



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

Insultprovocatie bij de diagnostiek van conversiestoornis met toevallen

Kees Hoogduin, Franny Moene, Gérard Näring, Jacques Sonneveld en Henk Brans*

Samenvatting

Patiënten met een conversiestoornis met insulten worden vaak ten onrechte als lijdend aan epilepsie gediagnosticeerd. De standaardprocedure voor de diagnose is het afnemen van een EEG bij de patiënt tijdens zo'n aanval. Toch komt het voor dat deze procedure geen afdoende uitsluitsel geeft. In dit artikel wordt een diagnostische procedure beschreven waarbij de therapeut een insult probeert op te wekken bij de patiënt bij wie een conversiestoornis vermoed wordt. Wanneer patiënten vervolgens een dergelijke aanval krijgen is het een methode die ertoe kan bijdragen conversieve insulten te onderscheiden van epileptische.

Inleiding

Niet-epileptische aanvallen worden met verschillende termen beschreven: functioneel, pseudo-epileptisch, hysterisch, psychogeen en conversief. Vanuit een psychiatrisch standpunt kiezen we voor een afgrenzing van het gebied tot de DSM-IV-term conversiestoornis met toevallen of insulten, of de ICD-10-term dissociatieve insulten.

De theorieën waarmee men het ontstaan van de conversie tracht te verklaren hebben een speculatief karakter. Goede empirische ondersteuning ontbreekt. Toch hebben de theorieën die in de loop der tijd stand wisten te houden, een belangrijk kenmerk gemeen. Het uitgangspunt is dat conversieverschijnselen ontstaan nadat men bepaalde gebeurtenissen, die als bedreigend of rampzalig worden beleefd, heeft meegemaakt. Hierbij kan worden gedacht aan eenmalige calamiteiten maar ook aan bedreigende omstandigheden die zich over jaren hebben uitgestrekt. Ondersteuning voor deze opvatting wordt onder andere geleverd door onderzoek bij incestslachtoffers en het voorkomen van conversieverschijnselen bij mannen in oorlogstijd.

Albach (1993) onderzocht het voorkomen van conversieverschijnselen bij incestslachtoffers (n=97) en bij een controlegroep (n=65). Het bleek dat de vrouwen uit de incestgroep significant vaker dergelijke verschijnselen hadden. Verlammingen, blindheid, doofheid, en dergelijke kwamen bij 26 procent van de incestslachtoffers en bij nul procent van de controlegroep voor. Voor flauwvallen was dit respectievelijk 28 procent en nul procent, voor 'hysterische aanvallen' waarbij geschopt en geschreeuwd werd en waaraan achteraf geen goede herinnering meer bestond, waren deze cijfers

* DR. C.A.L. HOOGDUIN, zenuwarts, is als hoogleraar psychopathologie verbonden aan de vakgroep Klinische Psychologie en Persoonlijkeidsleer van de KU Nijmegen. Hij is tevens managing-partner van de psychologenpraktijk HSK te Nijmegen.
DRS. F. MOENE, psycholoog, is werkzaam op de speciale conversieafdeling van het psychiatrisch centrum De Grote Rivieren te Dordrecht.
DR. G. NÄRING, psycholoog, is als universitair docent verbonden aan de vakgroep Klinische Psychologie en Persoonlijkeidsleer van de

respectievelijk 28 procent en drie procent. Indrukwekkende verschillen, hoewel vermeld moet worden dat er methodologisch veel op dit onderzoek is aan te merken, onder andere dat de onderzoekers bekend waren met de hypothese en de vraagstelling van dit onderzoek. Farley, Woodruff en Guze (1986) vonden bijvoorbeeld bij honderd gezonde kraamvrouwen ook een hoog percentage verlammingen, gevallen van flauwvallen en hysterische aanvallen, respectievelijk 22 procent, vijf procent en vier procent. Farley et al. lieten echter na te onderzoeken of incestervaringen (en verwante verschijnselen) een rol speelden.

Goodwin (1993) vermeldt dat 20 tot 50 procent van de patiënten met conversieve insulden incestslachtoffer zijn.

