

Diagnose en behandeling van conversieverschijnselen in de jaren zestig in Amsterdam

M. Vermeulen

- Achtergrond** Volgens Piet Kuiper, hoogleraar Psychiatrie, komen conversieverschijnselen in de jaren zestig in Amsterdam meer voor in films en romans dan op poliklinieken.
- Doel** Nagaan of de zenuwarts Waterman in de jaren zestig conversieverschijnselen heeft waargenomen, hoe hij deze diagnose heeft gesteld en welke therapie hij heeft toegepast.
- Methode** Onderzoek van de patiëntendossiers van Waterman van de jaren zestig in Amsterdam.
- Resultaten** In een groep van 3372 patiënten stelde Waterman bij 555 (16%) patiënten de diagnose hysterische of psychogene neurologische symptomen. Van deze patiënten kwam 6,85% in aanmerking voor psychoanalytische therapie. Waterman behandelde 54,95% van deze patiënten met benzodiazepinen en 25,77% met tricyclische antidepressiva.
- Conclusie** Waterman kan in de jaren zestig 93% van zijn patiënten niet verwijzen voor psychoanalytische therapie, die volgens Kuiper nodig is voor de diagnose en therapie van conversiestoornis. Dit verklaart waarom de psychoanalyticus Kuiper patiënten met conversieverschijnselen nauwelijks ziet. Waterman kiest voor symptomatische therapie bij psychogene neurologische symptomen. Hij behandelt 4 van de 5 van zijn patiënten met psychofarmaca. Het door hem waargenomen gunstige effect is mogelijk een gevolg van het wegnemen van de verontrusting over de symptomen door het voorschrijven van medicijnen.

De zenuwarts Samuel Waterman (zie **kader**) heeft in de avonduren een praktijk aan huis gehad voor expertises en voor patiënten die huisartsen naar hem verwijzen. Een dochter van Waterman heeft mij inzage gegeven in de patiëntendossiers van haar vader van zijn praktijk aan huis die zij, na zijn overlijden, in haar huis heeft opgeslagen. De geanonimiseerde patiëntgegevens uit de jaren zestig heb ik onderzocht met de volgende vragen: 1. heeft Waterman conversieverschijnselen waargenomen die, volgens Piet Kuiper, hoogleraar Psychiatrie, in die tijd meer in films en romans dan in poliklinieken voorkomen; 2. hoe stelt Waterman de diagnose conversie; 3. welke therapie past hij bij conversie toe?^{1,2}

PATIËNTEN EN METHODEN

De expertiserapporten, onvolledige dossiers, dossiers van kinderen, dossiers van voor 1960 en van na 1969 werden zonder onderzoek onmiddellijk op de gebruikelijke wijze vernietigd in het AMC Amsterdam. Van de overgebleven dossiers scheidde ik de patiëntgegevens van de beschrijvingen van anamnese, lichamelijk onderzoek, diagnose, aanvullend onderzoek, beleid en beloop. De

beschrijvingen van de patiënten voorzag ik van leeftijd en van geslacht, vrouw of man, zoals aangegeven in het dossier. Ik nam de door Waterman gestelde diagnose over.

RESULTATEN

Na de exclusiecriteria bleven 4104 dossiers over. In 732 dossiers was de informatie over de diagnose onvoldoende. De dossiers van deze 732 patiënten nam ik niet in het onderzoek op. De onderzoeksgroep bestond uiteindelijk uit 3372 patiënten.

De diagnoses bracht ik onder in categorieën volgens een Duits leerboek waarin de gehele klinische neurologie werd beschreven. Een dergelijk leerboek in het Nederlands was in de jaren zestig nog niet uitgegeven (**tabel 1**).³ Bij 352 patiënten waren volgens Waterman de symptomen niet van neurologische aard. Bij deze patiënten adviseerde hij een consult van een internist. Bij 555 patiënten (16% van 3372) stelde hij de diagnose psychogene neurologische symptomen. Deze patiënten hadden motorische verschijnselen zoals verlammingen, verkrampingen, schokken en schudden, al dan niet in combinatie met sensorische symptomen. De diagnose

