



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

Complicaties bij de behandeling met hypnose van de motorische conversiestoornis

Franny Moene en Kees Hoogduin*

Samenvatting

In dit artikel worden twee gevalsbeschrijvingen gegeven van patiënten met een conversiestoornis, die tijdens de behandeling met hypnose een ernstige complicatie ontwikkelden. De wijze waarop deze complicaties konden worden behandeld wordt besproken. Tot slot worden enige richtlijnen gegeven hoe deze complicaties voorkomen kunnen worden.

Inleiding

De diagnose conversie kan pas gesteld worden, nadat is komen vast te staan dat de klachten niet voortkomen uit een lichamelijke aandoening. Patiënten moeten voldoen aan de diagnostische criteria van de DSM-IV (1994) (zie tabel 1

Tabel 1 Diagnostische criteria van de conversiestoornis overeenkomstig de DSM-IV (1994).

-	Een aandoening van willekeurige spieren of van zintuigen, die een neurologische of andere medische aandoening doen vermoeden.
-	Psychologische factoren worden beschouwd een relatie te hebben met de klachten, doordat het ontstaan of sterk verergeren van de klachten vooraf werd gegaan door ernstige stress.
-	De patiënt veroorzaakt de klachten niet opzettelijk.
-	De klacht kan niet geheel verklaard worden uit een somatische aandoening en behoort evenmin tot een cultureel geaccepteerde wijze van reageren.
-	De verschijnselen veroorzaken significante klachten die een adequaat sociaal of beroepsmatig functioneren ernstig hinderen of medische zorg vereisen.
-	De klacht is niet beperkt tot een seksueel probleem of pijn en is geen onderdeel van de somatisatiestoornis.

* Hoe hoger de verschijscore, hoe meer vooruitgang op die schaal.

). Ford en Folks (1985) vatten de problemen rond de diagnostiek kort en bondig samen: behoudens de uitsluiting van aantoonbare lichamelijke afwijkingen leveren anamnese en klinisch onderzoek slechts 'soft facts' voor de diagnose conversiestoornis.

In de DSM-IV worden bij de conversiestoornis vier categorieën onderscheiden: (a) met motorische symptomen of uitval, (b) met sensorische symptomen of uitval, (c) met insulten, (d) met gemengde symptomen.

* DRS. F. MOENE, psycholoog, is verbonden aan psychiatrisch ziekenhuis De Grote Rivieren te Dordrecht. Correspondentieadres: mevr. drs. F.C. Moene, psychiatrisch ziekenhuis De Grote Rivieren, Overkampseweg 115, 3318 AA Dordrecht.

DR. C.A.L. HOOGDUIN, is als hoogleraar Psychopathologie verbonden aan de vakgroep Klinische psychologie en persoonlijkheidsleer van de Katholieke Universiteit Nijmegen. Hij is tevens werkzaam bij het Psychiatrisch centrum Nijmegen.

Uit onderzoek is gebleken dat hypnose en aan hypnose verwante suggestieve technieken bij conversieverschijnselen therapeutische waarde hebben (Hafelz, 1980; Scallet et al., 1976). In casuïstische

beschrijvingen worden succesvolle behandelingen met hypnose bij deze patiënten gerapporteerd (zie Hoogduin et al., 1990). Al geruime tijd wordt in het psychiatrisch ziekenhuis 'De Grote Rivieren' in Dordrecht en het Reinier de Graaf Gasthuis in Delft een onderzoek gedaan naar de bijdrage van hypnose aan de behandeling van patiënten met een conversiestoornis.

Bij deze behandelingen deden zich soms opmerkelijke complicaties voor. In dit artikel worden twee van deze complicaties beschreven. Er wordt gedetailleerd besproken op welke manier deze complicaties werden behandeld.

Een patiënt met een verlamming in het linkerbeen, die tijdens de behandeling een hyperkinetische bewegingsstoornis ontwikkelde in het gezonde been

