

Conversie en dissociatie: samen of apart in de DSM?

O. Verhaert, E. Verhaegen, E. Vrieze

- Achtergrond** Conversie en dissociatie hebben in hun relatie heel wat slingerbewegingen over de tijd gemaakt, tussen naar elkaar toe groeien en van elkaar weggaan. In de aanloop naar de introductie van DSM-5 werd gepleit om conversiestoornissen onder te brengen bij dissociatieve stoornissen, maar dit is niet gebeurd.
- Doel** Overzicht geven van de klinisch-wetenschappelijke evidentie voor de samenhang tussen conversie en dissociatie en van de recente klinische studies die beide ziektebeelden samen onderzoeken. Ook onderzoeken we belangrijkste overlappende predisponerende kenmerken en psychopathologische verklaringen van beide ziektebeelden.
- Methode** Literatuuronderzoek in PubMed en PsycArticles.
- Resultaten** Onze bevindingen bevestigen ten eerste dat er een grote comorbiditeit bestaat tussen conversieve en dissociatieve symptomen in de klinische realiteit. Ten tweede hebben beide ziektebeelden een hoge prevalentie van gerapporteerd trauma en emotiedysregulatie. Evidentie voor aanwezige biomarkers is echter nog beperkt. Ten derde zijn de onderliggende verklaringen zowel toepasbaar voor conversie als dissociatie.
- Conclusie** We willen het pleidooi om conversiestoornissen weer samen te brengen met de dissociatieve stoornissen onder de aandacht houden. Bovendien lijken de mogelijke aanwezigheid van trauma, de invloedrijke rol van psychosociale stressfactoren, de aanwezige psychiatrische comorbiditeit en de stijl van emotieregulatie eerder een benadering van de conversieproblematiek vanuit een biopsychosociaal dan vanuit een zuiver biomedisch perspectief te rechtvaardigen.

Een conversiestoornis wordt gedefinieerd als controleverlies van bewuste aansturing van bepaalde lichaamsdelen of -functies en gaat gepaard met een verstoring van het psychisch functioneren. De precieze duiding van conversie heeft over de tijd al een lange weg afgelegd (Bowman 2006). Zo werd conversie reeds vermeld in oud-Egyptische papyrusrollen en nadien ook geassocieerd met bezetenheid en magnetisme of mesmerisme. Bij de opkomst van de moderne geneeskunde werd de conversieproblematiek initieel binnen het domein van de neurologie ondergebracht, maar vanaf de 19de eeuw evolueerde het ziektebeeld naar het psychiatrisch werkveld (Kanaan 2016). Deze evolutie verliep via de door Briquet, Charcot, Freud en Janet beschreven histerie, naar de huidige positionering van de aandoening onder de noemer van de functioneel-neurologisch-symptoomstoornis in de laatste versie van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5).

Ook binnen de DSM legde de conversiestoornis een heel traject af, waarbij ze initieel als nauw verwant aan de dissociatieve stoornissen werd beschreven. Dissociatieve stoornissen worden in de DSM-5 gedefinieerd als verstoringen van de normale integratie van bewustzijn, geheugen, identiteit, emotie, perceptie, lichaamsrepresentatie, motorische controle en gedrag. Omdat er zowel bij conversie als bij dissociatie sprake is van een verstoring van het psychisch functioneren en van bemoeilijkt (of verdwenen) lichamelijke controle, lijkt het niet verwonderlijk dat dissociatie- en conversieklachten lange tijd samen gedefinieerd werden. Bij de introductie van de DSM-III werd conversie niet langer gedefinieerd als een vorm van dissociatie. De concepten werden van elkaar gescheiden en de conversiestoornis werd ondergebracht bij de somatoforme stoornissen. Sindsdien staan in de DSM-classificatie de termen conversie en dissociatie als aparte ziektebeelden beschreven.

AUTEURS

Olivier Verhaert, ten tijde van het schrijven van dit artikel arts in opleiding tot psychiater, Universitair Psychiatrisch Centrum KU Leuven.

Ellen Verhaegen, klinisch psycholoog en psychotherapeut, Mind Body Unit (somatisch-symptoomstoornissen), Universitair Psychiatrisch Centrum KU Leuven.

Elske Vrieze, psychiater, supervisor Mind Body Unit (eetstoornissen en somatisch-symptoomstoornissen), Universitair Psychiatrisch Centrum KU Leuven.

Correspondentieadres

Prof. dr. Elske Vrieze, UPC KU Leuven, campus Gasthuisberg, Herestraat 49, 3000 Leuven, België.

