

Het Briquet-syndroom

Kritische beschouwingen rond
een nieuwe hysterie-diagnose

door B. Van Houdenhove

Inleiding

Mevrouw A., 47 jaar, is geen onbekende voor haar huisarts. Met de regelmaat van een klok komt ze naar hem toe met een bonte waaier van klachten: hoofdpijn, duizeligheid, pijn in de buik en de lage rug, zwaar gevoel in de maag,... Soms kan ze ook niet goed slikken en vorige maand kon ze gedurende dagen geen geluid meer uit haar keel krijgen. Bovendien is ze ontzettend nerveus en heeft ze de laatste tijd buien van zwaarmoedigheid. Dit klachtentableau sleept al meer dan 20 jaar aan, en resulteerde in een 5-tal hospitalisaties (waaronder een opname in een psychiatrische kliniek) en 7 operatieve ingrepen, die echter niets aan het probleem hebben veranderd...

Zuchtend haalt haar huisarts, het (ongeveer 5 cm dik) dossier van patiënte boven, terwijl hij zich afvraagt: 'hoe moet je zo'n vrouw nu diagnostisch bekijken? Een geval van 'hysterie'? Een patiënte met multiple conversiereacties? Een chronische klaagster? Een 'grand dossier' of 'thick folder' patiënte?...'. En tenslotte – wellicht de belangrijkste – vraag: 'wat is er voor zo iemand therapeutisch nog haalbaar, of hoe kun je in ieder geval proberen te voorkomen dat het nog meer fout loopt?...'

Guze en het Briquet-syndroom

Sinds 1962 hebben prof. Guze en zijn medewerkers van de Washington University School of Medicine te St. Louis (U.S.A) in diverse Amerikaanse tijdschriften een 30-tal artikelen gepubliceerd rond het thema 'hysterie'.

Het uitgangspunt van de St. Louis groep was: proberen iets te doen aan het sinds lang bestaande gebrek aan terminologische aflijning van de termen 'hysterie' en 'conversie'. De meeste auteurs gebruiken deze termen immers gewoonweg als equivalent, zonder dit evenwel expliciet te stellen. Bovendien kunnen beide termen zowel

verwijzen naar klinische symptomen, als naar psychodynamische mechanismen of bepaalde gedragspatronen.

Guze (1967) stelt voor de term 'conversiesymptoom' (of 'conversiereactie') alleen te gebruiken voor lichamelijk onverklaarde symptomen die een neurologische ziekte suggereren (bv. een verlamming, aanvallen, afonie, moeilijke gang, etc.). Conversie verwijst dus niet naar een specifieke ziekte of syndroom, en de term houdt voor Guze ook geen enkele etiologische noch pathogenetische implicatie in.

De term 'hysterie' daarentegen is volgens Guze toe te passen op een klinisch syndroom; hij refereert daarbij aan de 19e eeuwse Franse psychiater Briquet, auteur van: 'Traité Clinique et Thérapeutique de l'Hysterie'. Hierin beschrijft Briquet de hysterie als een polysymptomatische ziekte, die overwegend voorkomt bij vrouwen, gekarakteriseerd wordt door een vroegtijdig beginnende, chronisch verlopende ziektegeschiedenis, en met een floride klinisch tableau dat omvat: veelsoortige pijnen, angstverschijnselen, gastro-intestinale, urinaire en menstruele stoornissen, echtelijke en seksuele moeilijkheden, stemmingsstoornissen en meestal ook conversiesymptomen. Dit alles gaat gepaard met frequent doktersbezoek, chronisch gebruik van diverse medicijnen, excessieve hospitalisaties en operatieve ingrepen. Voor het aldus gedefinieerde syndroom stelt Guze – rekening houdend met de sinds eeuwen bestaande pejoratieve connotaties van de term 'hysterie' – een nieuwe benaming voor, nl.: 'Briquet-syndroom'.

(a) De diagnostische criteria van het Briquet-syndroom

De diagnose 'Briquet-syndroom' wordt gesteld door middel van een gestructureerd psychiatrisch interview. Hierbij wordt nagegaan of de patiënt beantwoordt aan volgende criteria (Guze, 1967):

1. complexe, chronisch verlopende (meestal fluctuerende) ziektegeschiedenis beginnend voor het 35e jaar;
2. geen medisch-organische verklaring voor de symptomen;
3. minimum 25 symptomen verspreid over 9 van de hierna genoemde 10 symptoomgebieden (zie tabel).