Een 39-jarige vrouw werd verwezen naar de polikliniek psychiatrie in Delft in verband met een slappe verlamming van het linkeronderbeen. Het been was paars verkleurd (cyanose) en gezwollen (oedemateus). Ze bewoog zich voort met behulp van krukken. Patiënte was eerder neurologisch onderzocht wegens rugklachten, die al lange tijd bestonden. Op een bepaald moment, ongeveer twee jaar voor de aanmelding, was de pijn plotseling van karakter veranderd. De pijn straalde nu uit naar het linkeronderbeen en de kracht van dit been was vrijwel acuut verdwenen. Klinische observatie, verder neurologisch onderzoek, fysiotherapie en revalidatie brachten geen verbetering teweeg; het linkeronderbeen van patiënte bleef (slap) verlamd. Bovendien hield ze hardnekkige rugklachten op lumbaal niveau. Zeer tegen haar zin werd patiënte ten slotte door de neuroloog, die geen organische basis voor de klachten had kunnen vaststellen, naar de psychiatrische polikliniek verwezen. Bij binnenkomst zagen we een stuurse, er voor haar leeftijd jong uitziende vrouw, die het onderzoek in het begin in enige mate saboteerde. Op de vraag of ze het vervelend vindt bij een psychiater te komen, brandde ze los. Ze vond het een schande dat de neuroloog niet in staat was geweest de oorzaak van haar lijden te vinden, en haar als een geestelijk gestoorde, een aanstelster naar een psychiater had verwezen. Toen wij vertelden dat het ons slechts om een oriënterend onderzoek ging waarvan het doel was te kijken of er iets aan de pijn en de verlamming te doen was, kalmeerde ze enigszins. Tijdens het gesprek werd duidelijk dat patiënte jaren onder zware belasting had geleefd: ze had drie lastige kinderen in de puberteit, een baan voor vier halve dagen als huishoudelijke hulp, heftige conflicten met diverse familieleden, en een echtgenoot die als vrachtwagenchauffeur ook 's avonds veel weg was. Sinds de verlamming was zij aan huis gebonden; de echtgenoot had werk met normale werktijden gevonden. Bovendien kreeg zij gezinshulp. Diagnostisch leek de aandoening te voldoen aan de criteria voor conversiestoornis. Voor met de behandeling werd begonnen, moest mevrouw zover gebracht worden dat ze er enig perspectief in zag. Haar werd verteld dat haar lichamelijke klachten dusdanig gecompliceerd van aard zijn, dat de oorzaken ervan met de huidige diagnostische methoden nog niet kunnen worden opgespoord. Soms kunnen spanningen het lichamenlijk functioneren

verstoren, zodanig zelfs dat pijn of verlammingen ontstaan. Mevrouw kon zich met deze verklaring verenigen en was bereid mee te werken. Tijdens de derde zitting trad een complicatie op. De therapeut gaf de suggestie dat tijdens de herbeleving van diverse traumatische ervaringen uit de periode voorafgaande aan de klacht (de heftige ruzies met familieleden, de vernederingen die ze daarbij had moeten ondergaan) het mogelijk zou kunnen zijn dat het gevoel zou terugkomen of dat spierschokken in het verlamde linkerbeen zouden kunnen optreden. Terwijl u zich concentreert op die beweging hoeft u niet bang te zijn dat uw linkerbeen plotseling een grote beweging gaat maken, een schopbeweging. Als die impulsen weer naar de spieren en zenuwen gaan, zal zich dat vooral uiten in een minimale beweging naar voren of naar achteren, of in een samentrekking in een spiergroep. In aansluiting aan deze mededeling bewoog patiënte plotseling haar rechterbeen. Ze zat tijdens de zitting in een rolstoel en sloeg met haar hiel met een luide klap op de voetenplank. Deze beweging herhaalde zich tot het been met een frequentie van eenmaal per seconde opgetild werd, naar voren werd gestrekt en weer neerkletterde op de voetenplank. Nadat de therapeut deze ontwikkeling met enige zorg had waargenomen en geanalyseerd werd voor een utilisatietechniek gekozen: 'De schokken in het rechterbeen zijn een teken dat het onbewuste actief is met het verwerken van de emoties.' Vervolgens krijgt patiënte het verzoek het rechterbeen te fixeren op de voetenplank en de energie in het been vast te houden en aldus alles te reserveren voor beweging in het linkerbeen. Geleidelijk slaagde zij erin de rechervoet op de voetenplank te houden en aansluitend ontstond een eerste beweging in het linkerbeen.

Een pseudo-epileptische aanval bij een vrouw met een waggelgang en een parese van het linkerbeen

Mevrouw De Jonge was een 42-jarige, ongehuwde vrouw. Vanaf haar negentiende werd zij met tussenpozen psychiatrisch behandeld voor depressies, angsten, pseudo-epileptische aanvallen en een acute stuporeuze toestand. De parese van het linkerbeen waarvoor ze werd aangemeld, ontstond na een inbraak in de winkel waar ze werkt. Van dit voorval was patiënte hevig geschrokken.

