

# Conversiestoornis: van DSM-IV naar DSM-5 of van psychiatrische naar neurologische diagnose

M. VERMEULEN, M.H.A. WILLEMS

**ACHTERGROND** De diagnostische criteria van de DSM-IV voor het vaststellen van een conversiestoornis vereisten een relatie in de tijd tussen psychologische factoren en het begin, of de verergering, van de symptomen. Dit criterium is niet meer vereist in de DSM-5. Een ander criterium, de symptomen zijn niet bewust tot stand gekomen, is ook verlaten. Een nieuwe aanbeveling is om te zoeken naar neurologische symptomen die de diagnose steunen.

**DOEL** Nagaan of er onderzoeken zijn die de veranderingen van de criteria steunen.

**METHODE** Literatuuronderzoek in PubMed.

**RESULTATEN** Trauma of stress bij het begin van de symptomen is van fysieke, niet psychologische, aard bij 37%. Verschillende vormen van stress werden in gelijke percentages gevonden (20%) bij patiënten met of zonder conversiestoornis. Er zijn geen specifieke stressvolle factoren, behalve mogelijk bij patiënten met dysfonie. De percentages van kindermisbruik variëren van 0-85%. Het karakteristieke verschijnsel 'la belle indifférence' komt slechts voor bij 3% en bij 2% van een controlegroep. De meeste 'positieve' klinische tests voor paresen, sensorische stoornissen en loopstoornissen zijn zeer specifiek. Er zijn geen betrouwbare tests voor het onderscheid tussen een conversiestoornis en simulatie.

**CONCLUSIE** De veranderingen van de criteria worden ondersteund door onderzoek.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 57(2015)8, 569-576

**TREFWOORDEN** conversiestoornis, dissociatieve symptomen, functionele neurologische symptomen, onverklaarde symptomen, psychogene symptomen



In de 5de editie van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (APA 2013) die in mei 2013 is verschenen, zijn belangrijke wijzigingen aangebracht in de diagnostische criteria voor de diagnose conversiestoornis. De diagnose en de term 'conversiestoornis' zijn gehandhaafd. Aan deze term is tussen haakjes toegevoegd: 'functioneel-neurologisch-symptoomstoornis'.

## Nieuwe criteria voor de conversiestoornis

De criteria voor de diagnose conversiestoornis van de DSM-IV vereisten een verband in de tijd tussen psychische factoren en het begin of verergering van de symptomen. Dit criterium is vervallen. Trauma of stress kan volgens de

toelichting van fysieke aard zijn, wat het stellen van de diagnose conversiestoornis niet meer belemmert. De diagnose kan zelfs gesteld worden als er noch psychische, noch fysieke factoren voorafgaand aan de symptomen van de conversiestoornis aanwezig zijn.

Volgens de nieuwe criteria moet men niet alleen een neurologische aandoening die de neurologische symptomen van de stoornis zou kunnen verklaren, uitsluiten, maar men moet volgens de toelichting ook zoeken naar neurologische symptomen die de diagnose steunen. Niet langer is vereist simulatie uit te sluiten. In de toelichting wordt benadrukt dat het fenomeen *la belle indifférence* niet specifiek is voor conversiestoornis; hetzelfde geldt voor

ziektewinst. De diagnostische criteria in de DSM-5 (Nederlandse vertaling) staan vermeld in **TABEL 1**.

In dit overzichtsartikel bespreken wij het onderzoek waarnaar verwezen werd in artikelen waarin men voorstelde de diagnostische criteria te wijzigen. De discussie over verandering van de diagnostische criteria begon omstreeks 2004 en eindigde bij het gereedkomen van de tekst van de DSM-5 in 2012. Wij deden dit om na te gaan op welke onderzoeken de veranderingen van de diagnostische criteria voor de conversiestoornis in de DSM-5 zijn gebaseerd.

