



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

KEES HOOGDUIN, ELINE ANDEWEG, PATRICIA ROGGEVEEN &
MARLEEN TIBBEN

Over de behandeling van conversieve blindheid

In de DSM-5 wordt de conversiestoornis geclassificeerd in de rubriek 'Somatische symptoomstoornis en verwante stoornissen'. Het gemeenschappelijke kenmerk van stoornissen die hierin zijn ondergebracht is dat lichamelijke klachten op de voorgrond staan. Naast de conversiestoornis vallen hieronder de ziekteangststoornis (vroeger hypochondrie), de somatische symptoomstoornis (vroeger somatisatiestoornis en ongedifferentieerde somatoforme stoornis), psychische factoren die somatische aandoeningen beïnvloeden (vergelijk de vroegere psychosomatiek), de nagebootste stoornis en een restcategorie. Voor de diagnose conversiestoornis wordt in de DSM-5 de term 'conversiestoornis' (functioneel-neurologisch-symptoomstoornis) geïntroduceerd (conversiestoornis, FNSS). Ook de criteria uit de DSM-IV zijn aangepast:

- ▶ Er is sprake van één of meer symptomen op het gebied van motorische of sensorische functies.
- ▶ De symptomen worden niet veroorzaakt door een neurologische of andere lichamelijke ziekte.
- ▶ De symptomen kunnen niet beter verklaard worden door een andere psychische stoornis.
- ▶ De klacht veroorzaakt ernstige lijdensdruk, of leidt tot beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren, of in het functioneren op andere terreinen, of behoeft nog somatisch onderzoek.

De diagnose mag dus pas worden gesteld wanneer naast negatieve bevindingen bij neurologisch onderzoek er ook klinische bevindingen zijn die aantonen dat de symptomen niet kunnen worden veroorzaakt door een neurologische aandoening.

In de DSM-5 worden enkele voorbeelden van voor de diagnose conversiestoornis bevestigende onderzoeken genoemd. De voorbeelden hebben gemeen dat de patiënt tijdens het onderzoek een inconsistent klachtenpatroon vertoont, bijvoorbeeld dat hij soms wel een spier kan aanspannen en dan weer niet, of dat bij afleiding het beven sterk afneemt. Ook het afwezig zijn van epileptische activiteit op het eeg tijdens een conversief insult, of wanneer blijkt dat bij uitval van gevoelskwaliteiten deze zich niet houden aan de

neurologische wetmatigheden van het zenuwstelsel, is een positief sign voor de diagnose conversiestoornis. In de DSM-5 dient de conversiestoornis vervolgens nader getypeerd te worden met:

- ▶ zwakte of paralyse;
- ▶ abnormale bewegingen;
- ▶ slikproblemen;
- ▶ spraakproblemen;
- ▶ convulsies of bewustzijnsverlies;
- ▶ pijn of gevoelsverlies;
- ▶ zintuiglijke problemen;
- ▶ een gemengd beeld.

Ook dient de bestaansduur te worden aangegeven (acuut, duur van minder dan zes maanden, of langer dan zes maanden). Van belang is dat er een relatie kan bestaan tussen mishandeling of verwaarlozing in de vroege jeugd en met actuele stresserende omstandigheden (Roelofs, Spinhoven, Sandijck, Moene, & Hoogduin, 2005). Merk op dat in de DSM-5 niet over incest als relevante etiologische factor wordt gerept.

CONVERSIEVE VISUSSTOORNISSEN

Conversieve visusstoornissen zijn relatief zeldzaam en kunnen zich zeer divers presenteren. Vanuit onze ervaringen met vele honderden patiënten met een conversiestoornis meldt zich vrij zelden een patiënt aan voor de behandeling van psychogene visusproblemen. Behoudens stoornissen van tast en gevoel, die wel veel voorkomen, geldt dat ook voor stoornissen van de smaak (één patiënt), stoornissen van de reuk (één patiënt) en stoornissen van het gehoor (geen patiënt).