Tijdens de behandeling vertelde patiënte dat zij door een oom langdurig en ernstig seksueel was misbruikt. Ze had besloten dit nu ook aan haar naaste familie mee te delen. De complicatie die in hypnose optrad, vond in deze fase van de behandeling plaats.

Patiënte had vijf hypnosezittingen achter de rug, gericht op het herstel van haar loopfunctie. Bij het begin van de zesde zitting was ze zeer gespannen en gaf ze aan dat ze hoopte door de hypnose iets rustiger te worden. Nadat ze met behulp van handlevitatie in trance was gegaan vroeg de therapeute haar zich te concentreren op het gevoel van spanning en na te gaan wat haar zo gespannen maakte. Kort na deze interventie kreeg patiënte een aanval van vooral clonische spiersamentrekkingen, afgewisseld met enkele tonische spasmen. Ze viel van de stoel. Ze reageerde niet op het noemen van haar naam of op suggesties om uit trance te komen. Na de eerste schrik besloot de therapeute aan te sluiten bij wat er gebeurde en patiënte met indirecte en directe suggesties weer in haar normale bewustzijnstoestand te laten komen.

T: 'Ja, ik merk nu dat je lichaam heel veel spanning gaat ontladen. Een teken dat de spanning hoog opgelopen is, en dat de spieren dit niet meer kunnen opslaan. De spieren moeten de spanning kwijt. Een dergelijke ontlading komt vaker voor, ook bij anderen, juist als de spanning

te hoog is opgelopen. Belangrijk is dat je de spanning niet tegen moet houden. Laat haar er juist maar grondig uitgaan, zodat de spieren en het lichaam zich daarna kunnen ontspannen.' 'Juist, laat het maar gebeuren en wees niet bang wanneer het lijkt alsof je niet kunt praten of geen controle over bepaalde zaken in je lichaam hebt. Je zult altijd contact met mijn stem kunnen houden, hoezeer je mijn stem soms van veraf zult horen. Dat is tijdens deze toestand normaal. Zodra de spanning voor een groot deel uit je lichaam is zal je gewoon weer kunnen praten of je ogen open kunnen doen.

Er is één ding dat van groot belang is, straks, voor jezelf, en dat is dat deze spontane aanval begon toen ik je vroeg om na te gaan wat je deze spanning bezorgd had. Straks kunnen we daar in of buiten de hypnose over praten en kijken wat je daaraan kan doen... Ik merk nu dat de spanningen in de spieren gaan afnemen. Ja, adem maar rustig door en laat je lichaam maar prettig loom en ontspannen worden... en op het moment dat je zover bent, laat me dan horen welke gebeurtenissen of gevoelens nu zoveel spanning geven.'

'Het kan zijn dat als je er straks met mij over praat, de spieren opnieuw zullen verkrampen. Laat dat dan maar weer rustig gebeuren; je zult zien dat je spieren zich dan al sneller kunnen ontladen en ontspannen dan bij deze keer. Ja, als je wilt vertellen: ga je gang.'

Daarop vertelde patiënte dat zij, na concentratie op het gevoel van spanning, haar broer voor zich zag, die haar niet had geloofd en partij had gekozen voor de dader. Dit had geleid tot grote spanningen in de familie, die verdeeld was geraakt in twee kampen: voor of tegen de dader. Voor patiënte was dit extra vernederend geweest. Bovendien voelde ze zich schuldig dat er door haar verhaal onenigheid in de familie was ontstaan.

In de sessie daarna kwam deze complicatie nog eenmaal voor, en werd op dezelfde manier behandeld. De parese kon worden opgeheven, de waggelgang bleef in lichte mate bestaan.

Discussie

Reeds in de oudheid en de middeleeuwen werd gewaarschuwd voor de wisseling van de klachten die zich kunnen voordoen bij patiënten met een conversiestoornis. In de Griekse oudheid bestond de theorie dat de diverse sterk wisselende klachten ontstonden doordat de baarmoeder zich in het lichaam verplaatste (Abse, 1974). Abse verwijst naar een beschrijving van deze opvatting bij Plato. '(...) blijft datgene, wat wij moederschoot en baarmoeder noemen – en dat een levend wezen is binnenin en begerig naar het voortbrengen van kinderen – blijven die organen, ondanks de geschikte leeftijd geruime tijd zonder vrucht, dan verdragen zij zulks kwalijk en winden zij zich op. Hun substantie gaat overal in het lichaam ronddolen, verstopt de ademhalingsdoorwegen, belet de inademing, veroorzaakt de ergste ongemakken en verwekt allerlei andere ziekten (...).'

