëntenpopulatie

Analyse van de patiëntgegevens levert een aantal interessante bevindingen op. Alle patiënten zijn vrouwen. Dit is conform de gegevens uit de literatuur dat meer vrouwen dan mannen aan conversiestoornissen lijden (Ziegler, Imboden & Meyer, 1960; Cloninger et al., 1986). Uit de medische correspondentie bleken met name de patiënten in Dordrecht een lange geschiedenis van somatisch onderzoek achter de rug te hebben. Bovendien werd door hen vooral somatische en paramedische behandeling gezocht, anders dan psychiatrische en psychologische behandeling.

Van de zestien patiënten bewogen zich er vijf voort met krukken, negen met behulp van een rolstoel. Vier patiënten hadden aanpassingen in hun woning laten aanbrengen.

Tabel I De conversiesymptomen

aard van de symptomen ²	N Delft	N Dordt
loopstoornissen (paralyse of parese van één of twee benen)	8	7
contracturen (hand of voet)	1	2
pseudo-epileptische aanvallen		2
onvermogen om de romp te buigen		1
grofslagige tremoren in arm en hand		1
somatische complicaties		
cyanose	1	
oedeem	1	
atrofie	1	2
spitsvoet		3

Comorbiditeit

In het Delftse onderzoek werden zeven patiënten gediagnosticeerd als monosymptomatische conversiestoornis en één als conversie in het kader van een somatisatiestoornis. Voor de Dordtse studie waren dat respectievelijk twee en zes patiënten. Bij de Dordtse groep was er bij één patiënte eveneens sprake van een posttraumatische stress-stoornis, chronisch, met verlaat begin, en bij één patiënte van een dissociatiestoornis NAO.

De klachtenduur is relatief lang: voor de totale groep (dus Delft plus Dordt) gemiddeld ruim acht jaar. Voor de Delftse groep varieert de duur van de klachten van drie weken tot acht jaar met een gemiddelde van 1,8 jaar. Voor de Dordtse groep zijn de cijfers pregnanter, respectievelijk anderhalf jaar tot twintig jaar met een gemiddelde van 14,3 jaar.

Hypnotiseerbaarheid

Van de patiënten werd de hypnotiseerbaarheid bepaald met de Stanford Hypnotic Clinical Scale, voor Nederland bewerkt door Oyen en Spinhoven (1983). De schaal bestaat uit vijf items. De score loopt van 0 tot 5. De gemiddelde score voor de totale groep is 3,4. Van de totale groep blijkt 47% goed tot zeer goed hypnotiseerbaar (score 4 of 5).

Relevante antecedente factoren

Bij twaalf van de zestien patiënten ontwikkelden de conversiesymptomen zich in aansluiting op een lichamelijke klacht of aandoening in hetzelfde lichaamsdeel. Dit correspondeert met gegevens uit de literatuur, met name over conversies bij kinderen (Spierings, Poels, Gabreëls & Renier, 1990; Hoogduin & Van Dyck, 1992).

Bij alle patiënten zijn belastende omstandigheden aanwijsbaar die mogelijk als luxerende factor voor het ontstaan van de klachten hebben gefungeerd, zoals een inbraak of de dood van een partner. Ook de patiënten die uiteindelijk aan een neurologische ziekte

bleken te lijden rapporteerden evenwel in ernst vergelijkbare stressfactoren. Dit komt overeen met de mening van Ford en Folks (1985) over de onbetrouwbaarheid van belastende factoren als diagnostisch criterium voor conversie.

Ten slotte is het aantal patiënten uit de Dordtse groep met seksuele en fysieke trauma's opvallend: zes van de acht vrouwen blijken in de jeugd ernstig seksueel en/of fysiek misbruikt te zijn. De gegevens uit de Delftse groep hierover zijn niet bekend.

Behandelresultaten

Van de zestien patiënten werden er vijftien klinisch behandeld. Opname-indicaties waren: de ernst van de conversiestoornis, het uitgeput zijn van verwanten door de gevraagde of benodigde zorg voor de patiënt, het bestaan van uitgebreide bekrachtigingsmechanismen in de eigen omgeving en mislukking van eerdere, ambulante behandelingen. De opnameduur varieerde van enkele dagen tot ruim zeven maanden met een gemiddelde van drie maanden. De poliklinische nabehandeling van de patiënten varieerde van vier tot drieën-zestig zittingen met een gemiddelde van vijftien zittingen.

