

De conversiestoornis in de DSM-5: what's in a name?

C.M. VAN DER FELTZ-CORNELIS



What's in a name? De conversiestoornis in de DSM-5 is niet meer wat zij was in de DSM-IV en dat is een kritische beschouwing waard. Collegae Vermeulen en Willems schreven een uitstekende review over de wetenschappelijke onderbouwing van de DSM-5-classificatiecriteria voor conversiestoornis en vinden net als de werkgroep voor de DSM-5-sectie 'Somatisch-symptoomstoornissen en aanverwante stoornissen' geen harde psychiatrische criteria voor het stellen van de diagnose conversiestoornis. Dat geldt voor *la belle indifférence*, voor het al dan niet bestaan van ziekte winst, en voor andere factoren die van oudsher relevant worden geacht voor het ontstaan van conversiestoornis, zoals seksueel misbruik. Deze factoren kunnen een rol spelen, maar dat hoeft niet: ze blijken lang niet altijd te worden gevonden bij het psychiatrisch onderzoek en als ze worden gevonden, zijn ze niet specifiek voor conversiestoornis. Het vinden van dergelijke factoren is dus wel nog het vermelden waard, maar niet meer vereist voor de DSM-5-classificatie conversiestoornis.

Neurologische diagnose?

Vervolgens geven de auteurs een waardevol overzicht van de diagnostische betekenis van klinisch neurologisch onderzoek voor het stellen van de diagnose conversiestoornis. Daaruit blijkt dat klinische neurologische tests die zijn gericht op de motoriek van de ledematen een hoge specificiteit en in een aantal gevallen ook sensitiviteit hebben voor het bestaan van een conversiestoornis en in die zin kunnen bijdragen aan de diagnose conversiestoornis. Er zijn echter diverse uitingsvormen van de conversiestoornis waarbij de klinisch neurologische tests geen meerwaarde hebben omdat het daar gaat om conversieve symptomen zoals slik- en spraaksymptomen, pseudoconvulsies en sensibiliteitsstoornissen. Daardoor is de meerwaarde van klinisch neurologische tests voor de categorie conversiestoornissen als geheel dan toch beperkt.

Andere mogelijke somatische verklaringen voor conversieve klachten behandelen de auteurs niet. Die worden wel genoemd bij de DSM-5-criteria, want de diagnostische ronde die de patiënt bij de conversiestoornis doorloopt, voert meestal langs meerdere medische specialismen. Hoe mooi hun overzicht ook is, de stellingname van de auteurs dat

de conversiestoornis voortaan een neurologische diagnose is, is daarmee prematuur.

MRI-bevindingen

De auteurs bespreken het MRI- en fMRI-onderzoek bij patiënten met een conversiestoornis vluchtig, terwijl dit juist relevant is. Zij stellen in dat verband dat stress niet als diagnostisch criterium kan worden opgenomen. Dat valt niet te betwisten, gezien de veelvormigheid van stress (Van der Feltz-Cornelis 2014). Echter, indien er kenmerkende afwijkingen zouden zijn op (f)MRI bij conversiestoornis, dan zou dat potentieel wel een diagnostisch criterium kunnen zijn.

Recentelijk zijn drie MRI-studies verricht bij patiënten met een conversiestoornis waarin toename van de dikte van de cortex in de premotorische cortex (Aybek e.a. 2014) en afwijkingen in de thalamus, basale ganglia en amygdala werden gerapporteerd (Atmaca e.a. 2006; Nicholson e.a. 2014). Het feit dat bij drie MRI-studies structurele afwijkingen worden gevonden bij patiënten met een conversiestoornis doet de vraag rijzen of deze klachten wel zo functioneel zijn als de DSM-5-werkgroep denkt. Kunnen structurele MRI-afwijkingen bestaan bij zogenaamde functionele afwijkingen?

Een casusstudie met fMRI vóór en na behandeling bij een patiënt met chronisch mutisme toonde vooraf een verslechterde verbinding tussen spraaknetwerken en netwerken die angst reguleren, en deze verbinding bleek verbeterd bij fMRI na klinisch herstel (Bryant e.a. 2012). Echter, systematisch onderzoek naar de sensitiviteit en de specificiteit van dit soort tests voor het diagnosticeren van conversiestoornis is niet verricht. Ook de bevinding dat cognitieve rehabilitatietherapie een chronische conversiestoornis in remissie kan doen gaan (De Vroeghe e.a. 2015) opent wegen voor nader onderzoek naar de diagnostiek en behandeling van conversiestoornis.