Samuel Waterman

Samuel Waterman (1923-2015) is opgegroeid in Amsterdam. Het hoofd van de lagere school, W.F. Hunsche, adviseert voortgezet onderwijs, maar dat kunnen zijn ouders zich niet permitteren. Hunsche meldt Samuel aan voor bijstand bij de vereniging voor Ambachten en Beroepen. Als mentoren zijn aangewezen Wieger Bruin (architect/ stedenbouwkundige) en zijn vrouw Louisa Bruin-Maloney. Zij zorgen niet alleen voor financiën. Samuel moet regelmatig met de familie dineren en met de gasten op niveau leren converseren. Van 1935-1940 bezoekt Samuel de derde vijfjarige HBS aan de Mauritskade en in 1940-1941 studeert hij geneeskunde aan de Gemeentelijke Universiteit van Amsterdam. Na zijn propedeuse mag hij van de Duitse bezetter niet verder studeren. Van 1941-1942 volgt hij de opleiding heilgymnastiek en massage onder auspiciën van de Joodse Raad. Van 1942 tot aan de deportatie van patiënten en personeel op 13 augustus 1943 werkt hij als leerling-verpleger in het Nederlands Israëlitisch Ziekenhuis aan de Nieuwe Keizersgracht. Samuel duikt onder. Zijn beide ouders zijn 5 april 1943 via Westerbork naar Sobibor gedeporteerd, waar zij direct

na aankomst op 16 april zijn vermoord. Na diverse onderduikadressen vertrekt Samuel op 1 april 1944 met de trein naar een onderduikadres in Friesland. Niemand verwacht een Joodse man in de trein, neemt hij aan.

Na de bevrijding keert hij terug naar Amsterdam, waar hij zijn studie geneeskunde hervat. In 1948 treedt hij in het huwelijk met Hanna Polak. Het echtpaar krijgt twee kinderen. Samuel doet op 30 mei 1951 zijn artsexamen. Na zijn artsexamen werkt hij als waarnemend huisarts. Vervolgens is hij van 1952-1957 in opleiding tot zenuwarts (prof. dr. A. Biemond, neurologie, en prof. dr. L. van der Horst, psychiatrie). Hij werkt in deeltijdinstellingen in het Wilhelmina Gasthuis, het Binnengasthuis, Weesperpleinziekenhuis, Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis, Emma kindziekenhuis en Slotervaartziekenhuis. Hij heeft aan huis een praktijk voor expertises en voor patiënten die huisartsen naar hem verwijzen. In 1986 gaat hij met pensioen bij de Amsterdamse ziekenhuizen, maar bleef nog tot 1994 patiënten thuis ontvangen als vrijgevestigd neuroloog.

psychogene epileptische aanvallen stelde hij niet. Als de aanvallen op epilepsie leken, liet hij een elektro-encefalogram (eeg) maken. Bij de geringste afwijking, blijkend uit de beschrijving van het eeg, stelde hij de diagnose epilepsie, waarna hij verwees naar het epilepsiecentrum Meer en Bosch. Bij hoeveel van deze patiënten uiteindelijk de diagnose epilepsie werd gesteld, was niet bekend. Evenmin was bekend of al zijn patiënten met schokkende en schuddende bewegingen (myoklonieën) in de categorie psychogene neurologische symptomen thuishoorden.

De categorie neurologische symptomen e causa ignota kende Waterman niet. Al dan niet na overleg met de Amsterdamse hoogleraar Neurologie Arie Biemond stelde hij altijd een diagnose.

De gemiddelde leeftijd van de groep met psychogene neurologische symptomen was 39,9 jaar, 56% was vrouw. Bij de overige patiënten was de gemiddelde leeftijd 41,8 jaar en was 47% vrouw. In zijn conclusie in de brief aan de huisarts gebruikte Waterman de term 'psychogene neurologische symptomen', in zijn aantekeningen noemde hij deze symptomen 'hysterische symptomen'. De term 'conversie' gebruikte hij niet.

De behandeladviezen van Waterman vat ik samen in **tabel 2**.

DISCUSSIE

Waterman stelt bij een aanzienlijk percentage van zijn patiënten de diagnose psychogene neurologische symptomen. Neurologische symptomen die na de anamnese en het lichamelijk neurologisch onderzoek niet passen bij een structurele aandoening van het zenuwstelsel (pathologische reflexen) of bij een functionele stoornis (epilepsie of migraine) noemt Waterman psychogene

neurologische symptomen. Bij de beschrijving van zijn onderzoek lezen we over paresen of tremoren met kenmerken van hysterie of over sensibiliteitsstoornissen met een hysterische verdeling. Deze kenmerken van hysterie gebruiken neurologen nu bij het stellen van de diagnose functionele neurologische stoornis (FNS). De grondlegger van de neurologie, de Franse arts Jean-Martin Charcot (1825-1893), maakt bij neurologische symptomen onderscheid tussen structurele of neuroanatomische afwijkingen en functiestoornissen of neurofysiologische stoornissen van de hersenen.⁴ Als de functiestoornis onbekend is, bijvoorbeeld bij aanvallen die op epilepsie lijken, maar die niet alle kenmerken van epilepsie hebben, spreekt hij van hysterische symptomen.