E-mail: elske.vrieze@upckuleuven.be

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 20-1-2021.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2021;63(6):455-461

De bewerking van de DSM-IV-TR naar de DSM-5 gaf aanleiding om een hereniging van conversie- en dissociatieve stoornissen te bepleiten (Bowman 2006; Brown e.a. 2007). Dit kreeg echter geen gevolg. Bovendien werd in de DSM-5 de verwijzing naar psychische factoren voorafgaand aan de conversiestoornis geschrapt in de diagnostische criteria voor conversiestoornissen. De aanwezigheid van psychologische stressoren veranderde zo van een noodzakelijk naar een ondersteunend criterium. Volgens sommigen was dit niet alleen een gemiste kans op conceptuele vereniging, maar verschoof de conversiestoornis (of functioneel-neurologisch-symptoomstoornis) zo ook opnieuw van een psychiatrische naar een neurologische stoornis (Vermeulen & Willems 2018). Conversie lijkt gedurende haar geschiedenis moeilijk een duidelijke status te hebben verworven. De verschuiving van een zuiver medische naar een psychiatrische diagnose en terug, maakt dat er ook weinig consistent onderzoek en klinische praktijkvoering lijken te zijn uitgebouwd. Dit toont zich ook in de literatuur, waarbij de interesse voor conversie eerder in golfbewegingen gaat dan in een continue stroom. Daarnaast draagt ook de verwantschap met dissociatie (waarbij de vraag gesteld kan worden of het aparte dan wel soortgelijke concepten betreft), bij aan de verwarring die rond conversie bestaat. Dit wordt onder meer geïllustreerd door het contrast tussen de classificatie van conversie binnen de DSM en de *International Classification of Diseases* (ICD). In de ICD-10 wordt conversie wel onder de dissociatieve stoornissen ondergebracht.

Een verduidelijking van de samenhang tussen conversie en dissociatie zou een meerwaarde kunnen bieden voor de klinische praktijk in de benadering en behandeling van beide stoornissen. In dit artikel geven we een overzicht van de recentste klinische literatuur over dit onderwerp die gepubliceerd werd naar aanleiding

van de laatste bewerking van de DSM. Daarnaast staan we stil bij de predisponerende factoren en beschreven psychopathologische verklarende modellen van conversie en dissociatie, alsook waarin deze gelijklopend dan wel verschillend zijn.

Definities DSM-5

In **tabel 1** staan de belangrijkste diagnostische criteria van conversie- en dissociatiestoornissen vermeld. Conversiestoornissen worden als een subcategorie van de somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen ondergebracht. Dissociatieve stoornissen vormen een aparte classificatiecategorie op zich. Als voorbeeld van conversieaanvallen wordt vaak verwezen naar psychogene niet-epileptische aanvallen (PNEA). Deze worden ook wel pseudo-, functionele of dissociatieve aanvallen genoemd. Deze PNEA zijn paroxysmale veranderingen in gewaarwording, emoties, gedrag en beweging, die weliswaar klinisch sterk op een epileptische aanval kunnen lijken, maar zonder dat er epileptiforme activiteit op het elektro-encefalogram kan worden aangetoond.

Met dissociatie wordt klassiek verwezen naar een verstoring van mentale functies zoals bewustzijn, geheugen en identiteit. De DSM-5-criteria zijn echter ruimer dan deze mentale functies alleen en verwijzen ook naar verstoringen in lichaamsrepresentatie, motorische controle en gedrag. Niettegenstaande deze ruimere definiëring van dissociatie, maken dissociatieve convulsies, dissociatieve anesthesie of sensorisch verlies, en dissociatieve motorische stoornissen in de DSM-5 deel uit van de sectie van de conversiestoornissen.

Verwantschap tussen conversie en dissociatie

In de jaren 90 introduceert Nijenhuis (2004; Nijenhuis e.a. 1998) de termen somatoforme en psychoforme

Tabel 1. Belangrijkste DSM-5-criteria van conversie- en dissociatiestoornissen (APA 2014, Nederlandse vertaling)

