

Behandeling van conversies met hypnose

door C.A.L. Hoogduin, R. van Dyck en E. de Haan

Samenvatting

In dit artikel worden de volgende onderwerpen besproken: de DSM-III-criteria voor conversiestoornis, de overeenkomst tussen conversieverschijnselen en hypnotische fenomenen en de therapeutische toepassing van hypnose bij patiënten met een conversiestoornis. De relatief gunstige behandelresultaten van 8 patiënten met een motorische conversiestoornis worden beschreven.

In de discussie wordt stil gestaan bij de problemen rond de diagnostiek.

Inleiding

In DSM-III-R (APA 1987) wordt over een conversiestoornis gesproken als het klinisch beeld voldoet aan de volgende diagnostische criteria:

- verlies van of verandering in een lichamelijke functie, wat zou kunnen wijzen op een somatische aandoening;
- psychologische factoren worden beschouwd van etiologische betekenis te zijn, met name is er een verband in de tijd tussen psychosociale stressoren – samenhangend met een psychologisch conflict of behoefte – en het ontstaan of sterk verergeren van de klachten;
- de patiënt veroorzaakt de klachten niet opzettelijk. De klachten staan niet onder invloed van de wil;
- de klacht kan niet verklaard worden uit een somatische aandoening en behoort evenmin tot een cultureel geaccepteerde wijze van reageren;
- de klacht is niet beperkt tot pijn of tot een seksueel probleem.

In DSM-III-R worden als antecedente factoren van conversieverschijnselen genoemd:

- een lichamelijke ziekte, bij voorbeeld een ischialgie voorafgaande aan een verlamd been;
- contact met mensen die bepaalde somatische aandoeningen hebben of een conversiestoornis hebben;
- blootstelling aan extreme psychosociale stress.

De conversiestoornis laat zich vaak moeilijk onderscheiden van somatische, met name neurologische aandoeningen. Niet minder dan 25-60% van de patiënten met de diagnose conversiestoornis blijkt later een ernstige (neurologische) stoornis te hebben (Weintraub 1983; zie ook: Slater en Glithero 1965).

Nadrukkelijk moet de conversiestoornis onderscheiden worden van simulatie en van een nagebootste stoornis. Bij deze twee stoornissen gaat het om doelbewust en opzettelijk voorwenden van bepaalde symptomen om respectievelijk een doel te bereiken of de positie en rol van zieke te verwerven.

In dit artikel wordt de relatie tussen conversieverschijnselen en hypnosefenomenen besproken. Hypnose is van oudsher een behandeling die toegepast wordt bij conversieverschijnselen. Er blijken desondanks nauwelijks onderzoeksgegevens voorhanden die deze handelwijze kunnen ondersteunen. Dat hypnose bij bepaalde patiënten van nut kan zijn lijkt desondanks op theoretische gronden aannemelijk.

De behandelresultaten en follow-up worden besproken van 11 patiënten, die met de diagnose motorische conversiestoornis voor behandeling werden aangemeld.

Conversie en hypnose

Wanneer conversieverschijnselen vergeleken worden met het gedrag van proefpersonen onder hypnose zijn er opvallende gelijkenissen. Het was Charcot die tijdens zijn colleges – bewerkt door Freud, in 1892 uitgegeven – deze gelijkenis als volgt samenvatte: ‘De behandeling (van een patiënt met een conversieverlamming) is vergelijkbaar met een methode die toegepast wordt om proefpersonen bij wie een verlamming bewerkstelligd is, met behulp van suggesties weer van die verlamming te bevrijden. De therapie die bij de hysterotraumatische verlamming wordt toegepast is gebaseerd op de overeenkomst met de in hypnose opgewekte verlamming’ (Charcot 1892).