Van Freuds nimmer getoetste hypothese tot Kuipers criterium

Sigmund Freud is in deze symptomen geïnteresseerd.⁵ Volgens Freud zijn er geen adequate methoden waarmee neurofysiologische stoornissen van het zenuwstelsel kunnen worden onderzocht.⁶ Daarom kiest hij voor psychologische methoden om te achterhalen hoe de hysterische symptomen ontstaan. Nadat Freud eerst een psychotraumatische ervaring op jonge leeftijd heeft overwogen, is uiteindelijk de omzetting of conversie van een psychisch conflict in neurologische symptomen zijn verklaring voor de hysterische symptomen.

Dit is een hypothese die nimmer is getoetst, maar wel een diagnostisch criterium is geworden waarop de therapie moet worden gericht, blijkt uit de beschrijvingen van Kuiper over conversie. Hij spreekt van een conversievervalsing wanneer een somatisch symptoom veroorzaakt of mede bepaald door psychische spanningen ook het psychisch conflict uitdrukt.^{1,2} In vele gevallen is wat het verschijnsel 'zeggen wil' pas na een lange psychoanalytische behandeling te achterhalen, voegt hij daaraan toe.

Tabel 1. Diagnoses in de neurologische praktijk van Waterman (1960-1969)

Diagnosegroepen	Aantal patiënten
Ruimte-innemende spinale afwijkingen, vooral discushernia	1030
Psychogene neurologische symptomen	555
Geen neurologische aandoening	352
Niet-epileptische aanvallen: syncope, migraine, ziekte van Ménière, neuralgieën, narcolepsie	329
Epilepsie	250
Hersentrauma	154
Ziekten van het perifere zenuwstelsel	114
Cerebrovasculaire ziekten	111
Neuro-ofthalmologische aandoening	103
Multiple sclerose	72
Ontstekingen van het centrale zenuwstelsel	56
Ruimte-innemende afwijkingen intracranieel	37
Ziekten van de basale kernen	33
Systeemziekten van het centrale zenuwstelsel: spinocerebellaire ataxie, multisysteematrofie, amyotrofische laterale sclerose	30
Neurolues	21
Ontwikkelingsstoornissen van het centrale zenuwstelsel: syringomyelie, spina bifida	17
Spierziekten	15
Stofwisselingafhankelijke dystrofie: wernicke-encefalopathie, vitamine B ₁₂ -tekort	5
Dementie	2
Overige: hoofdpijn eci, aangezichtspijn	86
Totaal	3372

Diagnoses ingedeeld in categorieën volgens neurologieboek uit de jaren zestig³

Waterman en Kuipers advies

Waterman volgt het beleid zoals Kuiper heeft geadviseerd. Hij verwijst zijn patiënten met de diagnose psychogene of hysterische symptomen naar psychoanalytici die moeten nagaan wat de symbolische betekenis van de neurologische symptomen is, die vervolgens richting moet geven aan de therapie. Deze psychoanalytici verwijzen de meeste patiënten naar hem terug omdat de patiënten niet geschikt zijn voor psychoanalyse. Waterman gaat uiteindelijk zelf inschatten of patiënten met psychogene neurologische symptomen geschikt

Tabel 2. Beleid bij hysterische of psychogene neurologische symptomen

Behandeladvies	Aantal patiënten	% van totaal
Benzodiazepine	305	54,95
Tricyclische antidepressiva	143	25,77
Geen advies	57	10,27
Psychotherapie*	38	6,85
Fysiotherapie	10	1,80
Elektrotherapie	2	0,36
Totaal	555	100,00

*Psychoanalytische therapie.