CONVERSIESTOORNIS	DISSOCIATIEVE STOORNISSEN
Eén of meer symptomen van veranderingen in de willekeurige motorische of de sensorische functies. Uit klinisch onderzoek blijkt dat het symptoom incompatibel is met een bekende neurologische of andere somatische aandoeningen.	DISSOCIATIEVE IDENTITEITSTOORNIS Fragmentatie van de identiteit, gekenmerkt door twee of meer afzonderlijke persoonlijkheidstoestanden. De verstoring in identiteit omvat een duidelijke discontinuïteit in de zelfbeleving en het gevoel van zelfcontrole, gepaard gaande met ermee samenhangende veranderingen in affect, gedrag, bewustzijn, geheugen, waarneming, cognitief en/of sensomotorisch functioneren. Recidiverende hiaten in het herinneren van dagelijkse gebeurtenissen, belangrijke persoonlijke informatie en/of psychotraumatische gebeurtenissen die inconsistent zijn met alledaagse vergeetachtigheid.
– Specificeer het type symptoom of uitvalsverschijnsel: met zwakte of paralyse; met abnormale bewegingen; met sliksymptomen; met spraaksymptomen; met aanvallen of convulsies; met anesthesie of sensibiliteitsverlies; met speciale zintuiglijke symptomen; met gemengde symptomen. – Specificeer indien: acuut; persistent. – Specificeer indien: met psychische stressor; zonder psychische stressor.	DISSOCIATIEVE AMNESIE Een onvermogen om zich belangrijke autobiografische informatie te herinneren, gewoonlijk psychotraumatisch of stressvol van aard, dat inconsistent is met gewone vergeetachtigheid.
	DEPERSONALISATIE-/DEREALISATIESTOORNIS De aanwezigheid van persistent of recidiverende ervaringen van depersonalisatie, derealisatie of beide. 1. Depersonalisatie: ervaringen van onwerkelijkheid, vervreemding, of alsof de betrokkene zichzelf van buitenaf waarneemt, m.b.t. de eigen gedachten, gevoelens, gewaarwordingen, het eigen lichaam of de eigen handelingen. 2. Derealisatie: ervaringen van onwerkelijkheid of vervreemding m.b.t. omgeving. Gedurende de ervaring van depersonalisatie en derealisatie blijft het realiteitsbesef intact.
	Andere subcategorieën zijn: Andere gespecificeerde dissociatieve stoornis en Ongespecificeerde dissociatieve stoornis

dissociatie. Psychoforme dissociatie – voorheen psychologische dissociatie genoemd – vertaalt zich in dissociatieve amnesie, mentale absorptie, identiteitsverwarring en -fragmentatie, uittredingen, depersonalisatie, derealisatie, en/of verlies van controle over gedachten, geheugen en emoties. Met somatoforme dissociatie verwijst Nijenhuis naar een gebrekkige integratie van sensorimotorische reacties en functies. Deze kan zich voordoen als een verstoring van het gezichtsvermogen, gehoor, spraak, beweging, en/of gevoel. Zo gedefinieerd komt somatoforme dissociatie sterk overeen met wat beschreven wordt bij conversie. Nijenhuis (2004) toont aan dat somatoforme dissociatieve symptomen van patiënten met conversie conform de hysterisymptomen zijn die meer dan een eeuw geleden door Janet beschreven werden, en stelt dat somatoforme dissociatie en conversie éénzelfde begrip zijn. In lijn met deze visie ontwikkelden Nijenhuis e.a. (1998) ook de *Somatoform Dissociation Questionnaire* (SDQ), een meetinstrument voor somatoforme dissociatie, dat goede psychometri-

sche kwaliteiten heeft.

Ook Holmes en Brown onderzoeken de relatie tussen dissociatie en conversie (Holmes e.a. 2005). Zij beschrijven twee andere subtypes binnen dissociatie, namelijk *detachment* en *compartmentalisering*. *Detachment* kan begrepen worden als een verandering in bewustzijn, gekenmerkt door het gevoel los te komen van zichzelf of van de wereld. *Compartmentalisering* is het onvermogen om processen en functies, die normaal onder bewuste controle staan, te controleren en te integreren (Brown & Reuber 2016a). De betrokken functies worden dan als het ware ‘gecompartmentaliseerd’ of geparceerd van de normale executieve functies. Volgens Brown zijn conversiestoornissen vooral op te vatten als compartmentaliseringstoornissen. Wegens deze compartmentalisering kunnen de experiëntiële, motorische en gedragsverschijnselen bij conversie opgevat worden als uitingen van het controle- en integratieverlies. De samenhang tussen conversie en dissociatie wordt verder vanuit meerdere onderzoeksgroepen onder-

steund. Zo vertonen patiënten met een conversiestoornis een hoge comorbiditeit met dissociatieve symptomen (Brown e.a. 2007; Pick e.a. 2017). Ander onderzoek toont aan dat patiënten met PNEA geen homogene groep vormen en dat PNEA zowel bij patiënten met een somatisch-symptoomstoornis, als met een dissociatieve stoornis of een posttraumatische stressstoornis voorkomen (Brown & Reuber 2016b). Volgens Spiegel e.a. (2013) zou een derde tot de helft van de patiënten met conversie een dissociatieve stoornis hebben. Dissociatieve symptomen komen meer voor bij patiënten met PNEA dan bij patiënten met zuiver functionele motorische stoornissen (Spinhoven e.a. 2004). Omgekeerd vertonen patiënten met dissociatieve stoornissen ook vaak conversiesymptomen (Brown e.a. 2007). Ross (2015) constateert in zijn studie dat 39,7% van patiënten met een dissociatieve identiteitsstoornis ook een conversiestoornis heeft.