Tabel 2 Behandelresultaten.

	N Delft	N Delft
volledig hersteld	3	3
bijna volledig hersteld	1	1*
goed hersteld	2**	2***
redelijk hersteld	2****	1
onveranderd (drop-out)		1
Overblijvende problemen: * krukken voor de lange afstand; ** sjokkerige gang; rugpijn; *** waggelende gang; **** paralyse van de teenheffers, gebruikt beugel.		

Van de zestien patiënten herstelden er zes volledig, zes goed tot bijna volledig en drie patiënten bereikten een redelijke verbetering van hun klachten.

Sommige patiënten hielden echter last van restverschijnselen zoals rugpijn of een waggelende gang. Van de twaalf goed tot compleet herstelde patiënten hadden er tien een slappe verlamming of parese en één patiënt een contractuur van de voet.

In de Delftse groep was er bij follow-up geen enkele patiënt verslechterd en twee patiënten waren verder verbeterd. Geen enkele patiënt gebruikte meer krukken of een rolstoel. Eén patiënt had na een jaar een korte terugval.

Tijdens de follow-up-periode van de Dordtse groep hadden drie patiënten een kortdurend recidief met dezelfde (één patiënt) of met andere conversieverschijnselen (twee patiënten). Twee patiënten werden na het ontslag elders nabehandeld. Van hen had er één een recidief en ondanks intensieve behandeling vond er geen verbetering plaats. De ander recidiveerde met dezelfde en/of andere symptomen en was daarna bij periodes symptomvrij.

Op één na hadden alle patiënten met recidieven de diagnose somatisatiestoornis (APA, 1994).

Discussie

In de behandelresultaten is er nauwelijks verschil tussen de Delftse en de Dordtse patiëntengroep. Kijkt men naar de recidief-frequentie dan zijn de resultaten van het Dordtse onderzoek minder gunstig dan die van het Delftse (Hoogduin & Van Dyck, 1992). In het Delftse onderzoek echter werden zeven patiënten gediagnosticeerd als monosymptomatische conversiestoornis en één als conversie in het kader van een somatisatiestoornis. Voor het Dordtse onderzoek waren dat respectievelijk twee en zes patiënten. Op één na werden alle patiënten uit de Dordtse studie die recidiveerden met dezelfde of met andere conversieverschijnselen gediagnosticeerd als somatisatiestoornis. Deze gegevens zijn conform de conclusies uit onderzoek naar de somatisatiestoornis (Gatfield & Guze, 1962; Guze et al., 1986; Cloninger et al., 1986), waaruit blijkt dat deze somatisatiestoornis een slechtere prognose heeft voor blijvend behandel succes.

Het percentage patiënten met een voorgeschiedenis van seksueel of fysiek misbruik is vrij groot. Het verband tussen psychopathologie bij volwassenen en incest en/of seksueel misbruik, fysieke mishandeling en emotionele verwaarlozing in het verleden is de laatste jaren uitgebreid onderzocht (Loewenstein, 1990) en een aantal auteurs (Goodwin, Simms & Bergman, 1989; LaBarera & Dozier, 1980; Morrison, 1989; Albach & Everaerd, 1992) vindt een samenhang tussen conversie en seksueel of fysiek misbruik in de voorgeschiedenis.

Volgens Trieschmann et al. (1970) hebben patiënten met begeleidend pijnklachten een slechtere behandelprognose dan patiënten zonder begeleidend pijn. Fisbein et al. (1988) geven aan dat het voor een goed behandelresultaat van belang is de (chronische) pijn die bij veel conversieve verlammingen een begeleidend verschijnsel is, in de behandeling te betrekken. In deze studie hadden tien patiënten last van begeleidend pijnklachten. Acht van hen knapten desondanks toch op, zonder dat er specifiek aandacht aan de behandeling van de pijnklachten was besteed.

Conclusie

De resultaten van deze klinische studies lijken aan te tonen dat het de moeite waard is om het resultaat van klinische behandeling, waarbij onder meer gebruik wordt gemaakt van hypnose, te onderzoeken in gecontroleerde klinische trials. Bij de interpretatie van de resultaten zou vooral aandacht moeten worden gegeven aan de primaire diagnose (met name somatisatiestoornis), duur van de conversie, traumatische ervaringen in de jeugd jaren, dissociatiecapaciteiten, hypnotiseerbaarheid en aanwezigheid van pijn.