De klachten van de visus kunnen zeer variëren. Zo kunnen patiënten last hebben van geen kleuren zien, dubbelzijdige blindheid, wazig zien, alleen nog centraal zien (koker zien), dubbelbeelden of nachtblindheid. De klachten kunnen door de dag heen sterk wisselen.

Van belang is dat het bij een eenogige visusuitval vrijwel altijd gaat om een ernstige lichamelijke aandoening, zoals multiple sclerose of glaucoom. De diagnose psychogene blindheid kan pas worden gesteld nadat de oogarts of neuroloog geen verklaring voor de klachten heeft gevonden. Van belang is dat een organisch blind oog niet reageert op licht met een vernauwing van de pupil, maar een conversief blind oog wel. Bij conversieve blindheid zijn op het eeg als reactie op lichtflitsen *visual evoked potentials* te zien, en bij organi-

sche blindheid niet (Weintraub, 1983). Interessant is om aan conversief blinde patiënten te vragen wat zij zien. Zij zien vaak alleen maar zwart of rood, terwijl iemand die lichamelijk blind is 'niets' ziet. Het is moeilijk voor te stellen wat 'niets' is, maar mensen die wel eens last hebben van migraineaanvallen kunnen vertellen dat er dan een gat zit in hun gezichtsveld (scotoom) waarin niets te zien is. Niet zwart, niet rood, niet mistig, maar leeg.

Naast dit onderscheid tussen de conversief blinde persoon en de organisch blinde persoon bestaat er nog een interessant verschil. De conversief blinde persoon is namelijk, anders dan de patiënt zonder visus, wel in staat visuele informatie tot aan het moment van perceptie te verwerken. Van dit fenomeen kan gebruikgemaakt worden bij de differentiële diagnostiek. Het kan een positief sign opleveren ter vaststelling van de diagnose conversie. In een proefopstelling waarbij de blinde patiënt een meter voor de onderzoeker zit, wordt de patiënt gevraagd het gezicht te wenden in de richting van het stemgeluid van de onderzoeker. Vervolgens steekt de onderzoeker 1 tot 5 vingers op in de buurt van zijn mond en vraagt de patiënt het eerste het beste getal van 1 tot 5 dat in hem opkomt te noemen, en daarmee het aantal opgestoken vingers te raden. In het geval van organische blindheid zal het aantal correcte antwoorden overeenkomen met kans, maar bij een conversieve patiënt zal blijken dat deze het aantal vingers verrassend vaak goed aangeeft, veel vaker dan kans dus. Een simulant, die vanzelfsprekend wel het aantal opgestoken vingers waarneemt, zal meestal vaker dan kans een onjuist aantal aangeven. Interessant is dat conversief blinde patiënten, wanneer zij langzaam lopen en de ogen richten op de vloer voor zich, meestal in staat zijn het meubilair te ontwijken. Een simulant loopt er juist tegenaan.

Naast de hier beschreven visusstoornissen bestaat er een groep bizarre visusstoornissen die bekend staan als symptomen van klassieke migraineaanvallen. De verschijnselen zijn zo bizar dat een niet-organische verklaring voor de hand lijkt te liggen. Tot deze verschijnselen behoren voorwerpen groter zien (macropsie) of juist veel kleiner zien (micropsie), of voorwerpen verder weg of juist dichterbij zien. Ook kunnen voorwerpen waargenomen worden die zich lijken te verplaatsen, bijvoorbeeld een deur die de grond in zakt of een auto die de lucht in gaat. Dergelijke verschijnselen zijn bekend als 'metamorfopsie'. Soms komen ze ook voor in combinatie met perceptiestoornissen van het gehoor, de reuk, de smaak, de lichaamsbeleving of de gevoelskwaliteiten. Het beeld is bekend als het *alice-in-wonderlandsyndroom*, zo genoemd naar de vreemde belevenissen van Alice in het gelijknamige boek van Lewis Carroll (1960). Deze verschijnselen zijn meestal symptomen die worden gezien bij migraine. Een enkele keer zijn ze het gevolg van een ern-

stiger hersenaandoening. Er zijn in de literatuur geen aanwijzingen dat dergelijke symptomen zich bij psychiatrische ziekten zouden voordoen (Hoogduin, Went, & Kan, 2014).