## METHODE

Via PubMed zochten wij allereerst met de zoekterm ‘*conversion disorder*’ en met geactiveerde filters: ‘*abstract, publication date from 2003/01/01 to 2012/12/31, humans, English, sorted by relevance*’. Dit leverde 856 titels op. Daarna sloten wij uit titels van artikelen die niet bij onze vraagstelling pasten. Vervolgens werd met de zoektermen: ‘*functional neurological symptoms, dissociative symptoms, psychogenic symptoms, unexplained symptoms*’ en met dezelfde geactiveerde filters gezocht naar nog ontbrekende titels met een maximum van 100 per zoekterm. De abstracts van de geselecteerde artikelen werden doorgelezen met de vraag of in het artikel de diagnostische criteria voor de conversiestoornis werden besproken en of voorgesteld werd deze te veranderen. We gingen na op welk onderzoek de voor-

## AUTEURS

**MARINUS VERMEULEN**, neuroloog, emeritus hoogleraar Neurologie, Academisch Medisch Centrum, afd. Neurologie, Amsterdam.

**MARIËTTE H.A. WILLEMS**, neuroloog, Erasmus Medisch Centrum, afd. Neurologie, Rotterdam.

## CORRESPONDENTIEADRES

Prof. dr. M. Vermeulen, afd. Neurologie, H2-260 AMC, Postbus 22660, 1100 DD, Amsterdam.

Email: m.vermeulen@amc.uva.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 20-1-2015.

gestelde veranderingen werden gebaseerd. De bevindingen van deze onderzoeken bespreken we in de resultatensectie.

## RESULTATEN

### Psychische factoren direct voorafgaande aan de symptomen

Er zijn studies waarin een associatie met psychologische factoren kort voor het ontstaan van de symptomen van de conversiestoornis aannemelijk werd gemaakt, maar er zijn

**TABEL 1** Diagnostische criteria in de DSM-5\* voor de conversiestoornis (functioneel-neurologisch-symptoomstoornis)

- A Een of meer symptomen van veranderingen in de willekeurige motorische of sensorische functie.
  - B Uit klinisch onderzoek blijkt dat het symptoom incompatibel is met bekende neurologische of andere somatische aandoeningen.
  - C Het symptoom of de deficiëntie kan niet beter worden verklaard door een somatische of psychische stoornis.
  - D Het symptoom of de deficiëntie veroorzaakt klinisch significante lijdensdruk of beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren of in het functioneren op andere belangrijke terreinen, of behoeft somatisch onderzoek.
- De conversiestoornis moet gespecificeerd worden met de volgende symptoomtypen:
- Met parese of paralyse
  - Met abnormale bewegingen (tremor, dystone beweging, myoclonus, loopstoornis)
  - sliksymptomen
  - Met spraaksymptomen (dysfonie, onduidelijk spreken)
  - Met aanvallen of convulsies
  - Met anesthesie of sensibiliteitsverlies
  - Met speciale zintuiglijke symptomen (visus, reuk, gehoor)
  - Met gemengde symptomen
  - Verder wordt aangegeven of de stoornis acuut ontstaan is (minder dan 6 maanden) of persisterend (langer dan 6 maanden) en of er wel of niet een psychische uitlokkende factor is.

\*Deze beschrijving is overgenomen uit de Nederlandse vertaling van de DSM-5 (APA 2014).

**TABEL 2** Diagnostische waarde neurologische tests bij de conversiestoornis (Daum e.a. 2014)

Test	Specificiteit (95%-BI) (in %)	Sensitiviteit (95%-BI) (in %)
Toename kracht na aanspannen antagonist (teken van Hoover)	99 (95,7-99,9)	94 (85,8-97,3)
Abductie benen tegen weerstand, paretisch been blijft in middenstand	100 (77,1-100)	100 (75,9-100)
Abductie gezonde vinger tegen weerstand, dan ook abductie contralaterale paretische vinger	100 (67,9-100)	100 (65,5-100)
Optillen paretisch been, na loslaten blijft been in positie, valt niet in abductiestand	98 (87,5-99,9)	100 (73,2-100)
Paretische spier wordt geheel paralytisch bij lichte weerstand	97 (89,4-99,1)	63 (53,9-71,5)
Bij testen kracht agonist, ook aanspannen antagonist	100 (82,2-100)	17 (5,7-39,5)
Spierkracht wisselt bij verschillende bewegingen	98 (85,3-99,9)	13 (2,3-41,6)
Sensorische stoornis tot middenlijn	93 (83,8-96,9)	20 (6,6-44,2)
Vibratiezin links en rechts op voorhoofd is verschillend	14 (7,3-23,7)	95 (73,1-99,7)
Alle sensorische testen afwijkend	100 (82,2-100)	8,7 (1,5-29,5)
Niet reproduceerbare sensorische testen	70 (56,8-80,4)	79 (62,2-89,9)
Sensorische stoornis niet anatomisch	100 (82,2-100)	74 (51,3-88,9)
Meeslepen paretische been i.p.v. circumductie	100 (90,4-100)	8,4 (4,2-15,8)
Verbetering loopbeweging op draaistoel	100 (62,8-100)	89 (50,7-99,4)