Opgemerkt dient te worden dat een symptoom pas als positief wordt gescoord wanneer:

1. het heeft geleid tot doktersbezoek;
2. de patiënt ervoor medicatie heeft ingenomen (andere dan aspirine);
3. het symptoom substantieel heeft geïnterfereerd met patiënts leven.

(b) Studies in verband met de diagnostische validering van het Briquet-syndroom

Guze (1967) wijst op het feit dat follow-up studies met betrekking tot hysterische patiënten, bij de meeste auteurs een opvallend inconsistent en heterogeen beeld te zien geven: een oorspronkelijk als 'hysterie' gediagnosticeerde patiënt loopt later veel kans te lijden aan een organische ziekte, schizofrenie, depressie, etc. (Car-

Tabel: Symptomen behorend tot het Briquet-syndroom (Guze, 1967; Woodruff, 1968)

- Groep 1: hoofdpijn; vroeger heel vaak ziek geweest.
- Groep 2: blindheid; verlammingen; gevoelloosheid; afonie; aanvallen/convulsies; bewusteloosheid; amnesie; doofheid; hallucinaties; urineretentie; ataxie; andere conversiesymptomen.
- Groep 3: moeheid; krop in de keel; flauwvallen; troebel zicht; zwaktegevoel; dysurie.
- Groep 4: ademlast; hartkloppingen; angstaanvallen; pijn in de borst; duizeligheid.
- Groep 5: anorexie; gewichtsverlies; opvallende gewichtschommelingen; nausea; abdominaal opzwellingsgevoel; voedsel-intolerantie; diarree; obstipatie.
- Groep 6: buikpijn; braken.
- Groep 7: dysmenorroe; onregelmatige menses; amenorrhoea; polymenorrhoea.
- Groep 8: seksuele onverschilligheid; frigiditeit; dyspareunie; andere seksuele moeilijkheden; braken gedurende 9 maanden zwangerschap of gehospitaliseerd wegens hyperemesis gravidarum.
- Groep 9: rugpijn; gewrichtspijnen; pijn ter hoogte van de extremiteiten; brandende pijn ter hoogte van de geslachtsorganen, mond of rectum; andere lichamelijke pijnen.
- Groep 10: zenuwachtigheid; angsten; zin om het werk op te geven of onvermogen om de dagelijkse plichten na te komen wegens ziektegevoel; gemakkelijk wenen; gevoel dat het leven hopeloos is; veel over de dood denken; dood willen zijn; aan suïcide denken; suïcide pogingen.

ter, 1949; Ljungberg, 1957; Ziegler e.a., 1960). Dit bracht de gezaghebbende psychiater Slater (1965) er trouwens toe de diagnose 'hysterie' te verwerpen als een 'valstrik' en een 'bewijs van medische onkunde'.

Voor Guze dient de diagnostische validiteit van een syndroom juist in eerste instantie door follow-up studies te worden aangetoond. Anders gezegd: een diagnostische entiteit moet predictieve waarde hebben ten aanzien van klinisch verloop en prognose. Guze en medewerkers hebben deze vereisten in verband met het Briquet-syndroom in meerdere onderzoeken proberen waar te maken.

1. Follow-up studies: De eerste en voornaamste follow-up studie van de St. Louis-groep (Perley en Guze, 1962) kan als volgt worden samengevat: retrospectief werden de dossiers onderzocht van 39 gediagnosticeerde 'hysterie'-patiënten. Van deze patiënten beantwoordden er 28 aan de specifieke diagnostische criteria van het Briquet-syndroom. Deze 28 gevallen werden opnieuw (d.w.z. 6 à 8 jaar na de oorspronkelijke diagnose-stelling) uitvoerig psychiatrisch onderzocht. De conclusie luidde dat 25 van de 28 gevallen (90%) na 6 à 8 jaar nog steeds voor de diagnose 'Briquet-syndroom' in aanmerking kwamen. Anderzijds werd vastgesteld dat de hysterie-patiënten, bij wie de diagnose 'Briquet-syndroom' retrospectief niet was gesteld omdat ze niet (of niet voldoende) aan de criteria beantwoordden, op zo'n wijze waren geëvolueerd dat ze voor diverse andere diagnoses in aanmerking kwamen: o.a. chronisch alcoholisme, obsessionele neurose, manisch-depressieve ziekte,