BEHANDELING

Voor de behandeling van de conversiestoornissen is slechts van één strategie in gecontroleerd onderzoek aangetoond dat deze effectief is (Ruddy & House, 2005). In deze studie, waarbij hypnose werd toegepast op patiënten met een motorische conversiestoornis, bleken resultaten niet alleen significant te verschillen van de wachtlijstgroep, maar toonden patiënten die waren behandeld met hypnose bij *follow-up* 84% klachtenreductie (Moene, Spinhoven, Hoogduin, & van Dyck, 2003). Een niet-gecontroleerd onderzoek van Drost (1996) liet zien dat visualisatie in combinatie met *shaping* bij 127 patiënten met een conversieve spraakstoornis in 79% van de gevallen succesvol was.

Bovengenoemde benadering met hypnose is in onze ervaring ook geschikt voor de behandeling van patiënten met een conversieve blindheid. Naast hypnose blijkt ook de *shaping*-procedure hierbij effectief. De procedure ziet er in grote lijnen als volgt uit. Na een diepe trance-inductie wordt de patiënt gevraagd zich een bepaald beeld voor te stellen, bijvoorbeeld het beeld van een fel schijnende zon, één of meer zwarte horizontale lijnen tegen een witte achtergrond, of een geliefd schilderij of voorwerp. Wanneer de patiënt daar enigszins in is geslaagd, wordt hij aangespoord op dat beeld te focussen en het zich via oefeningen scherp voor te stellen. Vervolgens kan de patiënt via posthypnotische suggesties ook buiten de trance deze oefeningen uitvoeren, met eventueel echte lijnen, of het geliefde schilderij of voorwerp. Ook is het mogelijk de patiënt te vragen tijdens de trance de ogen te openen. Soms is het mogelijk dat de patiënt in trance wel kan zien. Vervolgens kan de patiënt worden gevraagd in trance te blijven, maar wel weer met gebruik van de spieren en overige functies. Meestal verdwijnt de visus weer na enkele seconden of minuten. Op deze manier was het voor een jonge rechtenstudent mogelijk weer enige minuten te zien. Door te oefenen met een audio-opname slaagde zij erin na enige weken oefenen weer normaal te zien. Een andere patiënt zag de wereld grijs, met hier en daar een lichte vlek. De lichtere gedeelten werden gebruikt om de patiënt daarop in trance te laten focussen en deze nog helderder te krijgen. Toen dit lukte, werden er vervolgens weer contouren zichtbaar. Ook deze procedure oefende ze thuis met behulp van een audio-opname. In de volgende gevalbeschrijvingen wordt in meer detail ingegaan op de procedure.

GEVALSBESCHRIJVINGEN

Willem is een jongen van 14 jaar, die wordt aangemeld met de klacht dat hij minder goed kan zien. Het zicht blijkt bij meting nog maar 30% te zijn. Daarnaast zou hij snel overprikkeld raken door prikkels van buitenaf. Hij klaagt vaak over hoofdpijn en een verminderde concentratie. Willem kan enkel nog contouren zien.

De klachten zouden zijn ontstaan na het stoten van zijn hoofd aan het trapgat, ongeveer een jaar geleden. Hij kan niet meer lezen of schrijven, klok kijken of alleen naar buiten. Hij is functioneel min of meer blind. Hij volgt nu dan ook speciaal onderwijs voor slechtzienden en blinden.