Als definitie van hypnose wordt Ornes beschrijving (1980) gehanteerd: ‘that state or condition in which subjects are able to respond to appropriate suggestions with distortions of perception of memory’. Het is door hypnose mogelijk bepaalde percepties te veranderen, bij voorbeeld de beleving van pijn, koude, warmte en andere zintuigsensaties (Van Dyck 1983, Frankel 1978). Ook bij patiënten met conversieverschijnselen doen zich dergelijke perceptieveranderingen voor. Patiënten beleven hun been als verlamd en ze voelen zich verlamd. Ze gedragen zich als mensen die menen op organische gronden verlamd te zijn.

Stoornissen zoals die gezien worden bij conversiepatiënten, blijken bij zeer goed hypnotiseerbare proefpersonen door hypnose opgewekt en weer tot verdwijnen gebracht te kunnen worden.

Het feit dat met hypnose sterk op conversieverschijnselen gelijkende symptomen kunnen worden opgeroepen, biedt echter geen garantie dat de conversieverschijnselen langs dezelfde weg tot verdwijnen gebracht kunnen worden. Na een literatuurstudie met betrekking tot effectonderzoek van hypnose bij conversie blijkt dat gecontroleerd onderzoek vooralsnog ontbreekt (Van Dyck 1987). Wel werden twee gecontroleerde effectstudies gevonden waarin verschillende niet-hypnotische suggestieve interventies werden vergeleken; voor ons onderwerp zijn ze toch ook wel relevant. Hafeiz (1980) vergeleek bij 61 patiënten met conversieverschijnselen vier verschillende behandelingsstrategieën: (1) elektrische stimulering van de ledematen; (2) de elektroslaapmachine; (3) intraveneuze toediening van een barbituraat; (4) intraveneuze toediening van een amfetamine. De behandelingen waren eenvoudig en kort: aan de patiënten werd aangekondigd dat zij door de toe te passen therapie zouden herstellen. De verbeteringspercentages, volgens een globaal klinisch oordeel van de behandelaars, waren voor drie van de deze behandelingen uitstekend: 90% voor de elektrische stimulering en ruim 80% voor de elektroslaap en voor de amfetamine-injecties. De behandeling met het barbituraatinfuus gaf maar in 20% van de gevallen succes. Mogelijk was dit het gevolg van een te hoge dosering van het middel (250 mg Natrium Amytal); in vijf minuten zal dit bij de meeste mensen een volledig bewustzijnsverlies veroorzaken. Scallet e.a. (1976) voerden ook een dubbelblind vergelijkend onderzoek uit met drie vormen van suggestieve therapie bij 17 patiënten met conversieverschijnselen. De behandelingscondities waren: (1) autogene training gecombineerd met aansluiting op elektroslaapparaat zonder dat het toestel werd ingeschakeld; (2) autogene training met een elektroslaapparaat dat zodanig was aangesloten dat de elektrische stroom niet door de hersenen passeerde, maar uitsluitend langs de buitenkant van de schedel ging, en (3) autogene training gecombineerd met het op de voorgeschreven manier aangesloten elektroslaapparaat zodanig dat de stroom door de hersenen passeerde. De resultaten werden voor alle patiënten beoordeeld op schalen voor angst, depressie, somatische klachten en slaapproblemen. Er is bijkijns dit onderzoek geen aanleiding om tot aanschaf van de genoemde apparatuur over te gaan. Significante verschillen bleven achterwege, ook als een minder strenge norm dan het gebruikelijke significantieniveau van 5% werd aangehouden. De trend was zelfs dat patiënten die alleen met autogene training werden behandeld, de bereikte vooruitgang behielden, terwijl zij die perifere of centrale elektrostimulatie hadden ontvangen weer achteruitgingen zodra dit onderdeel van de behandeling werd gestaakt.

Uit deze studies blijkt dat suggestieve therapie in principe een bruikbare methode is voor de behandeling van conversiestoornissen.