BI = betrouwbaarheidsinterval.

ook studies die geen verschil lieten zien tussen de conversiestoornis en neurologische controlepatiënten (Chabrol e.a. 1995; Gould e.a. 1986). Uit een onderzoek bij 153 patiënten opgenomen op een neurologische afdeling bleek stress van allerlei aard voorafgaande aan het ontstaan van de symptomen voor te komen bij 20% van de patiënten en het maakte niet uit of zij een conversiestoornis hadden of een andere neurologische diagnose (Creed e.a. 1990). Factoren voorafgaande aan de symptomen van een conversiestoornis kunnen van fysieke aard zijn: in een onderzoek was er bij 37% van de patiënten een fysieke, niet psychologische, factor direct voorafgaande aan het ontstaan van de symptomen (Stone e.a. 2009a).

Specifieke recente gebeurtenissen die tot een conversiestoornis leiden, zijn niet bekend, mogelijk met uitzondering van patiënten met dysfonie. In een onderzoek bij patiënten met dysfonie werd bij 54% van de patiënten een specifieke gebeurtenis gevonden tegen 16% in de controlegroep (House & Andrews 1988). Over psychologische factoren die de symptomen van een conversiestoornis verergeren, bestaat eveneens onduidelijkheid. Psychologische stress komt wijdverbreid voor en kan leiden tot verergering van allerlei aandoeningen, fysieke niet uitgesloten (Mohr e.a. 2004).

### Psychologische factoren in het verleden

Bij psychologische factoren in het verleden werd vooral gedacht aan seksueel misbruik in de vroege jeugd. Seksueel misbruik is niet zeldzaam en als het heeft plaatsgevonden, is het verband met de conversiestoornis, vele jaren later ontstaan, onzeker (Betts & Boden 1992; Binzer & Eisemann 1998). Een ander probleem is dat seksueel misbruik een risicofactor is voor vele psychiatrische aandoeningen (Johnson 2004). Persoonlijkheidsstoornissen bijvoorbeeld zijn geassocieerd met seksueel misbruik en met de conversiestoornis (Ball & Links 2009). Weer een ander probleem is dat seksueel misbruik moeilijk is vast te stellen en te definiëren, wat de zeer uiteenlopende getallen die over het misbruik zijn gerapporteerd, zou kunnen verklaren. In een overzicht van de literatuur over het voorkomen van seksueel misbruik bij patiënten met een conversiestoornis bestaande uit psychogene epileptische aanvallen, tegenwoordig dissociatieve aanvallen genoemd, werden percentages van het voorkomen van fysiek of seksueel misbruik gerapporteerd variërend van 0-85% (Sharpe & Faye 2006). Het fenomeen la belle indifférence werd gezien als een kenmerkend symptoom voor de conversiestoornis. In een patiënt-controleonderzoek waarin patiënten met een conversiestoornis werden vergeleken met patiënten met

een andere neurologische diagnose kwam la belle indifférence voor bij 3% van de patiënten en bij 2% in de controlegroep (Stone e.a. 2010). Over ziekte winst zijn geen goede studies bekend, aangenomen wordt dat ziekte winst niet specifiek is voor de conversiestoornis en daarom niet bij de diagnose bruikbaar is.

### Positieve neurologische symptomen

Onlangs verscheen een overzicht van onderzoek naar de diagnostische waarde van deze symptomen bij het beoordelen van paresen, sensorische stoornissen en loopstoornissen (Daum e.a. 2014). In totaal werden 38 tests in de literatuur gevonden die voldoende beschreven waren en bij patiënten waren onderzocht; bij 14 van deze tests konden de sensitiviteit en de specificiteit berekend worden. Van deze 14 tests bleken 13 een hoge specificiteit te hebben (zie **TABEL 2**).