In het gezin zijn grote problemen. De ouders hebben psychische moeilijkheden doordat zijn broer (25 jaar oud) veel aandacht nodig heeft als gevolg van een verstandelijke handicap en autisme. Daarnaast speelt mee dat Willem van de tweede klas havo werd teruggezet naar de mavo, waar hij zich niet op zijn plek voelt.

Hij is in de week na het stoten van zijn hoofd naar de huisartsenpost geweest, waar van een hersenschudding werd gesproken. De klachten die Willem nu nog heeft, passen hier niet bij. Bij nader medisch onderzoek bij neuroloog en oogarts (onder andere een MRI-scan en gezichtsveldonderzoek) bleken er geen objectieveerbare medische afwijkingen te zijn en werd geconstateerd dat er waarschijnlijk sprake is van een functioneel ziektebeeld. De diagnose wordt gesteld op conversiestoornis.

Bij onderzoek zien we een vriendelijke jongen met een wat dromerige blik. Hij heeft een normaal postuur en is goed verzorgd. Hij reageert wat mat en oogt wat somber. Verder is hij vriendelijk en coöperatief. De intelligentie wordt op gemiddeld geschat. Hij lijkt nogal nuchter met de klachten om te gaan, en geeft aan dat hij ze vervelend vindt, maar dat zeuren weinig helpt. Willem typeert zichzelf als iemand die humor heeft en ambitieus is. Er wordt uitleg gegeven over de diagnose en over de behandeling.

De behandeling bestaat uit hypnose met directe suggesties en een in trance uitgevoerd oefeningsprogramma. In de eerste sessie wordt uitleg gegeven over hypnose, waarbij verteld wordt dat mensen vaak tijdens de trance een diepe relaxatie kunnen ervaren en dat dan mogelijk een verandering in het waarnemen kan plaatsvinden. Dit laatste om zijn slechte zien te kunnen beïnvloeden. Als meetinstrument voor de mate waarin hij kan zien wordt een computerprogramma van school gebruikt, waarmee de grootte van letters gevarieerd kan worden. De lettergrootte die

Willem nog net kan waarnemen zit in de eerste sessie op 50 (wat paginavullend is).

In de volgende week vindt de eerste oefening plaats waarbij Willem in hypnose wordt gebracht. Hem wordt gevraagd zich te focussen op een veilig en vertrouwd beeld om zich ook geestelijk te ontspannen. Van de inductie die ongeveer tien minuten duurt wordt een geluidsopname gemaakt, die hij meekrijgt naar huis om te oefenen. Het is de bedoeling dat hij hier de komende week acht tot tien keer per dag mee oefent.

Tijdens de tweede zitting vertelt Willem dat hij snel in trance raakt en er thuis frequent (acht keer per dag) mee heeft geoefend. Willem vertelt dat hij zelfs al zonder de opname in trance kan komen.

Nu wordt na de trance-inductie begonnen met indirecte en directe suggesties om te komen tot een beter focussen en daardoor scherper zien. Aan Willem wordt gevraagd zich drie horizontale lijnen voor te stellen. Vervolgens krijgt hij instructies om deze lijn voor lijn vager en dan weer scherper te maken. Tijdens de hypnoseoefening wordt de posthypnotische suggestie gegeven dat het mogelijk is dat, wanneer hij na de oefeningen de ogen weer opent, hij misschien als gevolg van de oefeningen iets beter ziet. Na de oefening (die is opgenomen om thuis weer te oefenen) geeft Willem aan dat hij inderdaad wat scherper lijkt te kunnen zien. Dit verbaast hem en hij gaat opgewekt naar huis.

In het derde gesprek geeft Willem aan dat de oefening hem redelijk afgaat, maar dat hij haar wel wat saai begint te vinden. Tevens is er enige vooruitgang geboekt: hij kan nu lettergrootte 40 lezen. Tijdens deze sessie laat de therapeut Willem nog eenmaal de oefening doen, om na te gaan of Willem nog steeds goed in trance kan komen. Dit lukt hem erg goed: zijn hoofd zakt naar beneden en hij toont een goede ontspanning. Vervolgens wordt aan Willem gevraagd om zijn ogen te openen en te kijken naar een bord waarop drie echte horizontale zwarte lijnen zijn getekend van ongeveer 30 cm lang. En opnieuw wordt hem gevraagd om ze lijn voor lijn afwisselend scherper dan wel vager te maken.