schizofrenie, hersentumor. Bij de 28 gevallen van Briquet-syndroom trof men praktisch altijd (27 op de 28) een chronisch verloop aan, zonder remissies. Verder was de gemiddelde duur van de symptomen, op het moment van het follow-up onderzoek, ongeveer 20 jaar, en voor 1/3 van de patiënten zelfs 30 jaar.

Andere follow-up studies, uitgevoerd door de St. Louis groep (Guze en Perley, 1963; Guze, 1970), bevestigden de conclusie dat de diagnose 'Briquet-syndroom' een hoge consistentie bezit qua klinische evolutie en prognose, en dus als een valide diagnostische entiteit kan worden beschouwd.

Naast het belang van follow-up studies, onderlijnt Guze (1967) ook de noodzaak van familie-studies: hij gaat hierbij uit van de stelling dat de diagnostische validiteit van een syndroom sterk wordt ondersteund wanneer het in een gestegen frequentie voorkomt bij familieleden.

2. *Familie-studies*: In een eerste studie (Arkonac en Guze, 1963), vertrekkend van 18 patiënten die beantwoordden aan de criteria van het Briquet-syndroom, werd vastgesteld dat 15% van de vrouwelijke eerste graad-familieleden voor dezelfde diagnose in aanmerking kwamen (wat significant hoger ligt dan het geschatte voorkomen van het Briquet-syndroom in de doorsnee-bevolking, nl. 1 à 2%), terwijl bij 33% van de mannelijke eerste graad-familieleden een geschiedenis van alcoholisme en sociopathie werd gevonden. Een tweede studie (Woerner en Guze, 1968), uitgevoerd bij een reeks van 14 patiënten met Briquet-syndroom, toonde bij praktisch allen zware echtelijke moeilijkheden aan, terwijl 56% van de echtgenoten alcoholisme en sociopathie vertoonden.

Op de klaarblijkelijke associatie hysterie/sociopathie werd in een onderzoek verder ingegaan (Cloninger en Guze, 1970): in een groep vrouwelijke criminelen vond men 26% gevallen met Briquet-syndroom en sociopathie, 39% met alleen sociopathie, en 15% met alleen Briquet-syndroom. In een latere studie onderzochten dezelfde auteurs (Cloninger en Guze, 1975) de eerste graad-familieleden van een groep vrouwelijke criminelen. Hieruit bleek dat sociopathische vaders een hoog percentage 'hysterische' dochters hadden, nl. 78%; van deze dochters beantwoordden er 40% aan de criteria van het Briquet-syndroom, terwijl dit voor de dochters van sociopathische of 'hysterische' moeders slechts 20% was, of van 'normale' ouders slechts 11%.

Uit de multiële familie-studies concludeert Guze (1975): het voorkomen van het Briquet-syndroom is duidelijk familiaal bepaald (en gedeeltelijk geassocieerd met het voorkomen van sociopathie): deze familiale prevalentie ondersteunt de stelling dat we te maken hebben met een valide diagnostisch syndroom.

3. *Studies in verband met de aflijning van het Briquet-syndroom ten aanzien van conversiesymptomen*: Zoals gezegd stelt Guze voor de term 'conversie' te beperken tot een bepaald type van lichamelijk onverklaarde ('pseudo-neurologische') symptomen. Hij sluit zich in dit verband aan bij gezaghebbende auteurs (Rangell, 1959; Engel, 1968), die beweren dat conversiesymptomen 'ubiquitair'

zijn, d.w.z. dat ze kunnen vóórkomen in een brede variëteit van ziekte-toestanden. (Volgens Guze vooral in het Briquet-syndroom, de sociopathische persoonlijkheid, schizofrenie, renteneurose, maar ook in organische ziekten zoals: hersentumor, beginnende MS, etc.) (Guze e.a., 1971).