zijn voor psychoanalyse. Slechts 7% komt hiervoor in aanmerking. Het door Kuiper geadviseerde beleid kan Waterman bij de meeste patiënten niet uitvoeren en de vraag of de neurologische verschijnselen als conversie moeten worden geduid, is daarom niet te beantwoorden. Waterman en Kuiper werken in de jaren zestig in hetzelfde stadsdeel van Amsterdam. Conversieverschijnselen in de betekenis die Kuiper daaraan geeft, zijn symptomen die de neuroloog Waterman in eerste instantie beoordeelt, niet de psychiater Kuiper. Huisartsen verwijzen patiënten naar Waterman met de vraag wat de oorzaak is van de neurologische symptomen. Als Waterman de diagnose hysterische of psychogene neurologische symptomen stelt, wat hetzelfde is, lukt het hem slechts bij enkele patiënten met deze diagnose om hen naar psychoanalytici te verwijzen. Dit verklaart waarom de psychoanalytisch georiënteerde Kuiper zelden conversieverschijnselen ziet. Zijn adviezen over diagnose en behandeling kunnen daarom niet berusten op veel eigen klinische waarnemingen.

Discussie over vóórkomen conversieverschijnselen/hysterische symptomen

Waterman is niet de enige die in de jaren zestig in Amsterdam patiënten met hysterische symptomen ziet. Zij blijken ook voor te komen op de psychiatrische afdeling van de Valeriuskliniek.⁷

De observatie van Kuiper – conversieverschijnselen komen niet meer voor – is in de tweede helft van de twintigste eeuw ook door andere auteurs gemeld. De bekendste van hen is de historicus Edward Shorter.⁸ Volgens Shorter heeft Charcot in zijn tijd in Parijs een epidemie van histerie doen ontstaan, die na zijn dood snel is uitgedoofd. Deze opvatting is ook nog te vinden in een artikel in 2010 gepubliceerd in dit tijdschrift.⁹ De Franse neuroloog Georges Guillain (1876-1961) heeft dit overtuigend weerlegd.¹⁰ In de tijd van Charcot heeft 8% van 3168 patiënten die naar zijn kliniek zijn verwezen hysterische symptomen. Na de dood van Charcot is dit percentage niet veranderd volgens Guillain, die na

het overlijden van Charcot in dezelfde kliniek werkt. Guillaïn stelt niet meer de diagnose histerie, in plaats daarvan ‘*psycho-nevrose*’ of ‘*troubles fonctionnels*’. Deze aandoeningen hebben volgens Guillaïn exact dezelfde symptomen als de aandoeningen die Charcot histerie heeft genoemd. De aandoeningen zijn niet veranderd, de namen die we geven zijn veranderd, is zijn conclusie. Waterman gebruikt weer een andere term voor hysterische symptomen en stelt na Guillaïn een nog hoger percentage van hysterische symptomen vast bij de naar hem verwezen patiënten. Charcot heeft niet een epidemie van hysterische symptomen veroorzaakt en na zijn dood zijn deze symptomen niet zeldzaam geworden. In het AMC te Amsterdam hebben neurologen in de periode 2009-2013 bij 1147 patiënten de diagnose FNS gesteld, dat is 4% van het totaal aantal naar de polikliniek neurologie verwezen patiënten, waaronder poliklinieken met aandachtsgebied neuromusculaire ziekten of ziekte van Parkinson.

Slechts 7% van de patiënten van Waterman met de diagnose psychogene neurologische of hysterische symptomen komt in aanmerking voor de aanbevolen psychoanalytische behandeling die bovendien nodig is voor het stellen van de diagnose conversiestoornis. Een andere psychotherapie blijkt hij niet te hebben overwogen, want hij verwijst zijn patiënten daarvoor niet naar psychiaters of psychologen.

Watermans verrassende therapiekeuze

In de neurologische kliniek van het Wilhelmina Gasthuis, waar Waterman is opgeleid tot zenuwarts, is in de jaren zestig oefentherapie volgens de methode Mensendieck en elektrotherapie gericht op de symptomen, de therapie van keuze bij patiënten met hysterische symptomen. Psychotherapie gericht op een onderliggende psychische oorzaak kende men daar niet. Dit blijkt uit een interview in 2012 met de neuroloog Louise van Trotsenburg (1921-2019), in het kader van een serie interviews met 90-jarige specialisten die in het Binnen Gasthuis of het Wilhelmina Gasthuis hebben gewerkt (Collectie erfgoed AMC en voorlopers/Museum Vrolijk, Amsterdam UMC).

Waterman past deze therapieën zelden toe. Zijn therapiekeuze is verrassend. Bij 4 van de 5 patiënten met psychogene neurologische symptomen schrijft hij of een van de benzodiazepinen (meestal chloordiazepoxide) of een tricyclisch antidepressivum (meestal imipramine) voor. Waarom hij voor psychofarmaca kiest, is niet bekend.