Predisponerende factoren: trauma, emotiedysregulatie en biomarkers

In tal van studies heeft men de relatie tussen trauma en het optreden van conversie en/of dissociatie onderzocht. Zowel bij patiënten met conversiestoornissen als bij patiënten met dissociatiestoornissen worden hoge prevalentiecijfers voor trauma teruggevonden (Kienle e.a. 2017). Ook omgekeerd blijkt dat patiënten met een voorgeschiedenis van trauma – en in het bijzonder na seksueel misbruik – zowel zwaardere conversie als meer en ernstigere dissociatiesymptomen vertonen (Pick e.a. 2017).

Daar staat tegenover dat er studies zijn waarin maar een derde van de patiënten met conversie trauma rapporteert en dat er geen evidentie wordt gevonden voor een sterke causale band tussen trauma en conversie (Ludwig e.a. 2018). Hoewel het niet absoluut noodzakelijk is in het ontstaan van de ziektebeelden, kunnen we trauma wel beschouwen als een belangrijke predisponerende factor in de ontwikkeling van conversie en dissociatie (Brown & Reuber 2016b; Fobian & Elliott 2019).

Naast trauma speelt ook emotionele verwerking een belangrijke rol (Van Dijke e.a. 2010). Emotiedysregulatie kan bij getraumatiseerde patiënten leiden tot het ontstaan en onderhouden van dissociatieve en conversieve symptomen. Twee grote patronen van emotiedysregulatie kunnen hierbij onderscheiden worden (del Rio-Casanova e.a. 2016). Patiënten die moeilijk hun emoties kunnen controleren, een lage tolerantiedrempel hebben en zich vaak emotioneel hyperreactief voelen, vertonen eerder ‘positieve’ conversiesymptomen zoals PNEA of onvrijwillige bewegingen. Bij hen is er sprake van een onderregulatie van affect.

Andere patiënten, bij wie er eerder sprake is van overregulatie, zijn emotioneel meer vermijdend ingesteld. Zij rapporteren gemakkelijker lichamelijke klachten en zullen meer ‘negatieve’ symptomen zoals blindheid of verlamming vertonen.

Als andere betrokken factoren kunnen alexithymie en verminderde interoceptie genoemd worden. Alexithymie wordt vaak omschreven als het niet kunnen ervaren van een emotioneel gevoel, als moeilijk zijn emoties kunnen identificeren, benoemen of erover reflecteren. Interoceptie is het vermogen om signalen van binnenuit het eigen lichaam waar te nemen. Deze beperkingen kunnen gepaard gaan met moeilijkheden in het adequaat hanteren van zijn of haar emotieregulatie, waardoor *hyperarousal* kan ontstaan in stressvolle situaties. Dit verhoogt het risico op emotionele overspoeling, het ontstaan van dissociatieklachten of het doorzetten van een conversieaanval.

Behalve voor psychologische factoren, is er de laatste jaren ook meer aandacht voor de neurobiologische kenmerken van conversie en dissociatie. Er zijn verschillende beeldvormingsstudies en anatomische hypothesen, maar er is nog geen eenduidige consensus over exacte werking.

Bij patiënten met conversiestoornissen is verhoogde activatie aangetoond in gebieden die betrokken zijn bij emotionele verwerking, regulatie en bewustzijn (cortex cingularis anterior (ACC), ventromediale prefrontale cortex, insula, amygdala, vermis), bij cognitieve controle en motorische inhibitie (gyrus frontalis inferior, dorso-laterale prefrontale cortex, ACC dorsalis), en bij zelfreferentiële verwerking en perceptueel bewustzijn (cortex parietalis posterior, temporopariëtele junctie), en dit in vergelijking met controlegroepen. Daarnaast is er een gedaalde activatie van de area motoria supplementaria, het gebied betrokken bij planning en organisatie van de motoriek (Baizabal-Carvalho e.a. 2019). Ook bij dissociatie worden veranderingen gevonden in deze hersengebieden die betrokken zijn bij emotionele verwerking en zelfreferentiële processen (Krause-Utz & Elzinga 2019). Voorlopig levert ook psychoneuro-endocrinologisch onderzoek geen eenduidige bevindingen op (Sundarajan e.a. 2015). Cortisol en alfa-amylase, beide biomarkers van de biologische stressrespons, lijken basaal verhoogd bij patiënten met conversie ten opzichte van controlepersonen zonder deze aandoening. Bij een sociale stresstest vertonen patiënten met conversie wel een normale fysiologische adaptatie, maar hun interoceptieve functies, dat wil zeggen hun subjectieve beleving van de stress, lijken verstoord te zijn (Apazoglou e.a. 2017). Daarnaast geven verschillende studies naar de rol van stressgerelateerde cortisol bij patiënten met conversie aan dat er een belangrijke samenhang is tussen verhoogde cortisolspiegels, trauma, neurocognitief functioneren en conversie (Ludwig e.a. 2018).