## DISCUSSIE

### Psychologische factoren

De psychodynamische theorie van Freud en de aanpassingen daarvan zijn lange tijd dominant geweest in het denken over de conversiestoornis (Carson e.a. 2012). Hierdoor kregen psychologische factoren een belangrijke plaats in de diagnostische criteria. Het fenomeen la belle indifférence, beschreven in *Studies over hystérie* (Breuer 1993), zag men als een kenmerkend symptoom van de conversiestoornis waarmee het ontstaan van de stoornis goed zou kunnen worden begrepen. La belle indifférence zou verklaard worden door het afvloeien van het intrapsychisch conflict in een fysiek symptoom, waarbij de stress die het conflict veroorzaakte, afnam. Dit werd primaire winst genoemd.

Later is veel kritiek geuit op dit hydraulische model (Chodoff 1954; Merskey 1995), maar toch werd dit fenomeen telkens weer beschreven. Dat terwijl artsen die patiënten met een conversiestoornis zagen, la belle indifférence zelden kunnen hebben waarnemen, omdat het zeer zeldzaam blijkt voor te komen en ongeveer even vaak bij conversiestoornissen als bij patiënten met andere neurologische diagnoses. Twijfel over de waarde van la belle indifférence is er altijd wel geweest, ook bij psychiaters. In ons land werd deze twijfel geuit door Rooijmans, die tevens opmerkte dat psychologische factoren voorafgaande aan het ontstaan van een conversiestoornis niet altijd zijn te vinden (Rooijmans 1986).

Het verband tussen seksueel misbruik in de jeugd en het ontstaan van de symptomen van een conversiestoornis vele jaren later heeft ook door de psychodynamische theorie veel aandacht gekregen. De associatie tussen seksueel

of fysiek misbruik en het ontstaan van de symptomen is omgeven met vele problemen. Kunnen we het misbruik betrouwbaar vaststellen? De grote variatie in het voorkomen in diverse onderzoeken suggereert dat niet. En als het misbruik duidelijk was, hoe moeten we het ontstaan van de symptomen na zeer vele jaren begrijpen? Is er wel een verband of is het verband indirect?

Bij de conversiestoornis komen persoonlijkheidsstoornissen vaker voor en persoonlijkheidsstoornissen zijn geassocieerd met seksueel misbruik. Daarom zou een associatie van seksueel misbruik met de conversiestoornis ook verklaard kunnen worden door confounding. Misbruik zou ook tot een kwetsbaarheid kunnen leiden, waardoor later een conversiestoornis ontstaat, zoals dit bij posttraumatische stressstoornis waarschijnlijk is (Xie e.a. 2009).

Wat de betekenis van het misbruik ook mag zijn, we kunnen ten minste concluderen dat misbruik in de jeugd niet de gehele verklaring voor conversiestoornis kan zijn en diagnostische betekenis heeft het misbruik niet. Het heeft daarom geen zin in het kader van de classificatie ernaar te vragen. Of het misbruik bij de behandeling belangrijk is, is ook onzeker: associaties zijn geen causale verbanden.

De relatie tussen symptomen en psychische factoren direct voorafgaande aan het ontstaan van de symptomen is problematisch omdat bij ongeveer een derde de symptomen door een fysieke, niet een psychische factor worden voorafgegaan. Deze waarneming ondersteunt de veronderstelling dat het mogelijk gaat om stress kort voor het ontstaan van de symptomen. De aard van de stress, psychisch of fysiek, lijkt niet van belang, maar de vraag is of een dergelijk onderscheid altijd goed mogelijk is.