Abstract

The inpatient psychiatric treatment of sixteen patients suffering from a motor conversion disorder, and reports on treatment outcome are described. The studies were used as a pilot study for an ongoing research project on the effect of hypnosis in the treatment of motor conversion disorder. Some introductory comments on the problems of interpretation of research information are followed by a discussion of the literature pertaining to the results

of the inpatient treatment of conversion disorders. Some detail is then given on the treatment programme followed, which consists of interventions directed towards physical functioning and psychological interventions, including hypnosis. The positive results of these studies suggest that comprehensive clinical treatment including hypnosis for conversion disorders has enough promise to be studied in controlled clinical trials. In the interpretation of results, special attention should be given to the primary diagnosis (especially somatization disorder), duration of complaints, traumatic experiences in childhood, dissociative capacity, hypnotizability and presence of pain.

Noten

- 1 Om redenen van herkenbaarheid wordt in dit artikel voor de beschreven klachten de DSM-IV-classificatie 'conversiestoornis' gebruikt. Er zijn argumenten om aan te nemen dat de conversiestoornis dissociatief van karakter is en daarom beter recht wordt gedaan in de ICD-10-classificatie (International classification of disorders, 1992) als 'dissociative motor disorder'
- 2 De patiënten konden meer dan één symptoom hebben; vandaar dat het totale aantal symptomen hoger is dan het aantal patiënten

Referenties

- Albach, F., & Everaerd, W. (1992). Posttraumatic stress symptoms in victims of childhood incest (2de Europese conferentie over traumatische stress). *Psychotherapy Psychosomatics*, 57, 143-151.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.) Washington: APA.
- Bernstein, E.M., & Putnam, F.W. (1986). Development reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 727-735.
- Bird, J. (1979). The behavioral treatment of hysteria. *British Journal of Psychiatry*, 134, 129-137.
- Bliss, E.L. (1983). Multiple personalities, related disorders, and hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 26, 114-123.
- Bliss, E.L. (1984). Hysteria and hypnosis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 172(4), 203-206.
- Carter, A.B. (1949). The prognosis of certain hysterical symptoms. *British Medical Journal*, 1, 1076-1079.
- Cloninger, C.R., Martin, R.L., Guze, S.B., Clayton, P.J. (1986). A prospective follow-up and family study of somatization in men and women. *American Journal of Psychiatry*, 143(7), 873-878.
- Delargy, M.A., Peatfield, R.C., & Burt, A.A. (1986). Successful rehabilitation in conversion paralysis. *British Medical Journal*, 292, 1730-1731.
- Dickes, R.A. (1974). Brief therapy of conversion reactions: an inhospital technique. *American Journal of Psychiatry*, 131(5), 584-586.
- Dyck, R. van (1986). *Psychotherapie, placebo en suggestie*. Leiden: Academisch proefschrift.
- Dyck, R. van, & Hoogduin, C.A.L. (1989). Hypnosis and conversion disorders. *American Journal of Psychotherapy*, 43(4), 480-493.
- Evans, F.J. (1990). Hypnotizability as a predictor of treatment outcome. In R. van Dyck, Ph. Spinhoven, A.J.W. van der Does, Y.R. van Rood, & W. de Moor (Eds.), *Hypnosis: Current theory, research and practice* (pp. 157-168). VU University Press.
- Fahn, S. & Williams, D.T. (1988). Psychogenic dystonia. In: S. Fahn, *Advances in neurology* 50. *Dystonia 2*. (pp. 431-456). New York: Raven Press.
- Fischbain, D.A., Goldberg, M., Khalil, T.M., Asfour, S.S., Abdel-Moty, E., Meagher, B.R., Santana, R., Rosmoff, R.S., & Rosmoff, H.L. (1988). The utility of electromyographic biofeedback in the treatment of conversion paralysis. *American Journal of Psychiatry*, 145(12), 1572-1575.
- Ford, C.V., & Folks, D.G. (1985). Conversion disorders: An overview. *Psychosomatics*, 26(5), 371-383.
- Frank, J.D. (1979). What is psychotherapy? In S. Bloch, *An introduction to the psychotherapies* (pp. 1-22). New York: Oxford University Press.