Hoewel verder onderzoek vereist is, kunnen we stellen dat de in het voorgaande beschreven kwetsbaarheidsfactoren (trauma, emotiedysregulatie en biomarkers) apart en toch verweven zijn – net zoals conversie en dissociatie – en dat ze een belangrijke rol spelen bij de beide ziektebeelden (Brown & Reuber 2016a; Fobian & Elliott 2019).

Verklaringsmodellen

Er zijn in de loop van de tijd verschillende, maar vaak ook deels samenvallende verklaringsmodellen voor conversie en dissociatie geformuleerd. Zowel de associatie met trauma en emotiedysregulatie als meer recent de (neuro)biologische veranderingen spelen hierin in meer of mindere mate een rol. In ons overzicht maken we een onderscheid tussen de klassieke modellen en de meer recente, integratieve verklaringsmodellen.

KLASSIEKE MODELLEN

Psychoanalytisch model

Vanuit de psychoanalyse wordt het freudiaans concept hysterie, waarin conversie en dissociatie vervat zitten, gezien als een pathologisch afweermecanisme van het ego. Er ontstaat repressie van traumatisch, emotioneel en psychologisch beladen materiaal naar het onbewuste, met de conversie ervan in een somatische klacht. Janet's 19de-eeuws model van hysterie beschrijft dat conversiesymptomen ontstaan door zelfhypnose en dissociatie. Zelfhypnose veroorzaakt een dissociatie tussen hogere, expliciete (bewuste) informatieverwerking en lagere, impliciete (automatische) informatieverwerking. Dit beschermt een persoon tegen traumatische herinneringen, maar kan een dissociatie veroorzaken van zintuiglijke en motorische functies (Moene & Rümke 2004). Conversie wordt vandaag nog steeds door sommige klinici vertaald als de omzetting van een intrapsychisch conflict in een lichamelijk symptoom.

Nijenhuis (2004) bouwt verder op het model van Janet en definieert zowel psycho- als somatoforme dissociatie als het niet bewust waarnemen van zintuiglijke ervaringen en gedrag. Hierdoor kunnen er verstoringen optreden in geheugen, bewustzijn, identiteit, waarneming en lichamelijk functioneren als een reactie op extreme stress of een traumatische gebeurtenis.

Biologisch model

Het klassieke biologische verklaringsmodel stelt dat conversie en dissociatiesymptomen het gevolg zijn van de activatie van het biologisch stressresponsstelsel, met een *flight/fight*- of *freezereactie* tot gevolg. De dissociatie tussen lichaam en geest kan op die manier begrepen worden als een geprogrammeerd antwoord op bedreiging, en kan naast conversiesymptomen ook algemene *arousal* en detachement, zoals *numbing*, derealisatie en depersonalisatie, veroorzaken. Symptomen worden als fysieke *arousal* gekaderd, zonder de noodzakelijke aanwezigheid van expliciet ervaren angst.

Integratieve modellen

De klassieke modellen slagen er niet in de semiologie en fenomenologie van conversie en dissociatie volledig te verklaren (Brown & Reuber 2016b). Er ontbreken niet alleen empirische gegevens en causale evidentie voor deze modellen, maar onderzoek toont aan dat er ook

patiënten met een conversie- en/of dissociatiestoornis zijn die trauma, emotionele distress of arousal ontkennen (Sharpe & Faye 2006). Om aan deze beperkingen tegemoet te komen, zijn er meer integratieve modellen uitgewerkt.

Integratief cognitief model

Brown en Reuber (2016a) stellen een integratief cognitief model (ICM) van conversie voor, waarbij ze het idee van een *seizure scaffold* introduceren. Hiermee verwijzen ze naar een sequentie van percepties en motorische activiteiten, die opgebouwd zijn uit vroegere ervaringen, persoonlijke kennis of modeling. Deze sequentie kan in een context van inhibitorische disfunctie, gefaciliteerd door chronische stress of verhoogde *arousal*, resulteren in een aanval. Net zoals bij een geconditioneerde respons, kan de *seizure scaffold* getriggerd worden door een reeks van interne of externe sensorische stimuli. Dit kan een reactie zijn op toegenomen autonome *arousal*, maar mogelijk ook door gedachten of percepties met een objectief gezien tamelijk neutraal karakter. Hierdoor kan de aandacht voor de stresserende situatie doorbroken worden, met een afname van de *arousal* tot gevolg.

Het ICM geeft ruimte om het multifactorieel karakter van conversie te verklaren, en biedt de mogelijkheid om zaken zoals trauma, fysieke gezondheid en actuele negatieve stressoren mee in ogenschouw te nemen. Het model heeft echter minder aandacht voor neurobiologie en voor voorbeschikkende, uitlokkende en onderhoudende factoren.