Na het verdwijnen van de psychodynamische verklaring voor het ontstaan van de symptomen van de conversiestoornis is het pathofysiologisch onderzoek bij deze stoornis toegenomen. Het lag voor de hand bij deze functionele stoornis onderzoek te starten met functionele MRI. Bij dit onderzoek werd inhibitie van sensomotorische activiteit gevonden met afname van contralaterale activiteit van de basale ganglia en thalamus onder invloed van stressvolle prikkels zichtbaar als toegenomen activiteit in het limbische systeem (Vuilleumir 2005). Dit reactiepatroon zou mogelijk vergelijkbaar zijn met de reacties van dieren op bedreigende stimuli waarbij schijndood en het 'bevriezen' van de motoriek bij sommige dieren een stereotiepe reactie is (Klemm 2001). Deze primitieve reflexmatige reactie op stress is al eerder als verklaring van de symptomen bij de conversiestoornis gesuggereerd (Kretschmer 1948; Whitlock 1967). Toch kan stress van welke aard dan ook, niet als diagnostisch criterium worden opgenomen. Bij patiënten bij wie geen andere diagnose

dan een conversiestoornis kan worden gesteld op grond van het klinisch beeld en aanvullend onderzoek is stress niet altijd aannemelijk.

Onderzoek naar specifieke recente gebeurtenissen die tot een conversiestoornis leiden, heeft weinig opgeleverd met uitzondering van patiënten met dysfonie (House & Andrews 1988). Bij deze patiënten met dysfonie ging het om fysiek geweld door hun partner. De dysfonie zou ontstaan omdat zij zich niet mochten uitspreken tegenover anderen over dit geweld. Deze verklaring is onwaarschijnlijk omdat patiënten met dysfonie meestal redelijk goed zijn te verstaan; zouden zij zich willen uitspreken, dan blijft dat mogelijk. Bovendien komt dysfonie ook voor na andere gebeurtenissen.

Dat psychologische factoren de symptomen van een conversiestoornis kunnen verergeren, betekent niet dat deze factoren ook pathofysiologisch van belang zijn. Psychologische stress kan ook de symptomen van multiple sclerose doen toenemen (Mohr e.a. 2004), maar dit wordt niet geïnterpreteerd als toename van de inflammatoire afwijkingen. Voorzichtigheid is ook geboden met de interpretatie bij patiënten die hun symptomen in verband brengen met stress, omdat patiënten met andere neurologische diagnoses dit twee maal zo vaak doen als patiënten met een conversiestoornis (Stone e.a. 2010).

Als we deze bevindingen samenvatten, kunnen we het volgende concluderen. Op grond van de genoemde waarnemingen is de diagnostische betekenis van psychologische factoren die kort of lang voor het ontstaan van de symptomen van een conversiestoornis voorkwamen of de symptomen verergerden, onduidelijk geworden. Dit betekent dat ze niet meer bruikbaar zijn bij het stellen van de diagnose. Aandacht voor psychische factoren is wel belangrijk bij het begeleiden van patiënten met een conversiestoornis, maar dat geldt voor alle patiënten. Bij een derde van de patiënten met neurologische aandoeningen van allerlei aard kan psychiatrische comorbiditeit worden vastgesteld (Stone e.a. 2013).

De diagnose en de term ‘conversiestoornis’ zijn gehandhaafd in de DSM-5. Aan deze term is tussen haakjes toegevoegd: ‘functioneel-neurologisch-symptoomstoornis’. Vanuit neurologische en psychiatrische kringen was er toenemend kritiek op de term ‘conversiestoornis’, omdat deze term verwijst naar een niet meer geaccepteerde psychodynamische verklaring voor deze stoornis (Nicholson e.a. 2011). Neurologen hebben voorkeur voor de term ‘functioneel’, die werd ingevoerd door Charcot voor neurologische aandoeningen waarbij geen pathologische afwijkingen bij obductie werden gevonden (Charcot 1892). Migraine, bijvoorbeeld, werd destijds ingedeeld bij de functionele stoornissen.

## Simulatie

Over het onderscheid tussen de conversiestoornis en simulatie bestaan al discussies sinds de 19de eeuw. Sommige neurologen en psychiaters zagen de conversiestoornis als simulatie. In een film over Freud zien we hoe hij berispt wordt door het hoofd van de afdeling over het serieus nemen van een patiënte met een conversiestoornis (*The secret passion*, 1962; regie: John Huston). Uit een recent onderzoek naar het denken van Britse neurologen over de conversiestoornis blijkt dat er nog steeds neurologen zijn die patiënten met een conversiestoornis als simulanten zien (Kanaan e.a. 2009).