Naast de reeds genoemde fenomenologische overeenkomst tussen

hypnotische verschijnselen en conversiestoornissen berust de rationale van de toepassing van hypnose als specifieke techniek op de bevinding dat patiënten met conversiestoornissen doorgaans goed hypnotiseerbaar zijn (Van Dyck 1987). Er bestaat een ruime casuïstische literatuur van dergelijke behandelingen (zie Wolberg 1948). Uit dit onderzoek blijkt dat aan hypnose verwante suggestieve technieken bij conversieverschijnselen waarde hebben. Met betrekking tot de gebruikelijke, minder gestandaardiseerde hypnotische interventies werden geen gecontroleerde effectstudies aangetroffen. In de recente publikaties vindt men met enige regelmaat casuïstische beschrijvingen van voornamelijk succesvolle behandelingen van patiënten met conversies (Erickson 1964; Greenleaf 1971; Kaplan en Deabler 1975; Pelletier 1977; Roden 1979; Trennery en Jackson 1983; Faverey en Oyen 1983). Er bestaat een therapeutische traditie die enige continuïteit vanaf het begin van de vorige eeuw vertoont.

Als we ons beperken tot de grote lijnen en technische subtiliteiten buiten beschouwing laten, kunnen we in de toepassing van hypnose in het algemeen en met name bij conversieverschijnselen twee strategieën onderkennen: een symptoomgerichte en een explorerende. De eerste is de oudste en bestaat uit het oproepen van verhoogde suggestibiliteit teneinde symptomen in gunstige zin te beïnvloeden. Bij de explorerende benadering worden technieken gebruikt zoals revivificatie of leeftijdsregressie om een oorzaak van de klachten te ontdekken, eventueel gevolgd door symptoomgerichte suggesties. (Voor een overzicht zie Wolberg 1948; Van Dyck 1987; Hoogduin 1988).

De in deze pilot-study toegepaste behandeling omvat een combinatie van deze twee strategieën. Wanneer wordt vastgesteld dat er traumatische belevingen waren, die voorafgingen aan het ontstaan van de conversieverschijnselen, wordt begonnen met een revivificatie en vervolgens wordt geprobeerd de symptomen op directe en indirecte wijze te beïnvloeden. Is er geen sprake van een dergelijk psychotrauma dan wordt volstaan met directe en indirecte beïnvloeding van de symptomen.

In zijn geheel ziet de hier voorgestelde behandelingsstrategie er als volgt uit:

- Een rationale, waarin gesteld wordt dat de klachten een gevolg zijn van onverwerkte, heftige emoties en dat bij herbeleving van de betreffende gebeurtenis alsnog de emoties verwerkt zullen worden, waarna de klachten mogelijk zullen verminderen. Als illustratie van functiestoornissen ten gevolge van emoties wordt genoemd: de stem kwijtrafen van schrik, verlamd zijn van angst (zie ook Hoogduin 1987a).
- Een formele trance-inductie met een revivificatie, waarbij de patiënt aangemoedigd wordt de eventuele emoties vrijelijk te uiten. Het is niet ongevoel dat herstel van gevoel of functie gepaard gaat met pijn of dysaesthesieën. De beleving van dergelijke verschijnselen

wordt als een eerste verbetering signaleerd: er is gevoel, weliswaar pijn, in plaats van geen gevoel en dit kondigt verder herstel aan.

- Posthypnotische suggesties. Aan het eind van de zitting wordt de posthypnotische suggestie gegeven dat verdere verwerking plaats zou kunnen vinden, bij voorbeeld 's nachts tijdens de slaap in de vorm van dromen.

- De toepassing van directe en indirecte suggesties ter vermindering van de klacht (Hoogduin 1987b, Hoogduin en v. d. Kraan 1988).

- Het voorkomen van gezichtsverlies. Dit kan bereikt worden door de revivificatie als zwaar en ingrijpend te bestempelen, een uitspraak die bij voorkeur in de aanwezigheid van de partner of ouders wordt gedaan. De behandeling zwaar en ingrijpend noemen sluit aan bij de rationale dat de patiënt in een eerdere fase het niet aankon de hevige emoties te verwerken.

- Revalidatie. Wanneer na jaren klachten de verbetering op gang is gekomen, is een goede fysiotherapeutische revalidatie en begeleiding vaak noodzakelijk.

- Beïnvloeding van de eventuele stresserende factoren die bijgedragen hebben tot het ontstaan van de stoornis.