Biopsychosociaal model

Als antwoord op deze beperking stellen Fobian en Elliott (2019) daarom een geïntegreerd biopsychosociaal model voor, waarin zij een *health scaffold* voorstellen. Zij geven aan dat angst kan leiden tot het ontstaan van lichamelijke klachten. Wanneer deze klachten foutief geïnterpreteerd worden als een belangrijke ziekte, zorgt dit opnieuw voor angst of bepaalde verwachtingen, wat kan leiden tot bijkomende lichamelijke klachten. Als deze cyclus zich vertaalt in een vicieuze cirkel, kan dit resulteren in conversiesymptomen. Bij een hoge *health scaffold* kunnen zelfs zeer lichte lichamelijke klachten geïnterpreteerd worden als aanwijzing voor een ernstige aandoening. Verschillende predisponerende factoren zoals trauma, alexithymie, psychiatrische comorbiditeit of bepaalde neurobiologische factoren, kunnen een invloed uitoefenen op de hoogte van de *scaffold*. Ziekterol en secundaire ziekte winst, zoals thuisblijven van het werk, ontsnappen aan verantwoordelijkheden, frequent naar een spoedeisende hulp gaan, ontvangen van een arbeidsongeschiktheidsuitkering, toegenomen aandacht van familie of vrienden of reductie van school- of werkstress, worden in het model opgenomen als bekrachtigende factoren.

DISCUSSIE

Conversie en dissociatie, samen of apart?

In aanloop naar de publicatie van de DSM-5 hebben verscheidene auteurs de sterke scheiding tussen conversie en dissociatie bekritiseerd en gepleit om conversiestoornissen onder te brengen bij de dissociatieve stoornissen, net zoals dit in de ICD steeds het geval geweest is (Bowman 2006; Brown e.a. 2007). Dit is echter niet gebeurd en in de DSM-5 blijven conversie en dissociatie apart opgenomen. Zoals eerder aangehaald, werd conversie vanaf de DSM-III in een aparte subcategorie ondergebracht bij de somatoforme stoornissen (DSM-IV) of de somatisch-symptoomstoornissen (DSM-5).

Deze benadering lijkt eerder het somatisch karakter van conversieve of pseudoneurologische symptomen te benadrukken dan het onderliggende dissociatieve mechanisme ervan. De nadruk op het somatisch disfunctioneren heeft zich nadien ook weerspiegeld in een sterke focus op het zoeken naar een uitsluitend medisch-neurologische verklaring van de symptomen (Vermeulen & Willems 2018). Ook in de DSM-5 blijft voor de conversiestoornis een klinisch onderzoek noodzakelijk om een neurologische of andere somatische verklaring uit te sluiten, terwijl het somatisch onverklaard zijn van de lichamelijke klachten geen voorwaarde meer is voor de somatisch-symptoomstoornis.

We staan in dit artikel stil bij de klinisch-wetenschappelijke evidentie voor de associatie tussen conversie- en dissociatiesymptomen, en hun gemeenschappelijke predisponerende factoren en onderliggende verklarende modellen. Zoals beschreven, zijn er vele theoretische raakvlakken tussen conversie en dissociatie, en ook in de klinische praktijk is een onderscheid niet steeds gemakkelijk te maken. Op onze opname-eenheid zien we regelmatig aanvallen die op het eerste gezicht soortgelijk zijn, waarbij pas na verdere exploratie enige verschillen naar voren komen. Zo beschrijven patiënten bijvoorbeeld ontspanning en opluchting na een PNEA, in tegenstelling tot patiënten bij wie dissociatie op de voorgrond staat. Zij rapporteren eerder uitputting en vermoeidheid na een aanval.

De consistent grote overlapping en de wederzijdse associatie tussen conversie en dissociatie die aangetoond worden, zijn echter geen bewijs van causaliteit. Ze reflecteren wel een gemeenschappelijk onderliggend mechanisme en het dissociatieve karakter van de conversiestoornis.

Verder hebben beide ziektebeelden een hoge prevalentie van gerapporteerd trauma en emotiedysregulatie gemeenschappelijk. Hoewel deze in volle ontwikkeling is, is de evidentie rond betrokken hersengebieden of aanwezige biomarkers tot op heden nog beperkt en niet definitief.

Tot slot zijn de onderliggende verklarende modellen zowel toepasbaar voor conversie als dissociatie. Conversie kan beschouwd worden als een somatoforme manifestatie van dissociatie. De link tussen conversiesymp-

tomen en dissociatie wordt gelegd via een dissociatief falende integratie van identiteit en geheugen op psychologisch vlak en van de somatoforme componenten op somatisch vlak (Nijenhuis 2004; Spiegel e.a. 2013).