Tegen simulatie kan worden ingebracht dat niet alle symptomen van een conversiestoornis kunnen worden gesimuleerd. Voorbeelden zijn het niet reageren op pijnprikkels in een gebied met gevoelloosheid en bewegingsstoornissen die moeilijk langdurig zijn vol te houden. Andersom zien we bij de conversiestoornis symptomen die bij bewezen (patiënt is betrap) simulatie niet worden gezien (Stone e.a. 2013). Typische symptomen bij de conversiestoornis, zoals het meeslepen van een been met de voet in eversie- of inversie-stand, worden zelden gesimuleerd.

Dit neemt niet weg dat het zeer moeilijk blijft vast te stellen of een patiënt een opdracht niet kan uitvoeren en het wel wil, of het niet wil en wel kan. Omdat simulatie moeilijk is vast te stellen en weinig lijkt voor te komen bij patiënten verwezen naar poliklinieken is het criterium simulatie uit te sluiten vervallen in de DSM-5. Buiten de medische setting komt simulatie vaker voor, denk aan de voetballer die na een lichte aanraking bewegingsloos blijft liggen in het strafschopgebied.

## ‘Positieve’ neurologische symptomen

Was het volgens de criteria van de DSM-IV noodzakelijk te zoeken naar psychische factoren die de diagnose conversiestoornis steunden, waarvoor de expertise van een psychiater vereist was, volgens de criteria van de DSM-5 moet men zoeken naar neurologische symptomen die de diagnose steunen. Hiervoor is de expertise van een neuroloog vereist. Al lange tijd is gezocht naar neurologische symptomen die de diagnose conversiestoornis steunen. Vele van de in **TABEL 2** genoemde symptomen werden al door Jellgersma (1926) beschreven. De neurologische symptomen waarvan de diagnostische waarde is onderzocht, blijken een hoge specificiteit te hebben waardoor ze bijdragen aan het stellen van de diagnose. Eén test, het vergelijken van de vibratiezin links en rechts op het voorhoofd of sternum, had een lage specificiteit en hoge sensitiviteit. Deze bij de conversiestoornis veelgebruikte test kan daarom niet worden gebruikt bij het stellen van de diagnose. Dit onderstreept het belang van uitbreiding van onderzoek naar de

diagnostische waarde van andere veelgebruikte tests.

Veelgebruikte tests, zoals het niet pronerend uitzakken van de paretische arm, zijn onvoldoende onderzocht voor het schatten van de diagnostische waarde, waardoor ze terughoudend moeten worden geïnterpreteerd. De specificiteit van de symptomen kan verder worden verbeterd door te onderzoeken bij welke aandoeningen 'fout-positieve' testuitslagen voorkomen. Bijvoorbeeld de specificiteit van het teken van Hoover (toename van kracht na aanspannen van antagonist) neemt toe als een pariëtale laesie is uitgesloten (Stone e.a. 2013).

De diagnose conversiestoornis blijkt tegenwoordig betrouwbaar te kunnen worden gesteld. In een veel geciteerd artikel concludeerden Slater en Glithero (1965) dat bij veel patiënten met de diagnose conversiestoornis later alsnog een neurologische ziekte werd gevonden, maar sinds 1975 worden steeds lagere percentages foute diagnoses gevonden, niet meer boven 4% (Stone e.a. 2005; 2009b). Deze verbetering van het percentage onjuiste diagnoses is waarschijnlijk een gevolg van verbeterde neurologische diagnostiek en niet van de psychiatrische of psychologische bijdrage in de diagnostiek (Moene e.a. 2000).

Als de diagnose conversiestoornis tegenwoordig betrouwbaar kan worden gesteld, waarom moet er dan toch onderzoek worden gedaan naar de diagnostische waarde van neurologische symptomen? Dit onderzoek is van belang omdat het beter is de diagnose op klinische gronden te stellen, zoals neurologen gewend zijn te doen, dan de diagnose te baseren op het uitsluiten van andere verklaringen voor de symptomen. Aan patiënten kan men dan uitleggen dat zij symptomen hebben die bij de gestelde diag-

nose passen. Dit is een beter begin van de behandeling dan mogelijk is als de diagnose door uitsluiting van andere verklaringen wordt gesteld (Stone 2014).