- Beïnvloeding van de eventuele bekrachtiging van de stoornis in de leefsituatie van de patiënt. Dit houdt veelal in: correctie van de attitude van de partner of ouders, die vaak van grote betekenis zijn voor het in stand houden van de opvatting dat het om een lichamelijke stoornis gaat (Taylor 1986).

Wanneer er geen indicatie gevonden wordt voor de revivificatie dan blijft dit element achterwege. De rest van de behandelingsstrategie blijft behouden, met name de directe of indirecte beïnvloeding van de symptomen, met een plausibele rationale, formele trance-inductie en posthypnotische suggesties. Het voorkomen van gezichtsverlies, revalidatie en beïnvloeding van eventuele antecedente en consequente factoren blijven eveneens deel uitmaken van de behandeling.

De patiënten

Van 1980 tot medio 1987 hebben zich in het Hippolytus Ziekenhuis elf patiënten aangemeld voor behandeling van hun motorische verlamming. Hoewel alle patiënten neurologisch onderzocht waren – tien patiënten klinisch en één patiënt poliklinisch – werd bij drie patiënten alsnog een lichamenlijk lijden gevonden. Bij deze patiënten werden respectievelijk een olivo-pontocerebellaire atrofie, multiple sclerose en een meningioom gediagnostiseerd. Twee van de drie patiënten waren van het mannelijk geslacht. Bij alle drie was er sprake van een spastische verlamming.

Bij acht patiënten kon opnieuw geen lichamenlijke oorzaak gevonden

worden. Van deze acht patiënten worden achtereenvolgens besproken: de aard van de klachten, eventuele relevante antecedente factoren, de duur van de klachten, hypnotiseerbaarheid, de duur van de behandeling en het behandelingsresultaat bij follow-up.

De aard van de klachten (zie tabel 1) – De acht patiënten hadden een slappe verlamming, geheel of gedeeltelijk, niet wisselend van ernst. Bij

Tabel 1: Overzicht van de gegevens van de acht patiënten

Nr.	Lft.	Gesl.	Bevindingen	Relevante premorbide klachten	Duur lichamelijke aandocningen
1.	26	o	– slappe verlamming li. onderbeen (totaal) – cyanose – oedeem – atrofie	– ski-ongeval met pijn in li. been en lies	3 jr.
2.	49	o	– slappe hemiparese rechts (gedeeltelijk) – niet in staan zonder hulp te lopen		3 wk.
3.	41	o	– slappe paraparese van de benen (totaal)	– HNP-klachten	8 jr.
4.	54	o	– slappe paraparese (totaal) – contractuur van de voet	– rugklachten met milde degeneratieve afwijking van de wervelkolom	2 jr.
5.	58	o	– slappe paraparese (gedeeltelijk)	– rugklachten met ernstige degeneratieve afwijkingen van de wervelkolom	4 wk.
6.	51	o	– slappe verlamming li. been; re. arm (gedeeltelijk)	– i.a.a. trauma capitis en commotio cerebri	6 mnd.
7.	34	o	– slappe verlamming li. onderbeen (totaal) – cyanose – oedeem	– rugklachten c.c.i.	6 mnd.
8.	22	o	– slappe verlamming re. onderbeen (totaal)	– eczeem en jeuk beide onderbenen	7 mnd.

één patiënt bestond atrofie, oedeem en cyanose. Vijf patiënten waren aan een rolstoel gekluisterd. Drie patiënten bewogen zich voort met behulp van krukken.