Beperkingen

Literatuur die conversie- en dissociatiestoornissen samen onderzoekt, is beperkt. De literatuur die deze stoornissen apart behandelt, is daarentegen soms erg breed en gedetailleerd. Hierdoor zagen we ons verplicht bepaalde keuzes te maken en om thema's goed af te grenzen. Het viel ons op dat vooral in de literatuur rond conversie het thema dissociatie geïntegreerd wordt en dat dit omgekeerd veel minder gebeurt. Mogelijk dragen de gemaakte keuzes en afgrenzingen van bepaalde thema's bij aan een eenzijdige of overgesimplificeerde voorstelling van een complexe realiteit.

Bovendien moeten we rekening houden met een afwezige consensus over de etiologie van conversie, en met de diagnosevorming die vaak een lang en moeilijk proces vormt. Patiënten verdwijnen soms van de radar of zoeken opnieuw hun heil in het somatische circuit. Al deze factoren maken dat causaal of longitudinaal onderzoek moeilijk is.

Ook de diagnostiek botst voorlopig nog op beperkingen. Vaak lijken veeleer betrokken factoren zoals alexithymie of emotieregulatie, gemeten te worden, dan de conversie- of dissociatieproblematiek zelf. Er bestaat naar ons weten alleen de SDQ die gericht is op somatoforme dissociatie. Dat maakt dat veel empirisch onderzoek steunt op deze vragenlijst, wat mogelijk een gekleurd beeld kan geven van de resultaten.

BESLUIT

In de huidige DSM-5 blijft men conversie en dissociatie binnen aparte categorieën onderbrengen. Hierdoor wordt niet alleen de somatische expressie van dissociatie miskend, maar blijft ook de dissociatieve basis van conversie op deze manier onderbelicht. Het reduceren van de conversiestoornis (die recent ook functioneel-neurologisch-symptoomstoornis genoemd wordt), tot een neurologische stoornis zou de afstand tussen beide stoornissen kunnen vergroten, waar wij juist grote gemeenschappelijkheid zien.

Sinds de lancering van de laatste DSM-versie is het opnieuw stil geworden rond de idee om de conversiestoornissen weer samen te brengen met de dissociatieve stoornissen in eenzelfde categorie. Met dit artikel willen we de schijnwerpers opnieuw op dit pleidooi richten, met het oog op een meer geïntegreerde aanpak van deze boeiende en misschien wat stiefmoederlijk behandelde problematiek.

Door aandacht te hebben voor dissociatieve symptomen en de mogelijke aanwezigheid van trauma, voor de invloedrijke rol van psychosociale stressfactoren, voor eventuele psychiatrische comorbide aandoeningen en

de stijl van emotieregulatie lijkt de benadering van de conversieproblematiek vanuit een biopsychosociaal perspectief, eerder dan vanuit een zuiver biomedisch standpunt, gerechtvaardigd. We hopen dan ook dat we klinici en onderzoekers warm kunnen maken voor een zienswijze die verder reikt dan een eenzijdige neurologische benadering alleen.