In de vierde sessie vertelt Willem opgewekt dat hij een 80-kilometerbord op de snelweg kon lezen. Hij vindt de nieuwe oefening met de ogen open makkelijker dan de vorige waarbij hij zich de lijnen voor moest stellen. Tijdens deze sessie wordt er tevens gewerkt aan het zelfcontroleprogramma van Willem om wat meer te letten op lichamelijke stresssignalen en bij toename van stress op tijd maatregelen te treffen. De bedoeling is dat Willem leert op een goede manier om te gaan met de spanningen in zijn lichaam, en wel door op tijd rust te nemen. Hij maakt een overzicht van signalen die voor hem van belang zijn en samen met de

therapeut stelt hij een lijst van stressreducerende maatregelen op.

De daaropvolgende twee sessies worden de oefeningen uitgebreid met focussen op gewone voorwerpen, zoals een vaas en een schilderij. Hierbij wordt aan Willem gevraagd in trance te gaan, zijn ogen te openen en te focussen op een gekozen voorwerp, waarbij hij probeert dit voorwerp steeds scherper te zien. Het lukt Willem steeds sneller en beter om voorwerpen in zijn omgeving scherp te stellen.

Na zes behandelingen wordt in onderling overleg de behandeling afgerond. Willem kan veel beter zien. De lettergrootte die hij nu goed kan waarnemen blijkt een factor 10 te zijn verbeterd. Bij follow-up na zes maanden zijn de problemen met het zien geheel opgelost.

Marjon is een 25-jarige vrouw, die een jaar geleden plotseling niet goed meer kon zien. Ze ziet de omgeving wazig en moet na elke oogbeweging opnieuw focussen om scherp te stellen, wat soms helemaal niet lukt. Als gevolg van deze visusproblemen kan ze niet meer autorijden en heeft ze moeite met lezen. Ze is moe en piekert over de toekomst. Ze geeft aan dat haar zicht de afgelopen maanden verder is afgenomen. Patiënte is uitvoerig medisch onderzocht door oogartsen van een algemeen ziekenhuis, een academisch ziekenhuis en een oogziekenhuis. Er werd geen medische verklaring gevonden voor de vermindering van haar visus. Haar visus werd vastgesteld op 20-30%. Ze werd verwezen voor begeleiding naar een instelling voor blinden en slechtzienden. Die verwees patiënte weer naar ons centrum voor conversiestoornissen.

Marjon heeft een belaste voorgeschiedenis. Ze zou hier geen last meer van hebben. Er is sprake geweest van pesten op school, mishandeling door klasgenoten op haar veertiende en seksueel misbruik op haar zestiende. Ze heeft vroeger last gehad van chronische hoofdpijn en wegrakingen. Na onderzoek was er ook destijds geen lichamelijke verklaring voor de wegrakingen. Ze is hiervoor behandeld in de ggz met een positief resultaat. Tijdens het intakegesprek geeft Marjon aan dat ze zich erg beperkt voelt door haar klachten en erg gemotiveerd is voor de behandeling. Ze vertelt dat dichtbij focussen, bijvoorbeeld bij lezen, wel lukt, maar haar erg veel moeite kost. Alles vanaf twee tot drie meter ziet ze vaag zonder scherpe contouren. Momenteel spelen er geen stressoren, behalve de klachten. In de praktijk blijkt ze functioneel blind. De diagnose conversiestoornis (FNSS) met zintuiglijk symptoom wordt gesteld.