In een aantal studies van de St. Louis groep werd het ubiquitair karakter van conversiesymptomen duidelijk bevestigd: dergelijke symptomen werden immers aangetroffen in de anamnese van 27% 'normale' post-partum-vrouwen (Farley e.a., 1968), van 30% organisch zieke vrouwen (Woodruff, 1968), en van 24% psychiatrische kliniekpatiënten (Woodruff e.a., 1969).

Anderzijds wees een follow-up onderzoek bij conversiepatiënten, die voor de rest niet aan globale criteria van het Briquet-syndroom beantwoordden (Gatfield en Guze, 1968), op het feit dat de klinische evolutie van conversiesymptomen uiterst variabel is: 30% van een groep conversiepatiënten bleken immers bij follow-up aan een neurologische ziekte te lijden!

(c) *Algemene conclusies uit het onderzoekswerk van de St. Louis groep (tot 1975)*

Uitgaande van de diverse follow-up studies en familie-studies formuleert Guze (1975) volgende conclusies:

1. De diagnose 'hysterie' ('Briquet-syndroom') – gebaseerd op vastomlijnde criteria – is een goed herkenbare, overwegend bij vrouwen vóórkommende klinische entiteit, met een consistent klinisch verloop en een voorspelbare prognose; deze diagnose kan ook in hoge frequentie worden gesteld bij de vrouwelijke familieleden van de patiënt, terwijl ze anderzijds in hoge mate is geassocieerd met sociopathie bij de mannelijke familieleden.
2. De term 'conversie' kan niet als een aparte diagnostische entiteit gelden, aangezien kan worden aangetoond dat conversie symptomen ubiquitair vóórkomen, terwijl de predictieve (prognostische) waarde van de term zeer gering is.

Overzicht van de kritische discussies rond het Briquet-syndroom

Over het omvangrijke onderzoekswerk van Guze en medewerkers, werd in de Amerikaanse medische en psychiatrische literatuur van de jaren '70 uitvoerig gediscussieerd.

Naast de algemene waardering van Guze's inspanningen om te komen tot een geformaliseerde, 'objectieve' hysterie-diagnose die een aantal terminologische onduidelijkheden opheft en afrekent met de reeds lang bestaande tendens 'hysterie' als negatieve exclusie-diagnose te gebruiken, gaan toch ook meerdere kritische stemmen op. Deze kritiek kan als volgt worden samengebundeld:

1. *Twijfels rond de specifieke diagnostische ('syndromale') betekenis van het Briquet-syndroom:*

– Temoshok & Attkisson (1977) stellen dat in de gehele diagnostische opzet van de St. Louis groep een fundamentele tautologie

aanwezig is, nl. het feit dat men enerzijds gevallen selecteert met een vroegtijdig ziektebegin en een chronisch verloop, en anderzijds beweert een 'syndroom' te hebben ontdekt: de wijze van diagnosticeren zit dus in feite in de definitie van het syndroom ingebouwd, en heeft bijgevolg geen reële predictieve waarde.

– Ziegler e.a. (1963) zien niet in waarom aan patiënten met multi-pele, medisch onverklaarde symptomen, een specifieke 'syndromale status' zou moeten worden verleend: volgens deze auteurs gaat het om patiënten met multi-pele conversiesymptomen, weliswaar 'professionals' in het spelen van de ziekerol, maar fundamenteel niet verschillend van patiënten met monosymptomatische conversies.

– Mayou (1975), die vanuit sociologische gegevens pleit om de hysterie niet als ziektesyndroom, maar als reactievorm te beschouwen, vindt in Guze's werk het bewijs dat de syndromale visie op de hysterie leidt tot 'vage etiologische noties en absurde en arbitraire onderverdelingen op het vlak van de chronische neurose'.