Relevante antecedente factoren – Bij zeven van de acht patiënten bestonden eerdere somatische klachten in het aangedane lichaamsdeel, tweemaal na een ongeval gevolgd door klinische observatie en viermaal rugklachten en éénmaal eczeem en jeuk. Bij alle acht patiënten konden stressfactoren aangegeven worden die ernstig genoeg werden om een etiologische betekenis voor de klacht te hebben. Patiënt 1 en 5 kregen de klachten in aansluiting aan de dood van de partner. Patiënten 2, 3 en 4 hadden ernstige relatieproblemen voorafgaande aan de klachten. De patiënten 6, 7 en 8 voelden zich ten gevolge van de eisen van gezin en werk voortdurend overbelast. Grote voorzichtigheid is echter geboden. Ook bij de drie patiënten met een neurologische verklaring voor de klachten werden belangrijke stressfactoren gevonden. Een patiënt had grote problemen met de mensen uit de buurt ten gevolge van veelvuldige pedofiele contacten. Bovendien was hij recent impotent geworden. De ander woonde alleen en had hevige conflicten met haar familieleden. De laatste was gehuwd met een vrouw met ernstige psychiatrische stoornissen en bovendien was zijn zaak voorafgaande aan zijn klachten failliet gegaan.

De duur van de klachten – Deze bedroeg drie weken tot acht jaar. Bij zes patiënten bestonden de klachten langer dan zes maanden.

De hypnotiseerbaarheid – Deze werd bepaald met behulp van de Stanford Hypnotic Clinical Scale, voor Nederland bewerkt door Oyen en Spinhoven (1983). Bij zeven patiënten werd de SHCS bepaald. De gemiddelde score bedroeg 3.1. Vijf van de zeven patiënten bleken goed tot zeer goed hypnotiseerbaar (zie tabel 2). Het gegeven uit de literatuur dat patiënten met een conversie een meer dan gemiddelde hypnotiseerbaarheid vertonen wordt dus bevestigd.

De opnameduur – De behandeling vond klinisch plaats bij zeven van de acht patiënten. De opnameduur varieerde van twee tot dertig weken. Bij patiënten met een lange opnameduur werd vaak maanden besteed aan klinische revalidatie. Voor alle patiënten gold dat binnen één maand een eerste verbetering bereikt werd. Alle patiënten bleken ten slotte in staat langer dan dertig minuten zonder hulpmiddelen te lopen.

De follow-up – De conditie bij follow-up na ten minste zes maanden is onverdeeld gunstig gebleven en bij twee patiënten verder verbeterd. Geen van de patiënten gebruikt nog hulpmiddelen zoals een stok, krukken of een rolstoel. Eén patiënt (nr. 2) maakte na een jaar een kortdurend recidief door. In de daaropvolgende drie jaar bleef zij verder klachtenvrij. Er is bij de meeste patiënten wel sprake van restverschijnselen. Patiënt 4 heeft een klapvoet, de patiënten 3 en 6 klagen na veel staan en/of lopen (langer dan een uur) over sterke vermoeidheid. Patiënt 7 heeft nog een beperkte actieradius tengevolge van persisterende

Tabel 2: Overzicht van de behandeling (H = hypnotiseerbaarheid, gemeten op SHCS)

Pat.	Duur van de behandeling op de PAAZ		H	Behandelingsresultaat bij follow-up	termijn
	Klinisch	Poliklinisch			
1.	23 wk.	35 zt.	5	Volledig herstel, werkt hele dagen	24 mnd.
2.	2 wk.	3 zt.	5	Volledig herstel. Na 1 jaar recidief van 1 week	48 mnd.
3.	30 wk.	4 zt.	n.v.	Vrijwel volledig herstel Doet huishouden weer zelf	18 mnd.
4.	6 wk.	8 zt.	3	Heeft klapvoet als restverschijnsel Met beugel redelijk herstel	8 mnd.
5.	5 wk.	2 zt.	3	Volledig herstel	73 mnd.
6.	18 wk.	7 zt.	1	Redelijk herstel, kan weer 1 uur wandelen	6 mnd.
7.	—	16 zt.	4	Verbeterd, kan goed lopen. Pijn in de rug onveranderd	18 mnd.
8.	5 wk.	3 zt.	1	Goed verbeterd Loopt zonder hulpmiddelen met wat schommelende gang	12 mnd.

rugpijn. Patiënt 8 kan alles weer doen, maar loopt met een merkwaardige schommelende gang, een loopstoornis waar geen somatische verklaring voor gevonden kan worden. Het lukte niet deze gang in gunstige zin te beïnvloeden.