Wat betreft de resultaten van deze door hem buiten psychiaters om voorgeschreven behandelingen zijn we aangewezen op opmerkingen daarover van Waterman als: ‘*gaat beter, kan verder door de huisarts worden begeleid*’ of ‘*huwelijks- of verlovingsaankondiging ontvangen, het is dus goed gekomen*’. Deze laatste uitkomstmaat zal niet door iedereen worden geaccepteerd, maar voor Waterman bestaat geen twijfel over een goed resultaat als hij dergelijke kaarten ontvangt. Dat patiënten soms

jaren na het laatste bezoek aan Waterman laten weten in het huwelijk te treden zegt wel iets over de goede relatie die hij tenminste met sommige patiënten met psychogene neurologische symptomen heeft gehad. Enkele patiënten van Waterman lijken na verbetering zonder enige vorm van psychotherapie geen terugval te hebben gehad.

Dit is eind jaren tachtig ook waargenomen in de Utrechtse universitaire neurologische kliniek.

Opgenomen patiënten met neurologische uitval bij wie de diagnose conversiestoornis is gesteld – gebaseerd op kenmerken passend bij FNS, zonder onderzoek naar een psychisch conflict – kunnen door omstandigheden niet meer door een psycholoog of psychiater worden gezien. Deze patiënten worden met fysiotherapie behandeld, een therapie die niet gericht is op het onderliggende psychische probleem. De vraag is daarom of patiënten die verbeteren met fysiotherapie later een terugval krijgen. Uit een onderzoek met een gemiddelde follow-up van 4,5 jaar blijkt dat patiënten met korte duur van de symptomen en snelle respons op therapie, geen terugval krijgen.¹¹

Moderne terminologie

Bij patiënten met neurologische symptomen die niet berusten op een structurele afwijking in het zenuwstelsel of een bekende functiestoornis van de hersenen, overwegen neurologen nu de diagnose functionele neurologische stoornis (FNS), een term die lijkt op ‘*troubles fonctionnels*’ van Guillaïn. De diagnose FNS stellen neurologen bij deze patiënten als zij bij het neurologische onderzoek voor FNS kenmerkende verschijnselen vinden.¹² In de groep patiënten van Waterman met psychogene neurologische symptomen, komen patiënten voor die ook voldoen aan de criteria voor FNS, omdat de kenmerkende verschijnselen van FNS en hysterische neurologische fenomenen dezelfde zijn.

Tijdens de voorbereiding van de DSM-III, die in 1980 is uitgekomen, streeft de commissie naar het uitbannen van psychoanalytische inzichten.¹³ Bij de beschrijving van conversiestoornis is dit maar gedeeltelijk gelukt. De term ‘conversiestoornis’ is gehandhaafd en hoewel voor de diagnose psychoanalyse niet meer vereist is, is het wel nodig te zoeken naar psychologische factoren die de diagnose steunen. Wat die factoren zijn, is nimmer goed omschreven.

Deze eis is vervallen in de DSM-5 van 2013 omdat bij een groot percentage geen psychologische factoren zijn te vinden en als die er wel zijn, is het verband met de symptomen niet duidelijk.¹² De term ‘functioneel-neurologisch-symptoomstoornis’ vervangt definitief de term ‘conversiestoornis’ niet eerder dan in 2022, maar de veronderstelling dat de neurologische symptomen bij FNS een psychische oorzaak hebben, is hardnekkig.¹⁴ Onlangs is een patiënt met de diagnose FNS die naar een revalidatiearts is verwezen voor behandeling doorgestuurd naar een ggz-instelling omdat eerst de psychische oorzaak duidelijk moet worden (‘er is een doosje, dat

moet eerst worden geopend'). Ander voorbeeld: een neuroloog heeft voor het gerechtshof in Den Haag verklaard dat FNS een puur psychische aandoening is, waardoor een patiënt met de diagnose FNS niet in aanmerking komt voor uitkering van zijn arbeidsongeschiktheidsverzekering waarin psychische problemen als oorzaak van lichamelijke klachten zijn uitgesloten. Psychologische/psychiatrische factoren kunnen van belang zijn, maar onderzoek daarnaar staat meestal een snel begin van de behandeling in de weg. Beter is onderzoek naar deze factoren te doen bij patiënten die onvoldoende verbeteren. Zij moeten dan wel door neurologen worden gemotiveerd om een psycholoog of psychiater te bezoeken.