– Reed (1975) definieert het syndroom 'hysterie' op een totaal andere wijze dan de St. Louis groep, nl. op basis van volgende criteria: aanwezigheid van conversiesymptomen, dissociatiesymptomen, la belle indifférence, en primaire of secundaire ziektewinst. Zijn syndroom bleek bij follow-up onderzoek even 'consistent' te zijn als het Briquet-syndroom – wat dus de specifieke diagnostische validiteit van Guze's hysterie-concept op losse schroeven plaatst. Meares & Horvath (1972) stellen in dit verband de vraag of het beslissend criterium van het Briquet-syndroom niet gewoon ligt in de chroniciteit: zelf maken zij onderscheid tussen 'acute hysterie' (of 'conversie-reactie') en 'chronische hysterie', (volgens hen gelijk te stellen met het Briquet-syndroom) – diagnoses die in hun onderzoek eveneens stabiel bleken na een 2-jarige follow-up.

– In een Editorial van 'The Lancet' (1977) wordt gesteld dat de essentie van het Briquet-syndroom, nl. organisch onverklaarbare, chronisch evoluerende polysymptomatologie, niet als positief diagnostisch criterium kan gelden, aangezien de symptomen van een aantal medische aandoeningen, bv. acute intermitterende porfyrie, lupus erythematodes en temporale epilepsie, zonder veel moeite binnen het diagnostisch kader van het Briquetsyndroom kunnen vallen.

– De vaststelling dat het Briquet-syndroom praktisch uitsluitend bij vrouwen wordt aangetroffen, werd door meerdere auteurs op scepticisme onthaald. Guze en Perley (1963) stellen dat psychogene lichamelijke symptomatologie in het algemeen, en conversiesymptomen in het bijzonder, bij mannen overwegend worden gezien in andere diagnostische kaders zoals: sociopathie, renteneurose en schizofrenie. Chodoff (1974) vindt echter dat de St. Louis groep een 'eigenaardig vooroordeel' schijnt te hebben tegen het voorkomen van hysterie bij mannen. Volgens Kaminsky & Slavney (1976) is het diagnosticeren van mannen als 'Briquet-syndroom' per definitie problematisch, vooreerst al omdat mannen gewoonlijk minder symptomen rapporteren dan vrouwen, en vervolgens

omdat een aantal criteria van het syndroom (in verband met menstruatie en zwangerschap) uiteraard niet toepasbaar zijn op mannen. Hoewel een recente studie (Rounsaville e.a., 1979) erop wijst dat mannen wel degelijk aan de globale criteria van het Briquet-syndroom kunnen beantwoorden, bevestigen andere recente onderzoekers (Kroll e.a., 1979) Guze's stelling dat het Briquet-syndroom uiterst zeldzaam bij mannen wordt gezien.

2. *Kritiek op Guze's exclusief klinisch-descriptief standpunt:*

– De St. Louis groep lijkt in zijn diagnostisch onderzoekswerk, bewust af te zien van etiologische en pathogenetische hypothesen (en hun eventuele therapeutische implicaties). In het reeds vermelde Editorial van 'The Lancet' (1977) wordt aan Guze en zijn medewerkers verweten dat ze hierdoor juist het meest essentiële en consistente aspect van elke hysterie over het hoofd zien, nl. het dynamisch mechanisme van splitsing van het bewustzijn, zoals het oorspronkelijk werd beschreven door Janet en verder uitgewerkt door Breuer en Freud.

– In een brief aan 'The Lancet' (1977) reageert Prof. Guze op deze kritiek. Hij blijft erbij dat het onderzoekswerk van zijn groep het terrein heeft afgebakend waarbinnen van nu af aan etiologische en pathogenetische studies mogelijk worden: volgens hem zal het in eerste instantie moeten gaan om studies in verband met erfelijkheid, familie-interacties, intelligentie, opvoedingspatronen en sociologische factoren. Ook therapeutische studies kunnen nu, binnen de homogeen geclassificeerde diagnostische groep, worden uitgevoerd op basis van 'systematische observatie'. In hetzelfde nummer van 'The Lancet' wordt Guze bijgevalen door Abrams (1977) die in een (nogal opgewonden) reactie van leer trekt tegen – wat hij noemt – de aanhangers van metafysische concepten en niet testbare, steriele psychoanalytische hypothesen, zoals dissociatie en conversie.