## BESLUIT

De conversiestoornis is in de DSM veranderd van een psychiatrische in een neurologische diagnose. Voor de diagnose is niet langer de expertise van een psychiater vereist, wel die van een neuroloog, gezien de eis van het zoeken naar neurologische symptomen die de diagnose steunen. Deze verandering wordt door het in dit artikel beschreven onderzoek ondersteund.

Wat de rol van de psychiater is na het stellen van de diagnose is nog niet duidelijk. Kunnen deze patiënten na uitleg over de diagnose door huisartsen worden begeleid of is het beter als huisartsen en neurologen dat samen doen? Is het nuttig fysiotherapeuten bij de behandeling te betrekken om de patiënten te activeren? Bestaan er onderhoudende psychische factoren en zo ja, door wie zijn die het beste te beïnvloeden? Is cognitieve gedragstherapie nog effectief als de patiënt geactiveerd is door de fysiotherapeut en uitleg heeft gekregen over de symptomen? Zo ja, wie kan dit het beste geven? Is het zoeken naar de psychogenese van de symptomen en behandeling die daarop is gericht effectief?

Op al deze vragen hebben we nog geen antwoord, maar toch is er al een ruime keuze van behandelingen als de diagnose is gesteld. Dit vraagt om een reeks klinische trials, liefst internationaal uitgevoerd, om resultaten te verkrijgen in voldoende grote patiëntengroepen.

## LITERATUUR

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (5de ed). Arlington: American Psychiatric Association; 2013.
- American Psychiatric Association. Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5). Nederlandse vertaling van Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5de ed. Amsterdam: Boom; 2014.
- Ball JS, Links PS. Borderline personality disorder and childhood trauma: evidence for a causal relationship. *Curr Psychiatry Rep* 2009; 11: 63-8.
- Betts T, Boden S. Diagnosis, management and prognosis of a group of 128 patients with non-epileptic attack disorder. Part II. Previous sexual abuse in the aetiology of these disorders. *Seizure* 1992; 1: 27-32.
- Binzer M, Eisemann M. Childhood experiences and personality traits in patients with motor conversion symptoms. *Acta Psychiatr Scand* 1998; 98: 288-95.
- Breuer J. Theoretische aspecten. In: Freud S. Nederlandse editie. *Klinische beschouwingen 5: Studies over hysterie*. (Vert. Wilfred Oranje). Amsterdam: Boom; 1993: 227-302.
- Carson AJ, Brown R, David AS, e.a. Functional (conversion) neurological symptoms: research since the millennium. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2012; 83: 842-50.
- Chabrol H, Peresson G, Clanet M. Lack of specificity of the traditional criteria for conversion disorders. *Eur Psychiatry* 1995; 10: 317-9.
- Charcot JM. *Leçons du Mardi à la Salpêtrière (1887-1888)*. Paris: Bureau du Progrès Médical; 1892.
- Chodoff P. A re-examination of some aspects of conversion hysteria. *Psychiatry* 1954; 17: 75-81.