Verklaring gunstig effect van Watermans behandeling

Zijn de gunstige ervaringen van de medicamenteuze therapie die Waterman ten minste bij een deel van zijn patiënten heeft waargenomen interessant voor de behandeling van patiënten met de diagnose FNS? Een gerespecteerde informatiebron over FNS beveelt niet-medicamenteuze behandeling van FNS aan.¹⁵ Benzodiazepinen worden niet genoemd, tricyclische antidepressiva alleen bij pijn. Moeten wij gezien de bevindingen van Waterman opnieuw aandacht geven aan de medicamenteuze behandeling van FNS? Uitgaande van een gunstig resultaat van deze behandeling blijft de vraag of we het gunstige effect aan het medicament moeten toeschrijven.

Er is een betere verklaring. Patiënten met FNS hebben zelden het kenmerkende symptoom van conversiestoornis, de 'belle indifférence' (zie ook DSM-5-TR, p. 521).^{14,16} Integendeel, zij zijn zeer verontrust over de symptomen. Een goede beschrijving daarvan geeft Oliver Sacks, die deze aandoening zelf heeft doorgemaakt.^{17,18} Duidelijkheid geven over wat er gaande is, laten weten dat deze verschijnselen bekend zijn en een behandeling aanbieden, zijn bij deze patiënten voorwaarden voor herstel.¹² Door medicamenten voor te schrijven maakt Waterman duidelijk te weten waar het om gaat en hij biedt een behandeling aan. Het voorschrijven van medicijnen zal een gunstig effect hebben gehad op de verontrusting over de symptomen. Dit gunstige

effect kan ook zonder het voorschrijven van medicijnen worden bereikt door uitleg over de diagnose te geven en te bespreken hoe de symptomen onder controle zijn te krijgen.¹⁹

CONCLUSIE

Waterman kan in de jaren zestig 93% van zijn patiënten niet verwijzen voor psychoanalytische therapie, die nodig is voor de diagnose en therapie van conversiestoornis, omdat slechts enkele patiënten in aanmerking komen voor psychoanalyse. Dit verklaart waarom de psychoanalyticus Kuiper patiënten met conversievervalsingen nauwelijks ziet. Waterman behandelt 4 van de 5 van zijn patiënten met psychofarmaca. Het voorschrijven van medicijnen zal een gunstig effect hebben gehad op de verontrusting over de symptomen.

LITERATUUR

- 1 Kuiper PC. Symptomen der neurotische reactie-vormen. In: Kraus G. Leerboek psychiatrie. Leiden: Stenfort Kroese; 1968. p. 517-40.
- 2 Kuiper PC. Neurosenleer. Deventer: Van Loghum Slaterus; 1971.
- 3 Poock K. Einführung in die klinische Neurologie. Berlin: Springer; 1966.
- 4 Goetz CG, Bonduelle M, Gelfand T. Charcot. Constructing neurology. New York: Oxford University Press; 1995.
- 5 Guenther K. Localization and its discontents. A genealogy of psychoanalysis & the neuro disciplines. Chicago: University of Chicago Press; 2015.
- 6 Buelens J. Sigmund Freud, kind van zijn tijd; evolutie en achtergronden van zijn werk tot 1900. Meppel: Boom; 1971. p. 98-116.
- 7 Hutschemaekers GJM. Neurosen in Nederland: vijf en tachtig jaar psychisch en maatschappelijk onbehagen. Nijmegen: Sun; 1990.
- 8 Shorter E. From paralysis to fatigue. New York: Free Press; 1992.
- 9 Gilson F. Hysterie volgens Charcot; opkomst en verdwijnen van de 'zenuwaandoening van de eeuw'. Een medisch-historische studie. Tijdschr Psychiatr 2010; 52: 813-23.
- 10 Guillaumin G. Jean-Martin Charcot: 1825-1893. Sa vie – son œuvre. Parijs: Masson; 1955.
- 11 Couprie W, Wijdicks EF, Rooijmans HG, e.a. Outcome in conversion disorder: a follow up study. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1995; 58: 750-2.
- 12 Stone J. The bare essentials: functional symptoms in neurology. Pract Neurol 2009; 9: 179-89.

De overige literatuurverwijzingen zijn online te raadplegen.

AUTEUR

Marinus Vermeulen, emeritus hoogleraar neurologie, UvA, Amsterdam.

Correspondentie

Marinus Vermeulen (vermeulenrien@gmail.com).

Geen strijdige belangen gemeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 12-12-2024.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2025;67(3):164-168