Het is een goede zaak dat de Werkgroep voor de DSM-5-sectie 'Somatisch-symptoomstoornissen en aanverwante stoornissen' wijst op het belang van het classificeren als conversiestoornis op positieve gronden, en niet per exclusionem. Het is inderdaad van belang dat na te streven en daarin speelt de neuroloog zeker een rol van betekenis.

Echter, gezien de huidige stand van de wetenschap zal, als het gaat om positieve criteria die rechtstreeks wijzen naar de conversiestoornis, in veel gevallen zowel de neuroloog, de psychiater als de neuropsycholoog met toegang tot fMRI toch nog met lege handen staan.

De auteurs vragen zich af welke rol de verschillende disciplines zouden kunnen spelen bij de behandeling van de conversiestoornis. Dat staat uitvoerig beschreven in de multidisciplinaire richtlijn Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten en somatoforme stoornissen (2011). Die beveelt een aanpak met *diseasemanagement* aan waarin de relevante (para)medische disciplines na het opstellen van een risicoprofiel van de patiënt een benadering volgens de principes van *stepped care* volgen, waarbij ook duidelijk is wie wat moet doen, in welke setting, en in samenwerking met wie (Van der Feltz-Cornelis e.a. 2012). De evidentie voor behandeling voor conversiestoornis blijft echter achter (Kroenke 2007). De auteurs stellen dan ook terecht dat grote klinische trials verricht moeten worden om meer evidentie te verkrijgen over behandeling van de conversiestoornis. Gezien de complexe aard van de aandoening, die zich op zowel neurologisch, neuropsychologisch als psychiatrisch domein afspeelt, geeft een multidisciplinaire aanpak daarbij de meeste kans op succes.

LITERATUUR

- Atmaca M, Aydin A, Tezcan E, Povraz AK, Kara B. Volumetric investigation of brain regions in patients with conversion disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2006; 30: 708-13.
- Aybek S, Nicholson TR, Draganski B, Daly E, Murphy DG, David AS, e.a. Grey matter changes in motor conversion disorder. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2014; 85: 236-8.
- Bryant RA, Das P. The neural circuit of conversion disorder and its recovery. *J Abnorm Psychol* 2012; 121: 289-96.
- Feltz-Cornelis CM van der, Hoedeman R, Keuter EJ, Swinkels JA. Presentation of the Multidisciplinary Guideline Medically Unexplained Physical Symptoms (MUPS) and Somatoform Disorder in the Netherlands: disease management according to risk profiles. *J Psychosom Res* 2012; 72: 168-9.

AUTEUR

CHRISTINA VAN DER FELTZ-CORNELIS, hoogleraar Sociale Psychiatrie, Tranzo, Tilburg University, Tilburg; Topklinisch Centrum Lichaam, Geest en Gezondheid, GGz Breburg Tilburg.

CORRESPONDENTIEADRES

Prof. dr. Christina van der Feltz-Cornelis, Topklinisch Centrum Lichaam, Geest en Gezondheid, GGz Breburg, Lage Witsiebaan 4, 5042 DA Tilburg.
E-mail: cvanderfeltz-cornelis@ggzbreburg.nl

Strijdige belangen: prof. dr. Van der Feltz-Cornelis ontving grants van Eli Lilly.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 6-7-2015.

TITLE IN ENGLISH

The conversion disorder in the DSM-5: what's in a name?

- Feltz-Cornelis CM van der. Het Stressbeeld. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds; 2014.
- Kroenke K. Efficacy of treatment for somatoform disorders: a review of randomized controlled trials. *Psychosom Med* 2007; 69: 881-8.
- Multidisciplinaire richtlijn Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten en somatoforme stoornissen. Utrecht: Trimbos-instituut; 2011.
- Nicholson TR, Aybek S, Kempton MJ, Daly EM, Murphy DG, David AS, e.a. A structural MRI study of motor conversion disorder: evidence of reduction in thalamic volume. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2014; 85: 227-9.
- Vermeulen M, Willems MHA. Conversiestoornis: van DSM-IV naar DSM-5 of van psychiatrische naar neurologische diagnose. *Tijdschr Psychiatr* 2015; 57: 569-76.
- Vroege L de, Khasho D, van der Feltz-Cornelis CM. Cognitive rehabilitation treatment for mental slowness in conversion disorder. A case report. *Psychologische Medizin* 2015; 26: 1 Suppl: 103.