LITERATUUR

- APA. Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5). Ned. vert. van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.). Amsterdam: Boom; 2014.
- Apazolou K, Mazzola V, Wegrzyk J, Frasca Polara G, Aybek S. Biological and perceived stress in motor functional neurological disorders. *Psychoneuroendocrinology* 2017; 85: 142-50.
- Baizabal-Carvalho JF, Hallett M, Jankovic J. Pathogenesis and pathophysiology of functional (psychogenic) movement disorders. *Neurobiol Dis* 2019; 127: 32-44.
- Bowman ES. Why conversion seizures should be classified as a dissociative disorder. *Psychiatr Clin N Am* 2006; 29: 185-211.
- Brown RJ, Cardeña E, Nijenhuis ERS, Sar V, van der Hart O. Should conversion disorder be reclassified as a dissociative disorder in DSM-V? *Psychosomatics* 2007; 48: 369-78.
- Brown RJ, Reuber M. Towards an integrative theory of psychogenic non-epileptic seizures (PNES). *Clin Psychol Rev* 2016a; 47: 55-70.
- Brown RJ, Reuber M. Psychological and psychiatric aspects of psychogenic non-epileptic seizures (PNES): a systematic review. *Clin Psychol Rev* 2016b; 45: 157-82.
- del Río-Casanova L, González A, Páramo M, Brenlla J. Excitatory and inhibitory conversive experiences: neurobiological features involving positive and negative conversion symptoms. *Rev Neurosci* 2016; 1: 101-10.
- Fobian AD, Elliott L. A review of functional neurological symptom disorder etiology and the integrated etiological summary model. *J Psychiatry Neurosci* 2019; 44: 8-18.
- Holmes EA, Brown RJ, Mansell W, Fearon RP, Hunter EC, Frasquilho R, e.a. Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications. *Clin Psychol Rev* 2005; 25: 1-23.
- Kanaan RA. Freud's hysteria and its legacy. *Handb Clin Neurol* 2016; 139: 37-44.
- Kienle J, Rockstroh B, Bohus M, Fiess J, Huffziger S, Steffen-Klatt A. Somatoform dissociation and posttraumatic stress syndrome -two sides of the same medal? A comparison of symptom profiles, trauma history and altered affect regulation between patients with functional neurological symptoms and patients with PTSD. *BMC Psychiatry* 2017; 17: 248.
- Krause-Utz AD, Elzinga BM. Neurale mechanismen van dissociatie: implicaties voor borderlinepersoonlijkheidsstoornis. *Tijdschr Psychiatr* 2019; 61: 267-75.
- Ludwig L, Pasma J, Nicholson T, Aybek S, David A, Tuck S, e.a. Stressful life events and maltreatment in conversion (functional neurological) disorder: systematic review and meta-analysis of case-control studies. *Lancet Psychiatry* 2018; 5: 307-20.
- Moene FC, Rümke M. Behandeling van de conversiestoornis. *Praktijkreeks gedragstherapie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2004. p. 21.
- Nijenhuis ERS. Somatoform dissociative phenomena: a Janetian perspective. In: Nijenhuis ERS, red. *Somatoform dissociation: phenomena, measurement, and theoretical issues*. New York: Norton; 2004. p. 11-25. (Ook in proefschrift; Amsterdam: Vrije Universiteit; 1999.)
- Nijenhuis ERS, Spinhoven P, van Dyck R, et al. Somatoforme dissociatie: bijna vergeten, maar meetbaar aanwezig. *DITH* 1998; 18: 43-58.
- Pick S, Mellers JD, Goldstein LH. Dissociation in patients with dissociative seizures: relationships with trauma and seizure symptoms. *Psychol Med* 2017; 47: 1215-29.
- Ross CA. Problems with DSM-5 Somatic Symptom Disorder. *J Trauma Dissociation* 2015; 16: 341-8.
- Sharpe D, Faye C. Non-epileptic seizures and child sexual abuse: a critical review of the literature. *Clin Psychol Rev* 2006; 26: 1020-40.
- Spiegel D, Lewis-Fernández R, Lanius R, Vermetten E, Simeon D, Friedman, M. Dissociative disorders in DSM-5. *Annu Rev Clin Psychol* 2013; 9: 299-326.
- Spinhoven P, Roelofs K, Moene FC, Kuyk J, Nijenhuis ERS, Hoogduin CA, e.a. Trauma and dissociation in conversion disorder and chronic pelvic pain. *Int J Psychiatry Med* 2004; 34: 305-18.
- Sundararajan T, Tesar GE, Jimenez XF. Biomarkers in the diagnosis and study of psychogenic nonepileptic seizures: a systematic review. *Seizure* 2015; 35: 11-22.
- van Dijke A, van Der Hart O, Ford JD, Van Son M, Van Der Heijden P, Bühring M. Affect dysregulation and dissociation in borderline personality disorder and somatoform disorder: differentiating inhibitory and excitatory experiencing states. *J Trauma Dissociation* 2010; 11: 424-43.
- Vermeulen M, Swinkels JA. Conversiestoornis: voor de neuroloog, de psychiater of allebei? *Tijdschr Psychiatr* 2018; 60: 738-40.

SUMMARY

Conversion and dissociation: together or separated?

O. Verhaert, E. Verhaegen, E. Vrieze

Background Conversion and dissociation in their relationship have made a lot of pendulum movements over time between moving together and away from each other. In the run-up to the introduction of DSM-5, it was argued that conversion should be classified as a dissociative disorder, but this didn't happen.

Aim In this article, the clinical scientific evidence is examined for the relationship between conversion and dissociation. We provide an overview of the recent clinical studies that examine both syndromes together. We also investigate the main overlapping predisposing characteristics and psychopathological explanatory models of both syndromes.

Method Literature review in PubMed and PsycArticles.

Results Our findings confirm that there is a large comorbidity between conversive and dissociative symptoms in clinical reality. Both syndromes have a high prevalence of reported trauma and emotion dysregulation. However, evidence for present biomarkers is still limited. The underlying explanation models are applicable for both conversion and dissociation.

Conclusion We want to draw attention to the plea to bring conversion disorders back together with dissociative disorders. Moreover, the possible presence of trauma, the influential role of psychosocial stressors, the present psychiatric co-morbidity and the style of emotion regulation seem to justify the approach to conversion problems from a biopsychosocial perspective rather than from a purely biomedical perspective.