– Dit neemt niet weg dat nog heel wat andere auteurs bezwaren hebben tegen een hysterie-diagnose waarin de exclusieve klemtoon valt op een objectiverende beschrijving. W. C. Lewis (1974) bijv. noemt een dergelijke diagnostische procedure nogal smalend: 'pigeonholing', en Cleghorn (1969) ziet niet in hoe de bonte verzameling van symptomen in het Briquet-syndroom als een pathognomonische associatie kan worden beschouwd.

3. *Kritiek op Guze's impliciete organisch-genetische visie:*

– Chodoff (1974) geeft als zijn mening te kennen dat de St. Louis groep – hoewel ze geen expliciete etiologische of pathogenetische uitspraken doet – in feite terugkeert naar de 19e eeuwse organisch-genetische standpunten van Janet en Charcot.

– Meer concreet wordt de impliciete genetische stellingname in Guze's uitspraak: 'Briquet's syndrome runs in the families' aangevochten door de reeds vermelde Temoshok & Attkisson (1977). Volgens deze auteurs maken de families waarin het Briquet-syndroom frequent voorkomt, deel uit van de lagere sociaal-

economische klasse, die überhaupt met zware psychosociale belasting heeft af te rekenen, ofwel zijn het leden van een specifiek psychosociaal belaste familie, wat duidelijk het geval is wanneer de vader of de moeder in de criminele sfeer zitten. M.a.w.: het vinden van significante hysterische (en sociopathische) trends bij de familieleden van patiënten met Briquet-syndroom, imponeert niet als genetisch bepaald, maar kan veeleer in psychosociale termen begrepen worden.

4. *Kritiek op de term: 'Briquet-syndroom':*

– Chertok (1975) is het in een brief aan de 'American Journal of Psychiatry' niet eens met het feit dat Guze de term 'hysterie' laat vallen. Volgens Chertok maakte Briquet trouwens geen onderscheid tussen mono- en polysymptomatische hysterie. Het Briquet-syndroom ziet hij niet als een aparte diagnostische entiteit, maar als een groep symptomen die zich situeren op het continuüm van de 'hysterische ziekten'.

– A. Lewis (1975) tenslotte wijst in een historisch overzichtsartikel op de verschillende pogingen die reeds werden ondernomen om de term 'hysterie' uit het medisch lexicon te schrappen, maar komt tot het besluit: 'de term overleeft al diegenen die zich beijverd hebben om zijn doodsbericht op te stellen, ...'.

Het Briquet-syndroom en de wetenschappelijke modellen in de psychiatrie

Prof. Guze en zijn medewerkers hebben zeker een nuttige bijdrage geleverd tot de klinisch-descriptieve psychiatrie. Het werk van de St. Louis groep werd dan ook gehonoreerd door de opname van het Briquet-syndroom (zij het onder een andere benaming, nl. 'somatisatiesyndroom') in de recente diagnostische classificatie-systemen ICD-9-CM* en DSM III.** Bovendien kan de diagnose 'Briquet-syndroom', volgens sommige auteurs, belangrijke differentieële aanwijzingen geven t.a.v. het type van behandelingsaanpak:

Bishop (1980) bijv. legt er de nadruk op dat, eens de diagnose 'Briquet-syndroom' vaststaat, een fundamentele therapeutische attitudeverandering bij de arts dient plaats te grijpen: hij moet nl. zijn 'acute' behandelingsoriëntatie opgeven en zich helemaal instellen op het feit dat een chronisch-somatiserende patiënt een globale 'revalidatie'-aanpak nodig heeft, in plaats van (steeds weer herhaalde) pogingen tot behandeling van de actueel-op-de-voorground-staande klachten en problemen.

Toch dient gezegd dat Guze's onderzoekswerk ons confronteert met een eenzijdige verabsolutering van het nosologische 'medisch model' denken in de psychiatrie: een denken waarin uitsluitend

* International Classification of Diseases, Clinical Modification, Ninth Revision (1978), World Health Organization.

** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third edition (1980), American Psychiatric Association.

aandacht is voor uitwendige observatie van symptomen en gedrag, met de implicatie dat de vermoedelijke 'ziekteoorzaken' in een positivistisch-wetenschappelijk (bv. genetisch, eventueel ook sociaal) perspectief dienen te worden gesitueerd.