- Creed F, Firth D, Timol M, Metcalfe R, Pollock S. Somatization and illness behavior in a neurology ward. *J Psychosom Res* 1990; 34: 427-37.
- Daum C, Hubschmid M, Aybek S. The value of 'positive' clinical signs for weakness, sensory and gait disorders in conversion disorder: a systematic and narrative review. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2014; 85: 180-90.
- Gould R, Miller BL, Goldberg MA, Benson DF. The validity of hysterical signs and symptoms. *J Nerv Ment Dis* 1986; 174: 593-7.
- House AO, Andrews HB. Life events and difficulties preceding the onset of functional dysphonia. *J Psychosom Res* 1988; 32: 311-9.
- Jelgersma G. Leerboek der Psychiatrie. Tweede deel. Specieele psychiatrie, kiempsochsen. (3de ed.). Amsterdam: Scheltema & Holkema; 1926. p. 174-221.
- Johnson CF. Child sexual abuse. *Lancet* 2004; 364: 462-70.
- Kanaan R, Armstrong D, Barnes P, Wessely S. In the psychiatrist's chair: how neurologists understand conversion disorder. *Brain* 2009; 132: 2889-96.
- Klemm WR. Behavioural arrest: in search of the neural control system. *Prog Neurobiol* 2001; 65: 453-71.
- Kretschmer E. Hysteria: reflex and instinct. Londen: Peter Owen; 1948.
- Merskey H. The analysis of hysteria: understanding conversion and dissociation. Londen: Gaskell/Royal College of Psychiatrists; 1995.
- Moene FC, Landberg EH, Hoogduin KA e.a. Organic syndromes diagnosed as conversion disorder: identification and frequency in a study of 85 patients. *J Psychosom Res* 2000; 49: 7-12.
- Mohr DC, Hart SL, Julian L, Cox D, Pelletier D. Association between stressful life events and exacerbation in multiple sclerosis: a meta-analysis. *BMJ* 2004; 328: 731.
- Nicholson TR, Stone J, Kanaan RA. Conversion disorder: a problematic diagnosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2011; 82: 1267-73.
- Rooijmans HG. Onbegrepen lichamelijke klachten en conversie. *Ned Tijdschr Geneesk* 1986; 130: 2174-8.
- Sharpe D, Faye C. Non-epileptic seizures and child sexual abuse: a critical review of the literature. *Clin Psychol Rev* 2006; 26: 1020-40.
- Slater ET, Glithero E. A follow-up of patients diagnosed as suffering from 'hysteria'. *J Psychosom Res* 1965; 9: 9-13.
- Stone J, Smyth R, Carson A, e.a. Systematic review of misdiagnosis of conversion symptoms and 'hysteria'. *BMJ* 2005; 331: 989.
- Stone J, Carson A, Aditya H, e.a. The role of physical injury in motor and sensory symptoms: A systematic and narrative review. *J Psychosom Res* 2009a; 66: 383-90.
- Stone J, Carson A, Duncan R, e.a. Symptoms 'unexplained by organic disease' in 1144 new neurology out-patients: how often does the diagnosis change at follow-up? *Brain* 2009b; 132: 2878-88.
- Stone J, Warlow C, Sharpe M. The symptom of functional weakness: a controlled study of 107 patients. *Brain* 2010; 133: 1537-51.
- Stone J, Reuber M, Carson A. Functional symptoms in neurology: mimics and chameleons. *Pract Neurol* 2013; 13: 104-13.
- Stone J. Functional neurological symptoms: the neurological assessment as treatment. *Neurophysiologie Clinique/ Clinical neurophysiology* 2014; 44: 363-73.
- Vuilleumir P. Hysterical conversion and brain function. *Prog Brain Res* 2005; 150: 309-29.
- Whitlock FA. The aetiology of hysteria. *Acta Psychiat Scand* 1967; 43: 144-62.
- Xie P, Kranzler HR, Poling J, e.a. Interactive effects of stressful life events and the serotonin transporter 5-HTTLPR genotype on posttraumatic stress disorder diagnosis in 2 independent populations. *Arch Gen Psychiatry* 2009; 66: 1201-9.

## SUMMARY

# Conversion disorder: from DSM IV to DSM 5 or from a psychiatric to a neurological diagnosis

M. VERMEULEN, M.H.A. WILLEMS

**BACKGROUND** According to one of the diagnostic criteria of the DSM IV for conversion disorder there has to be a temporal relationship between psychological factors and the onset, or the worsening, of the symptoms. This criterion has been omitted in the DSM-5. Another criterion, namely that the symptoms are not produced intentionally, has also been abandoned. A new recommendation is that therapists should look for neurological symptoms that support the diagnosis.

**AIM** To investigate whether studies support the changes in the criteria.

**METHOD** We searched literature using PubMed.

**RESULTS** When the symptoms first appear, trauma or stress in 37% of patients is of a physical rather than a psychological nature. Different forms of stress were found in equal proportions (20%) in patients with or without conversion disorder. There are no specific stressors, except possibly in patients with dysphonia. The percentages of childhood abuse vary widely, namely from 0 to 85%. The characteristic phenomenon of 'la belle indifference' occurs in only 3% of patients with conversion disorder versus only 2% of controls. Most of the 'positive' clinical tests for partial paralysis and sensory and gait disorders are highly specific. There are no reliable tests for distinguishing conversion disorder from simulation.

**CONCLUSION** The changes of the criteria are supported by recent studies.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 57(2015)8, 569-576

**KEY WORDS** Conversion disorders, dissociative symptoms, functional neurological symptoms, psychogenic symptoms, unexplained symptoms