Discussie

Het gunstige therapieresultaat kan niet zonder meer worden toegeschreven aan de toepassing van hypnose. Zoals in het voorafgaande is betoogd kunnen uiteenlopende suggestieve benaderingen effectief zijn bij de behandeling van conversieverschijnselen. Bovendien werden

meer maatregelen dan alleen hypnose toegepast. Zeven van de acht patiënten werden opgenomen in een PAAZ. Tijdens deze opname vond de hypnotherapie plaats, meestal in wekelijkse zittingen. Een opname heeft belangrijke gevolgen voor de patiënten. De antecedente en consequente factoren, die mogelijk van betekenis waren voor het ontstaan en in stand houden van de symptomatologie, kunnen door de opname alleen al veranderen, bij voorbeeld wanneer het aannemelijk is dat de directe oorzaak van de klachten in de dagelijkse omstandigheden van de patiënt gelegen is. Ook het klimaat op de afdeling lijkt van belang. Op de PAAZ werd er zorgvuldig op toegezien dat de patiënt geen gezichtsverlies leed. De behandeling werd als zwaar omschreven. De revivificatiezittingen, waarbij immers ernstige ervaringen herbeleefd werden, vereisten moed en doorzettingsvermogen van de patiënt. Iedere verbetering werd op de afdeling met groot enthousiasme ontvangen.

Een gunstig resultaat zoals hier beschreven wordt, is ook eerder in de literatuur vermeld. Carter (1949) bij voorbeeld beschrijft de therapieresultaten van dertien patiënten met verlammingen die met hypnose of penthotal-sessies behandeld zijn. Deze dertien patiënten herstelden allen. De follow-up-gegevens van patiënten met conversies laten echter zeer uiteenlopende resultaten zien. Een oorzaak van deze uiteenlopende bevindingen berust op de onduidelijkheid met betrekking tot de gestelde diagnose. Conversieverschijnselen in het kader van een somatisatiestoornis zullen bij follow-up een geheel ander beeld laten zien dan een geïsoleerde verlamming na een ernstig psychotrauma. Zo vermelden Gatfield en Guze (1962) dat niet minder dan eenentwintig van de vierentwintig onderzochte patiënten bij follow-up na 2,5 - 10 jaar nog steeds als psychiatrisch ziek beschouwd moesten worden.

Wanneer de hier beschreven patiënten nader bekeken worden, valt het op dat het in alle acht van de gevallen ging om vrouwelijke patiënten; een overmaat van vrouwelijke patiënten met conversie wordt in de literatuur vaker vermeld. Folks e.a. (1984) meldt dat in zijn populatie 88% van de patiënten van het vrouwelijk geslacht zijn. Gatfield en Guze (1962) vinden 84% vrouwen en 16% mannen; Raskin e.a. (1966) respectievelijk 91% en 9%. Wanneer er sprake is van manlijke patiënten gaat het meestal om soldaten in oorlogstijd. Carden e.a. (1966) bij voorbeeld bespreken twaalf manlijke patiënten die op de Filippijnen werden onderzocht. Ze werden daar opgenomen tijdens de Vietnamoorlog.

Opvallend is dat van de drie patiënten met een verdenking op een conversiestoornis, maar die een neurologische ziekte bleken te hebben, twee manlijk waren. Conversieverschijnselen lijken bij mannen beduidend minder voor te komen.

Een andere bevinding was dat de acht patiënten zonder neurologische aandoening, die geheel of gedeeltelijk herstelden, alleen een slappe verlamming hadden. Bij de patiënten met een neurologische stoornis

bleek er steeds een als spastisch imponerende verlamming te bestaan. Het is echter onjuist te veronderstellen dat een conversieverlamming altijd een slappe verlamming zal zijn. Fahn e.a. (1988) beschrijven dat in 5% van de gevallen van dystonie er sprake is van psychogenie, waarbij een voorkeur zou bestaan voor onderste ledematen.