Hierteenover willen wij stellen dat elke psychiatrische diagnose naast een descriptief-observerend moment, ook essentieel een psychodynamisch moment dient te omvatten: diagnosticeren betekent in de psychiatrie ook altijd vanuit het individuele gesprekscontact tussen patiënt en arts, komen tot een begrip van de 'dynamische' samenhangen die achter symptomen en gedrag schuilgaan. Immers: men kan symptomen en gedrag groeperen, classificeren, hun follow-up consistentie en familiaal voorkomen verifiëren, maar men kan (en moet) ze ook beschouwen 'als een taal waarin de mens zich aanbiedt met zijn gestoorde relaties en percepties' (Vergote, 1977). Een dergelijke 'psychodynamische diagnose' impliceert het bestaan van een 'psychische causaliteit', die complexe wetmatigheden omvat welke door Freud werden ontdekt, en door de psychoanalytische methode kunnen worden 'gevalideerd'. Uiteraard gaat het hier om een validering van een gans andere orde dan die welke in Guze's onderzoekswerk wordt beoogd, maar in ieder geval kan worden gesteld dat opwerpingen hiertegen in de stijl van de reeds vermelde Abrams (1977), op wetenschapstheoretische gronden geen stand houden (zie bv. Cambien, 1981).

Een boeiend voorbeeld van een dergelijke psychodynamisch-diagnostische visie wordt gegeven door Israël (1978). De beschouwingen van deze auteur over de chronische hysterie als 'névrose dépassée' roepen onmiddellijk het klinisch beeld van het Briquet-syndroom op, maar ze vertrekken uitsluitend vanuit het 'individuele spreken' (of in dit geval: de teloorgang van het 'spreken') van de patiënt: een diagnosticeren dus zonder indrukwekkende statistische gegevens, maar met meer aanzet tot begrijpen, ... een begrijpen dat voor het 'spreken' van de patiënt misschien nieuwe wegen kan openen.

Literatuur

- Abrams, R. (1977) Briquet's syndrome (Letter), *The Lancet* II, 41.
- American Psychiatric Association (1980) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd Ed. Washington DC.
- Arkonac, O., Guze, S. B. (1963) A family study of hysteria. *New England J. Med.* 268, 239-242.
- Bishop, E. R. (1980) Diagnosis and management of hysteria, *South. Med. J.* 73, 6, 775-779.
- Briquet, P. (1859) *Traité Clinique et Thérapeutique de l'Hystérie*, Paris, Baillière.
- Cambien, J. (1981) De (on)wetenschappelijkheid van de psychoanalyse, *T. Psychiatr.* 23, 4, 203-215.
- Carter, A. B. (1949) Prognosis of certain hysterical symptoms, *Brit. Med. J.* 1, 1076-1079.
- Chertok, L. (1975) Hysteria versus Briquet's syndrome (Letter), *Am. J. Psychiatr.* 132, 10, 1087.
- Chodoff, P. (1974) The diagnosis of hysteria: an overview. *Am. J. Psychiatr.* 131,

1073-1078.