In de eerste zitting wordt uitleg gegeven over de diagnose conversiestoornis. Vervolgens wordt uitgelegd hoe de behandeling eruit gaat zien en dat er met hypnose gewerkt zal worden. Er wordt gestart met het aanleren van zelfhypnose met als inductie het staren naar de eigen vingers: Marjon wordt gevraagd haar handen voor zich te houden met de wijsvingers omhoog. Haar wordt de suggestie gegeven door haar vingers heen te kijken en dat deze als vanzelf naar elkaar toe zullen bewegen. Vervolgens gaat ze vrij gemakkelijk in trance. Tijdens de hypnoseoefening worden er suggesties gegeven van ontspanning en om de aandacht te richten op een aangenaam, rustgevend beeld. Van de oefening, die ongeveer tien minuten duurt, wordt een audio-opname gemaakt, die Marjon meekrijgt om thuis te oefenen. Het is de bedoeling dat ze de komende week thuis vijf tot tien keer per dag oefent.

Tijdens de tweede zitting geeft Marjon aan dat ze de oefening prettig vindt om te doen en dat het haar goed lukt in trance te gaan. Het lukt haar om ongeveer drie tot zes keer te oefenen per dag. Aan Marjon wordt gevraagd wat voor haar een teken is waardoor ze weet dat ze in trance is. Ze geeft aan dat dit een zwaar gevoel in haar handen is. Dit wordt als *cue* genomen voor de trance-ervaring. Afsproken wordt dat ze zich bij het begin van de hypnoseoefening daarop zal focussen. In deze tweede zitting wordt gestart met het oefenen van het weer 'automatisch' scherp stellen van haar ogen onder hypnose. Nadat Marjon in hypnose is gebracht, wordt haar gevraagd zich een zwarte lijn voor te stellen. Ze geeft aan dat dit haar lukt, maar dat ze de lijn wazig ziet. Vervolgens wordt haar gevraagd te focussen op het scherp stellen van de lijn. Dit lukt. Vervolgens wordt gevraagd de lijn weer wazig te maken, wat eveneens lukt. Dit wordt een aantal keren herhaald. Van de oefening wordt een audio-opname gemaakt van ongeveer tien minuten, die ze meekrijgt om thuis weer vijf tot tien keer per dag te oefenen.

In de derde zitting geeft patiënte aan dat het oefenen goed is gelukt. Het lukt haar steeds makkelijker om snel in trance te komen met behulp van haar *cue*, en ook het wisselen in trance tussen een scherpe en een wazige lijn gaat haar gemakkelijk af. Nu wordt haar gevraagd om, nadat zij zichzelf in trance gebracht heeft, de ogen te openen en, terwijl ze in trance blijft, te focussen op een zwarte lijn die op een wit bord is getekend. Ze vertelt dat, zodra ze haar ogen opendoet, de lijn direct scherp is, en dat dit kort aanhoudt, waarna het beeld weer wazig wordt. Nadat ze uit trance komt, raakt ze geëmotioneerd: het is een jaar geleden dat ze goed scherp kon zien. Opnieuw zal patiënte hier thuis mee gaan oefenen: in trance haar ogen openen en focussen op een lijn.

In de vierde zitting wordt verder geoefend om uit trance te komen en direct weer scherp te zien. Het lukt al snel om na vijf minuten in trance te 'focussen', haar ogen te openen en scherp te zien. Haar wordt gevraagd dit verder te trainen.

In zitting vijf vertelt patiënte dat het haar door allerlei omstandigheden minder goed is gelukt vaak te oefenen. Ze is niet verder verbeterd.

In zitting zes geeft patiënte aan dat ze binnen één minuut al voldoende in trance is om scherp te kunnen zien en dat het scherpe zien minuten aanhoudt. Wanneer dat weer minder wordt, heeft ze binnen vijftien seconden weer voldoende focus om weer een aantal minuten scherp te kunnen zien. Het lukt haar nu ook om bomen in de verte scherp te zien.