- Frankel, F.M. (1994). Dissociation in hysteria and hypnosis. A concept aggrandized. In: S.J. Lynn & J.W. Rhue (Eds.) *Dissociation: Clinical and Theoretical Perspectives*. (pp. 80–94). New York: The Guilford Press.
- Frischholz, E.J., Lipman, L.S., Braun, B.G. & Sachs, R.G. (1992). Psychopathology, hypnotizability, and dissociation. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1521–1525.
- Gatfield, P.D., & Guze, S.B. (1962). Prognosis and differential diagnosis of conversion reactions. *Diseases of the Nervous System*, 11, 623–631.
- Goodwin, J., Simms, M., & Bergmann, R. (1989). Hysterical seizures in adolescent incest victims. In J.M. Goodwin, *Sexual abuse. Incest victims and their families* (pp. 125–133). Chicago Yearbook: Medical Publishing.
- Greenleaf, E. (1971). The Red House: Hypnotherapy of hysterical blindness. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 13, 155–161.
- Guze, S.B., Cloninger, C.R., Martin, R.L., & Clayton, P.J. (1986). A follow-up and family study of Briquet's syndrome. *British Journal of Psychiatry*, 149, 17–23.
- Hafeiz, H.B. (1986). Clinical aspects of hysteria. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 73, 676–680.
- Hilgard, E.R. (1977). *Divided consciousness: Multiple controls in human thought and action*. New York: Wiley-Interscience.
- Hilgard, E.R. (1979). Imaginative and sensory-affective involvements: In everyday life and hypnosis. In E. Fromm & R. Shor (Eds.), *Hypnosis: Developments in research and new perspectives*. New York: Aldine.
- Hoogduin, C.A.L. (1987). De motivering voor psychotherapie bij patiënten met een somatoforme stoornis. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 13(1), 15–19.
- Hoogduin, C.A.L., & Dyck, R. van (1992). Open trial with patients with conversion paralysis: Results and follow-up. In W. Bongartz, *Hypnosis: 175 years after Mesmer; recent developments in theory and application* (pp. 411–419). Konstanz: Universitätsverlag.
- Hoogduin, C.A.L., Dyck, R. van, & Haan, E. de (1990). Behandeling van conversies met hypnose. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 32(7), 450–461.
- International classification of disorders (ICD-10) (1992). F44.4–F44.7 Dissociative disorders of movement and sensations (pp. 157–160). Geneva: World Health Organization, division of mental health.
- Janet, P. (1976, 1901). The mental state of hystericals. *A study of mental stigmata and mental states*. New York: Putnam.
- Kallman, W.M., Hersen, M., & O'Toole, D.H. (1975). The use of social reinforcement in a case of conversion reaction. *Behavior Therapy*, 6, 411–413.
- Kazdin, A.E. (1986). The evolution of psychotherapy: Research design and methodology. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 23–68). New York: Wiley.
- Kihlstrom, J.F. (1991). Dissociation and conversion. In D.J. Stein & J. Young, *Cognitive Science and Clinical Disorders*. Orlando, FL: Academic.
- Kingsbury, S.J. (1988). Hypnosis in the treatment of post-traumatic stress disorder: an isomorphic intervention. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 31, 81–90.
- Kleber, R., Draijer, N., & Hart, O. van der (1995). Schokkende gebeurtenissen en traumatische ervaringen. In O. van der Hart, *Trauma, dissociatie en hypnose* (pp. 25–61). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- LaBarbera, J.D., & Dozier, J.E. (1980). Hysterical seizures: the role of sexual exploitatism. *Psychosomatics*, 21, 897–903.
- Loewenstein, R.J. (1990). Somatoform disorders in victims of incest and child abuse. In K.P. Kluff, *Incest-related syndromes of adult psychopathology* (pp. 75–107). Washington DC/London: American Psychiatric Press.
- Mc Cue, E.C., & Mc Cue, P.A. (1988). Hypnosis in the elucidation of hysterical aphonia: A case report. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 30(3), 178–182.
- Moene, F.C. (1988). Een behandelmodel voor conversiestoornissen bij adolescenten. *Kind en Adolescent*, 9(2), 129–139.
- Moene, F.C., & Groenenboom, A. (1985). Somatisch specialist en conversie. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 129(19), 904–907.
- Morrison, J. (1989). Childhood sexual histories of women with somatization disorder. *American Journal of Psychiatry*, 146, 239–241.
- Munford, P.R., & Chan, S.Q. (1980). Family therapy for the treatment of a conversion reaction: a case study. *Psychotherapy: Theory, research and practice*, 17, 214–219.