- Cleghorn, R. (1969) Hysteria, multiple manifestations of semantic confusion, *Can. Psychiatr. Ass. J.* 14, 539-551.
- Cloninger, C. R., Guze, S. B. (1970) Psychiatric illness and female criminality: the role of sociopathy and hysteria in the antisocial woman, *Am. J. Psychiatr.* 127, 303-311.
- Cloninger, C. R., Guze, S. B. (1975) Hysteria and parental illness, *Psychol. Med.* 5, 27-31.
- Commission on professional and hospital activities, *International Classification of Diseases*, 9th Revision (C.M.), Ann Arbor.
- Editorial (1977) Briquet's syndrome or hysteria? *The Lancet* I, 1138-1139.
- Engel, G. L. (1968) A reconsideration of the role of conversion in somatic disease, *Compr. Psychiatr.* 9, 316-326.
- Farley, J., Woodruff, R. A., Guze, S. B. (1968) The prevalence of hysteria and conversion symptoms. *Brit. J. Psychiatr.* 114, 1121-1125.
- Gatfield, P. D., Guze, S. B. (1962) The prognosis and differential diagnosis of conversion reactions: a follow-up study, *Dis. Nerv. Syst.* 23, 623-631.
- Guze, S. B., Perley, M. J. (1963) Observations on the natural history of hysteria, *Am. J. Psychiatr.* 119, 960-965.
- Guze, S. B. (1967) The diagnosis of hysteria: What are we trying to do? *Am. J. Psychiatr.* 124, 4, 491-498.
- Guze, S. B. (1970) The role of follow-up studies: their contribution to diagnostic classification as applied to hysteria, *Semin. Psychiatry* 2, 392-402.
- Guze, S. B., Woodruff, R. A., Clayton, P. J. (1971) A study of conversions symptoms in psychiatric outpatients, *Am. J. Psychiatr.* 128, 643-646.
- Guze, S. B. (1975) The validity and significance of the clinical diagnosis of hysteria (Briquet's syndrome), *Am. J. Psychiatr.* 132, 2, 138-141.
- Guze, S. B. (1977) Briquet's syndrome (Letter), *The Lancet*, ii, 40.
- Israel, L. (1978) *l'Hystérique, le sexe et le médecin*, p. 189-191, Masson, Paris.
- Kaminsky, M. J., Slavney, P. R. (1976) Methodology and personality in Briquet's syndrome: a reappraisal, *Am. J. Psychiatr.* 133, 85-88.
- Kroll, P., Chamberlain, K. R., Halpern, J. (1979) The diagnosis of Briquet's syndrome in a male population, *J. Nerv. Ment. Dis.* 167, 3, 171-174.
- Lewis, A. (1975) The survival of hysteria, *Psychol. Med.* 5, 9-12.
- Lewis, W. C. (1974) Hysteria, the consultant's dilemma, *Arch. Gen. Psychiatr.* 30, 145-151.
- Ljungberg, L. (1957) Hysteria: clinical, prognostic and genetic study, *Acta Psychiatr. Neurol. Scand.* 32 (Suppl. 112), 1-162.
- Mayou, R. (1975) The social setting of hysteria, *Brit. J. Psychiatr.* 127, 466-469.
- Meares, R., Horvath, T. (1972) 'Acute' and 'chronic' hysteria, *Brit. J. Psychiatr.* 121, 653-657.
- Perley, M. J., Guze, S. B. (1962) Hysteria. The stability and usefulness of clinical criteria. A quantitative study based on a follow-up period of 6-8 years in 39 patients, *New Engl. J. Med.* 266, 421-426.
- Rangell, L. (1959) The nature of conversion, *J. Amer. Psychoanal. Ass.* 7, 632-662.
- Reed, J. L. (1975) The diagnosis of hysteria, *Psychol. Med.* 5, 13-17.
- Rounsaville, B. J., Harding, P. S., Weissman, M. (1979) Briquet's syndrome in a man, *J. Nerv. Ment. Dis.* 167, 6, 364-367.
- Slater, E. (1965) Diagnosis of 'hysteria', *Brit. Med. J.* 1, 1395-1399.
- Temoshok, L., Attkisson, C. C. (1977) Epidemiology of hysterical phenomena. In: M. Horowitz (Ed.) *Hysterical Personality*, p. 145-222, Jason Aronson Inc., New York.
- Vergote, A. (1977) De psychologie in de evoluerende psychiatrie, *T. Psychiatr.* 19, 2, 96-109.
- Woerner, P., Guze, S. B. (1968) A family and marital study of hysteria, *Brit. J.*

Psychiatr. 114, 161-168.

- Woodruff, R. A. (1968) Hysteria: an evaluation of objective diagnostic criteria by the study of women with chronic mental illnesses, *Brit. J. Psychiatr.* 114, 1115-1119.
- Woodruff, R. A., Clayton, P. J., Guze, S. B. (1969) Hysteria: an evaluation of specific diagnostic criteria by the study of randomly selected psychiatric clinic patients, *Brit. J. Psychiatr.* 115, 1243-1248.
- Ziegler, F. J., Imboden, J. B., Meyer, E. (1960) Contemporary conversion reactions: clinical study, *Am. J. Psychiatr.* 116, 901-910.
- Ziegler, F. J., Imboden, J. B., Rodgers, D. A. (1963) Contemporary conversion reactions: diagnostic considerations, *J.A.M.A.* 186, 4, 91-95.