De elf patiënten waren van tevoren uitvoerig neurologisch onderzocht. Tien van de elf werden op een neurologische afdeling geanalyseerd. Het is duidelijk dat een dergelijk onderzoek nog altijd geen zekerheid geeft omtrent de diagnose. Immers in drie gevallen werd als nog een neurologische ziekte gevonden. Er is een viertal situaties te noemen dat de differentiaaldiagnose conversie en somatisch lijden kunnen bemoeilijken:

- het gedrag van de patiënt is suggestief voor een conversiestoornis vanwege een premorbide theatrale persoonlijkheid;
- een neurologische ziekte kan zich in de beginfase manifesteren als een atypisch conversief aandoend beeld;
- een neurologische ziekte kan ontstaan bij een patiënt met conversiestoornis;
- een conversiestoornis kan ontstaan bij een patiënt met een neurologische stoornis.

Eerder werd gesteld dat er bij 25-60% van de patiënten bij wie de diagnose conversiestoornis werd gesteld, later een somatische verklaring bleek te zijn voor hun klachten (Weintraub 1983). Omgekeerd bleek uit een onderzoek van Tissenbaum e.a. (1951) dat van 395 neurologische patiënten die onderzocht werden op eerder gestelde diagnoses, 53 (13.4%) een psychiatrische stoornis hadden gehad (waaronder zevenmaal een conversiestoornis). Het duurde gemiddeld ruim vier jaar voordat de juiste neurologische diagnose gesteld werd.

Samenvattend kan gesteld worden dat klinische behandeling waarbij hypnose toegepast wordt, de mogelijkheid van een gunstig resultaat voor patiënten met een motorische conversiestoornis lijkt in te houden. Of de hypnose ook in alle gevallen een essentieel element in de behandeling was, staat niet vast. Er is alle aanleiding voor een gecontroleerd onderzoek naar de betekenis van hypnose bij de behandeling van conversiestoornissen.

Literatuur

- American Psychiatric Association (1987), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Third Edition Revised*. APA, Washington.
- Carden, N.L., en D.S. Schramel (1966), Observations of conversion reactions seen in troops involved in the Vietnam conflict. *Am. J. of Psychiatry* 123 (1), 21-31.
- Carter, A.B. (1949), The prognosis of certain hysterical symptoms. *Brit. Medical J.* 1, 1076-1079.
- Charcot, J.M. (1892), *Poliklinische Vorträge*. Deuticke, Leipzig.