De term conversie wordt ten onrechte aan Freud toegewezen. Aan de term werden door Freud twee betekenissen gegeven: (a) het proces waarbij onverdraaglijke gedachten, ontstaan ten gevolge van traumatische seksuele ervaringen, getransformeerd worden in lichamelijke klachten; en (b) de ziekte conversiehysterie, waarmee hij een stoornis bedoelde die grote gelijkheid vertoont met de hier beschreven conversiestoornis (Mace, 1992).

Reeds in de middeleeuwen werd het begrip conversio gebruikt. Er werden in die tijd vrouwen beschreven die leden aan een ziektebeeld dat verstikking van de baarmoeder werd genoemd (Mace, 1992). Dit ziektebeeld had de neiging na een emotionele crisis zich tot diverse andere ziektebeelden te ontwikkelen, waarbij dus het ene ziektebeeld

zich als het ware in een ander converteerde. Het is niet moeilijk om in dit ziektebeeld opnieuw de hysterie te herkennen.

De complicaties zouden gezien kunnen worden als een dergelijke (tijdelijke) verandering van het klachtenpatroon.

Bij nadere analyse van de twee gevallen lijkt de behandelingssituatie van betekenis voor het ontstaan van de klachten. Bij de eerste patiënt werd indirect gesuggereerd dat het been (het 'zieke') een schopbeweging zou maken ('U hoeft niet bang te zijn dat uw linkerbeen (het zieke) plotseling een schopbeweging gaat maken (...)'). Als we rekening houden met de hoge hypnotiseerbaarheid van patiënten met een conversiestoornis (deze patiënt had de maximale score [5] op de Stanford Hypnotic Clinical Scale [SHCS] range 0–5) kan deze hypnotiseerbaarheid als verklaring voor de complicatie worden opgevat. Het is een voorbeeld van de grote bereidheid de suggesties van de therapeut op te volgen. Met het verlamde been kon dit blijkbaar nog niet, met het gezonde been wel. Uit onderzoek van Bliss (184) werd duidelijk dat patiënten met een ernstige conversiestoornis een uitzonderlijk goede hypnotiseerbaarheid hebben. Gemeten met de SHCS (form C, range 0–12) bleek deze gemiddeld $9,7 \pm 0,48$. Deze hypnotiseerbaarheid kan tot gevolg hebben dat patiënten bepaalde, niet als suggestie bedoelde, opmerkingen van de therapeut als richtlijn opvatten en aldus een ongewenste reactie vertonen.

Bij de tweede patiënte trad een pseudo-insult op, juist op het moment dat belevenissen gekoppeld aan incestervaringen tijdens de hypnose aan de orde kwamen. In de literatuur is er een significant verband gelegd tussen het hebben moeten ondergaan van fysiek of seksueel misbruik en het ontwikkelen van conversiestoornissen (Albach, 1993). Ook is er een verband aangetoond tussen juist het krijgen van (pseudo-epileptische) aanvallen en incestueuze ervaringen in het verleden (Morrison, 1989; Albach & Everaerd, 1992; Goodwin et al., 1989; Lewis & Berman, 1965; Gross, 1979; LaBarbera & Dozier, 1980).

Richtlijnen

Op grond van de literatuur en naar aanleiding van de ervaringen die tijdens het onderzoek zijn opgedaan, kunnen de volgende richtlijnen worden gegeven:

- Screen de patiënt voorafgaande aan de therapie op psychopathologie.
- Bereid de patiënt goed op de hypnose voor. Geef informatie en uitleg over hypnose in verband met irrationele gedachten of angsten.
- Maak de patiënt duidelijk dat, wat er ook gebeurt, de situatie onder controle is, en blijf kalm. De patiënt ervaart optredende complicaties als spontaan en onwillekeurig. Ze lijken er aanvankelijk geen invloed op te kunnen uitoefenen.
- Haal de patiënt niet uit de trance maar houd contact en blijf suggesties geven. Voor de patiënt kan het feit dat de therapeut hem uit de trance haalt betekenen dat deze zich niet capabel acht om met dergelijke moeilijke situaties om te gaan, waardoor de voortgang van de hypnosetherapie kan worden bemoeilijkt (Orne, 1965). Bovendien kan de therapeut op deze manier meer invloed uitoefenen op wat er gebeurt (Janet, 1925).