- Nemiah, J.C. (1990). Dissociation, conversion and somatization. In A. Tasman, *Psychiatric update*. Washington, DC : American Psychiatric Association.
- Oudshoorn, D.N., Moene, F.C., Jour, P. du (1989). De behandeling van cliënten met veel voorkomende lichamelijke klachten en syndromen. In K. van der Velden, *Directieve therapie 2* (pp. 123–132). Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Oyen, F., & Spinhoven, P.H. (1983). Nederlandse bewerking van de SHCS. *Tijdschrift voor Directieve therapie*, 2(3), 155–172.
- Patterson, R.B. (1980). Hypnotherapy of hysterical monocular blindness: A case report. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 23(2), 119–121.
- Pelletier, A.M. (1977). Hysterical aphonia: a case report. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 20, 149–153.
- Sackheim, H.A., Nordlie, J.W., & Gur, R.C. (1979). A model of hysterical and hypnotic blindness: cognition, motivation and awareness. *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 474–489.
- Scallet, A., Cloninger, C.R., & Othmer, E. (1976). The management of chronic hysteria: a review and double-blind trial of electrosleep and other relaxation methods. *Diseases of the Nervous System*, 37, 347–353.
- Schacter, D.L., & Kihlstrom, J.F. (1989). Functional amnesia. In F. Boller & J. Grafman, *Handbook of neuropsychology 3* (pp. 209–231). Amsterdam: Elsevier Science.
- Scott Mizes, J. (1985). The use of contingent reinforcement in the treatment of a conversion disorder: A multiple baseline study. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 16, 341–345.
- Slater, E.T.O. & Glithero, E. (1965). A follow-up of patients diagnosed as suffering from 'Hysteria'. *Journal of Psychosomatic Research*, 9, 9–13.
- Spiegel, D. (1990). Traum, Dissociation & Hypnosis. In: R.P. Kluft, *Incest related syndromes of adult psychopathology*. (p. 247). Washington: American Psychiatric Press.
- Spierings, C., Poels, P.J.E., Gabreëls, F.J.M., & Renier, W.O. (1990). Conversion disorders in childhood: a retrospective follow-up study of 84 inpatients. *Developmental Medical Child Neurology*, 32, 865–871.
- Spinhoven, P.H. (1982). Het therapeutisch belang van hypnotiseerbaarheid. *Tijdschrift voor Directieve therapie*, 2, 329–365.
- Steingard, S. & Frankel, F.H. (1985). Dissociation and psychotic symptoms, *American Journal of Psychiatry*, 142, 953–955.
- Synghel, M. van, & Coppenolle, H. van (1989). Het conversiesyndroom: een kinesitherapeutische indicatie. *Bewegen & Hulpverlening*, 4, 299–311.
- Taylor, D.C. (1986). Hysteria, play-acting and courage. *British Journal of Psychiatry*, 149, 37–41.
- Tellegen, A. & Atkinson, G. (1974). Openness to absorbing and self-altering experiences ('absorption'). A trait related to hypnotic susceptibility. *Journal of Abnormal Psychology*, 83, 268–277.
- Trieschmann, R.B., Stolov, W.C., & Montgomery, E.D. (1970). An approach to the treatment of abnormal ambulation resulting from conversion reaction. *Archives of Physical and Medical Rehabilitation*, 198–206.
- Turner, S.M., & Hersen, M. (1975). Instructions and reinforcement in modification of a case of astasia-abasia. *Psychological Reports*, 36, 607–612.
- Vanderlinden, J., Dyck, R. van, Vandereycken, W., & Vertommen, H. (1995). Dissociative and hypnotic experiences in eating disorders. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 38(2), 97–108.
- Vanderlinden, J., Dyck, R. van, Vertommen, H., & Vandereycken, W. (1990). *DIS-Q: The Dissociation Questionnaire*. Kortenberg: Universitair Centrum St. Jozef.
- Velden, K. van der (1989). *Directieve Therapie 2* (pp. 17–42). Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Weintraub, N.I. (1983). *Hysterical conversion reactions: A clinical guide to diagnosis and treatment*. Lancaster: Spectrum Publications.
- Wilkins, L.G., & Field, P.B. (1968). Helpless under attack: Hypnotic abreaction in hysterical loss of vision. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 10(4), 271–275.
- Wolberg, L.R. (1948). *Medical hypnosis, vol. II* (pp. 18–29). New York: Grune & Stratton.
- Ziegler, F.J., Imboden, J.B., & Meyer, E. (1960). Contemporary conversion reactions: a clinical study. *American Journal of Psychiatry*, 116, 901–910.