De zevende zitting vertelt Marjon trots dat ze voor het eerst sinds een jaar weer auto heeft gereden! Ze ziet na een kort moment van focussen ongeveer drie kwartier scherp (ze schat dit op 80%). Als ze daarna opnieuw focust, kan ze weer drie kwartier scherp zien. We spreken af dat ze doorgaat met oefenen en spreken een follow-up-zitting af.

Na drie maanden vindt deze zitting plaats. Hierin vertelt patiënte dat het goed met haar gaat. Ze rijdt weer auto en ziet de hele dag scherp. Ze heeft geen focusoefeningen meer nodig. Controle bij de oogarts wijst uit dat ze nu links 100% en rechts 80% ziet.

SLOT

Patiënten met een conversiestoornis (FNSS) hebben die meestal op het gebied van de motoriek; conversiestoornissen van de zintuigen komen relatief weinig voor. Meestal zijn de visusstoornissen wisselend van ernst, waardoor er mogelijkheden zijn om te shapen: oefenen om te focussen. Daarvan getuigen bovenstaande gevalsbeschrijvingen. Maar ook anderen hebben van deze procedure gebruikgemaakt. Zo beschrijven Moene en Roelofs (2008) een jonge man die nog wel kleurverschillen kon zien. De klachten waren wisselend. Soms kon hij nog iets van de omgeving waarnemen. Dit werd tot uitgangspunt van de behandeling genomen. De patiënt kreeg een oefenprogramma om de kleuren helderder en ook weer minder goed te zien. Dit leidde tot ongeveer 30% verbetering. De Haan en Bergsma (2002) beschrijven een jonge vrouw die grote delen van de dag volledig blind was. Ook bij deze patiënt leidde het visualiseren van bekende afbeeldingen en het zelf oefenen tot een volledig herstel.

De behandeling van conversieve visusstoornissen is in essentie niet verschillend van de behandeling van andere conversiestoornissen. Ze heeft op basis van onze ervaring dezelfde potentie tot effectiviteit als de behandelingen voor conversiestoornissen die al wetenschappelijk getoetst zijn.

KEES HOOGDUIN, ELINE ANDEWEG, PATRICIA ROGGEVEEN en MARLEEN TIBBEN zijn als therapeuten verbonden aan het HSK Expertisecentrum Conversiestoornissen te Utrecht.

Referenties

- Carroll, L. (1960). *The annotated Alice*. New York: Bramhall House.
- de Haan, E., & Bergsma, C. (2002). De behandeling van een meisje met een conversieve blindheid. *Kind & Adolescent*, 1, 74-79.
- Drost, H. A. (1996). *Stem en spraakstoornissen*. Woubrugge: Stichting Klinische Foniatrie.
- Hoogduin, C. A. L., Went, S., & Kan, C. (2014). Het alice-in-wonderland-syndroom. *Directieve Therapie*, 34, 237-250.
- Moene, F. C., Spinhoven, Ph., Hoogduin, C. A. L., & van Dyck, R. (2003). A randomized controlled clinical trial of a hypnosis-based treatment for patients with conversion disorder, motor type. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 51, 29-50.
- Moene, F. C., & Roelofs, K. (2008). Hypnosis in the treatment of conversion and somatisation disorders. In M. R. Nash & A. J. Barnier (Eds.), *The Oxford Handbook of Hypnosis*. Oxford: University Press.
- Roelofs, K., Spinhoven, Ph., Sandijck, P., Moene, F. C., & Hoogduin, C. L. (2005). The impact of early trauma and recent life-events on symptom severity in patients with conversion disorder. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 193, 508-514.
- Ruddy, R., & House, A. O. (2005). Psychosocial intervention for conversion disorder. *Cochrane Database of systematic reviews*, 2005. Issue: 4 art. No CD005331. Doi: 10.1002/14651858.CD05331.pub 2.
- Weintraub, M. I. (1983). *Hysterical conversion reactions*. Lancaster: MTP Press Limited.