- Sluit aan bij wat er gebeurt met de patiënt. Dat wil zeggen, haak in op de aard van de verschijnselen die zich voordoen, hoe merkwaardig deze op het eerste gezicht ook lijken te zijn.
- Geef een verklaring over de oorzaak van het optreden van de complicatie en koppel daar de verschijnselen aan ('ingeklemde of verdrongen emoties ontladen zich door deze spierschokken/ krampen/andere schoksgewijze bewegingen; het lichaam laat nu de angst zien die toen – bijvoorbeeld tijdens een trauma – niet geuit kon worden; dit is een eerste doorbraak van zenuwprikkels en de daarbij behorende spierbewegingen', e.d.).
- Benoem wat er gebeurt als positief en als een verschijnsel dat zich vaker voordoet bij de behandeling van motorische conversieklachten, en probeer het optreden ervan als een stap in de richting van vermindering van klachten te formuleren.
- Geef posthypnotische suggesties hoe de patiënt zal gaan reageren als deze complicaties zich eventueel in volgende zittingen herhalen. Bijvoorbeeld dat de therapeut een goed contact zal kunnen blijven houden, of dat de patiënt bij het opnieuw optreden van de verschijnselen er sneller controle over zal kunnen krijgen.
- Wanneer de patiënt ook oefent met zelfhypnose is het goed om door te spreken welke oefeningen de patiënt wel of niet zal/mag doen en hoe hij zal reageren op het mogelijk opnieuw optreden van een complicatie.

Abstract

In this article two case reports are given in which patients with a conversion disorder developed a severe symptom during the treatment with hypnosis. The management of these undesirable effects of hypnotherapy are discussed and some guidelines are given to prevent the occurrence of these complications.

Referenties

- Abse, D.W. (1974). Hysterical conversion and dissociative syndromes and the hysterical character. In: S. Arieti (red.), *American handbook of psychiatry, vol. 3; Adult clinical psychiatry* (pp. 155–195). New York: Basic Books.
- Albach, F. (1993). *Freuds verleidingstheorie; incest, trauma en hysterie* (academisch proefschrift). Middelburg: Stichting Petra.
- Albach, F. & Evereard, W. (1992). Posttraumatic stress symptoms in victims of childhood incest. *Psychother. Psychosom.* 57, 143–151.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*, Washington DC: American Psychiatric Press.
- Bliss, E.L. (1984). Hysteria and hypnosis. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 172, 203–206.
- Janet, P. (1925). *Psychologica healing, vol 1*. New York: MacMillan. (Herdruk: Arno Press, 1976).
- Ford, C.V. & Folks, D.G. (1985). Conversion disorders: An overview. *Psychosomatics*, 26, 371–383.
- Goodwin, J., Simms, M. & Bergmann, R. (1989). Hysterical seizures in adolescent incest victims. In: J.M. Goodwin (red.), *Sexual abuse, incest victims and their families* (pp. 125–133). Chicago: Yearbook Medical Publishing.
- Gros, M. (1979). Incestuous rape: A cause for hysterical seizures in four adolescent girls. *American Journal Orthopsychiatry*, 49, 704–708.
- Hafeiz, H.B. (1980). Hysterical conversion: A prognostic study. *British Journal of Psychiatry*, 136, 548–551.
- Hoogduin, C.A.L., Dyck, R. van & Haan, E. de (1990). Behandeling van conversies met hypnose. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 32, 450–461.
- LaBarbera, J.D., & Dozier, J.E. (1980). Hysterical seizures: The role of sexual exploitatism. *Psychosomatics*, 21, 897–903.

- Lewis, W.C. & Berman, H.B. (1965). Studies of conversion hysteria. *General Archives of Psychiatry*, 13, 275–282.
- Mace, C.J. (1992a). Hysterical conversion. I: A history. *British Journal of Psychiatry*, 161, 369–377.
- Morrison, J. (1989). Childhood sexual histories of women with somatization disorder. *American Journal of Psychiatry*, 146, 239–241.
- Orne, M.T. (1965). Undesirable effects of hypnosis: The determinants and management. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 13, 226–237.
- Plato (z.j.). *Timaeus, of over de natuur*. (Nederlandse vertaling: De Win, 1978). In: *Plato, verzameld werk* (pp. 193–307). Antwerpen: De Nederlandse Boekhandel Baarn: Ambo.
- Scallet, A., Cloninger, C.R. & Othmer, E. (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.