- Dyck, R. van (1983), De toepassing van hypnose in de geneeskunde. *Ned. Tijdschr. voor Geneeskunde* 127, 1725-1729.
- Dyck, R. van (1987), Hypnose bij conversieverschijnselen. *Directieve Therapie* 3 (7), 192-210.
- Erickson, M.H. (1954), Special techniques of brief hypnotherapy. *Am. J. Clin. Hypnosis* 2, 109-129.
- Fahn, S., en D.T. Williams (1988), Psychogenic dystonia. In: S. Fahn e.a. (red.), *Advances in Neurology* 50. *Dystonia* 2. Raven Press, New York, 431-456.
- Faverey, H., en F. Oyen (1983), Behandeling van een man met psychogene blindheid. *Kwartaalschr. voor Directieve Therapie en Hypnose* 3, 29-40.
- Folks, D.G., C.V. Ford en W.M. Regan (1984), Conversion symptoms in general hospital. *Psychosomatics* 25, 285-295.
- Frankel, F. (1978), Hypnosis and altered states of consciousness in treatment of patients with medical disorders. In: T.B. Karasu en R.I. Steinmuller (red.), *Psychotherapeutics in medicine*. Grune & Stratton, New York.
- Gatfield, P.D., en S.B. Guze (1962), Prognosis and differential diagnosis of conversion reactions. *Diseases of the Nervous System* 11, 623-631.
- Greenleave, E. (1971), The red house: Hypnotherapy of hysterical blindness. *Am. J. Clin. Hypnosis* 13, 155-161.
- Hafeiz, H.B. (1980), Hysterical conversion: A prognostic study. *Brit. J. Psychiatry* 136, 548-551.
- Hoogduin, C.A.L. (1987a), De motivering voor psychotherapie bij patiënten met een somatoforme stoornis. *Tijdschr. voor Psychotherapie* 13 (1), 15-19.
- Hoogduin, C.A.L. (1987b), De behandeling van een vrouw met (pseudo-)hemi-ballisme. *Tijdschr. voor Psychotherapie* 13 (2), 87-92.
- Hoogduin, C.A.L. (1988), Over de behandeling van de motorische conversiestoornis. *Directieve Therapie* 8 (3), 224-239.
- Hoogduin, C.A.L., en V. van der Kraan (1988), De toepassing van katalepsie bij conversie. *Directieve Therapie* 7 (4), 301-309.
- Kaplan, J.M., en H.L. Deabler (1975), Hypnotherapy with a severe dissociative hysterical disorder. *Am. J. Clin. Hypnosis* 18, 83-89.
- Orne, M.T. (1980), On the construct of hypnosis: How its definition affects research and clinical application. In: G.D. Burrows en L. Dennerstein (red.), *Handbook of hypnosis and psychosomatic medicine*. Elsevier, Amsterdam.
- Oyen, F., en Ph. Spinhoven (1983), Nederlandse bewerking van de SHCS. *Directieve Therapie* 2 (3), 155-172.
- Pelletier, A.M. (1977), Hysterical aphonia: A case report. *Am. J. Clin. Hypnosis* 20, 149-153.
- Raskin, M., J.A. Talbott en A.T. Meyerson (1966), Diagnosis of conversion reactions. *JAMA* 197 (7), 102-106.
- Roden, R.G. (1979), Psychoanalytically oriented hypnotic treatment of autoerotic sensitization and blindness. *Am. J. Clin. Hypnosis* 21, 278-281.
- Scallet, A., C.R. Cloninger en E. Othmer (1976), The management of chronic hysteria: A review and double-blind trial of electro-sleep and other relaxation methods. *Diseases of the Nervous System* 37, 347-353.
- Slater, E., en E. Glithero, (1965), A follow-up of patients diagnosed as suffering from hysteria. *J. of Psychosomatic Research* 9, 9-13.
- Taylor, D.C. (1986), Hysteria, play-acting and courage. *Brit. J. Psychiatry* 49, 37-141.

- Tissenbaum, M.J., H.M. Harter en A.P. Friedman (1951), Organic neurological syndromes diagnosed as functional disorders. *JAMA* 147 (16), 1519-1521.
- Trennery, M.R., en T.L. Jackson (1983), Hysterical dystonia successfully treated with post-hypnotic suggestion. *Am. J. Clin. Hypnosis* 26, 42-44.
- Weintraub, N.I. (1983), *Hysterical conversion reactions*. Spectrum Publications Inc., Lancaster.
- Wolberg, L.R. (1948), *Medical hypnosis*. Vol. II, Grune & Stratton, New York.

Summary: Treatment of conversion disorders with hypnosis: a pilot study

This article covers the following topics: the DSM-III-R-criteria for conversion disorder, the similarities between conversion disorders and hypnotic phenomena, and the therapeutic application of hypnosis and related suggestive methods for patients with a conversion disorder. The relatively favourable treatment results and follow-up of 8 patients with a motor conversion disorder are described.

In the discussion special attention is given to the difficulties in diagnosing the disorder.

Prof. dr. C.A.L. Hoogduin is als hoogleraar Psychopathologie verbonden aan de vakgroep Klinische Psychologie en Persoonlijkeidsleer van de KU Nijmegen. Prof. dr. R. van Dyck is als hoogleraar Ambulante en Sociale Psychiatrie verbonden aan de VU Amsterdam. Drs. E. de Haan is adjuncthoofd van de Psychiatrische Polikliniek Delft. Correspondentieadres: Prof. dr. C.A.L. Hoogduin, Reinier de Graaf Gasthuis, Reinier de Graafweg 11, 2625 AD Delft.

Het artikel werd geaccepteerd voor publicatie op 13-11-'89.