De stoornis geldt als zeldzaam bij mannen, behalve in oorlogstijd. 'Eine solche Fülle von männlicher Hysterie ist uns noch niemals geboten worden', merkt Binswanger op in zijn publicatie over de Kriegshysterie, naar aanleiding van zijn medische ervaringen met soldaten uit de Eerste Wereldoorlog (Binswanger, 1922). Carden en Schramel (1966) onderzochten twaalf Vietnam-soldaten met een conversiestoornis. In alle gevallen ontstonden de conversieverschijnselen vrij snel (binnen uren tot dagen) na een traumatisch incident (bijv. een bominslag) (zie Hoogduin, 1995b).

Iedere diersoort kent bepaalde gedragingen die van nature behoren tot een responsstelsel voor 'coping' met gevaar. De soort-specifieke verdedigingsresponsen (SSVR) van bijvoorbeeld de rat zijn: rennen, verstijfd zitten en vechten. Bolles (1969, 1970) stelde vast dat bepaalde gedragingen bij de rat gemakkelijker te conditioneren waren wanneer gebruik werd gemaakt van deze SSVR's. Zo bleek pedaal drukken door een rat in een proefopstelling veel moeilijker aan te leren als vermijdingsrespons dan rennen, rechtop staan (onderdeel van de vechthouding), of stilzitten ('freezing').

Er zijn aanwijzingen dat ook bij de mens dergelijke SSVR's bestaan. Net als bij de rat bestaat er naast vluchten en vechten nog een derde manier om met gevaar om te gaan. Wanneer de vijand te sterk is en vluchten niet meer kan kent de mens een niet specifieke reactie, zich uitend als het 'verstijfd' zijn van angst, klappertanden, schudden of neervallen van angst. Deze verschijnselen zien we ook bij de meeste diersoorten (Kretschmer, 1961). Deze fenomenen staan bij dieren bekend als "Totstellreflex" en 'Bewegungssturm'. Een voorbeeld van het eerste is de mus, die schijnbaar dood door de kat wordt binnengebracht en even later wegvliegt. Voorbeelden van het tweede: een vogel of een bij die op een zomerdag de huiskamer invliegt en vervolgens 'zonder nadenken' tegen muren en ramen opvliegt; of de wulp die zich als een invalide vogel gedraagt en liggend in het zand wat fladdert. We vinden deze fenomenen terug bij patiënten met een conversiestoornis: verlammingen, katalepsie, maar ook tremoren, schokken en pseudo-insulden.

Deze SSVR's blijken bij dieren onder bepaalde omstandigheden gemakkelijk op te wekken te zijn. Volgyesi (1938) bijvoorbeeld, was in staat bij de meest uiteenlopende diersoorten bovengenoemde fenomenen op te wekken.

Met behulp van hypnose zijn deze fenomenen bij personen met een hoge hypnotiseerbaarheid relatief gemakkelijk op te wekken. Tijdens gebedsgenezing (bijv. bij 'Jomanda') kunnen deze merkwaardige motorische fenomenen bij sommige

aanwezig worden waargenomen. De mensen 'zitten vast', verstijfd, anderen vertonen pseudo-insulten en liggen trekkend op de grond (Hoogduin, 1995a).

Diagnose

Het is moeilijk de conversieve insulten te onderscheiden van epilepsie. In 32 procent van de gevallen gaat epilepsie samen met conversieve insulten (Ramsay et al., 1993). Verder kunnen patiënten atypische insulten hebben bij een niet afwijkend EEG. In tien procent van de gevallen kan ook nog een afwijkend EEG gevonden worden bij patiënten met pseudo-insulten. Kloster (1993) onderscheidt naast epileptische insulten organische non-epileptische aanvallen. Onder deze laatste rangschikt hij onder andere syncope migraine en pathologische schrikreacties.

Tabel 1 Classificatie van niet-epileptische insulten (naar Kloster, 1993).

| Organische non-epileptische insulten | pseudo-epileptische insulten |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| - syncope | - conversie |
| - narcolepsie | - paniekstoornis |
| - hyperekplexia | - dissociatieve stoornis |
| - myoclonieën | - simuleren |
| - migraine | - nagebootste stoornis |
| - hypoglycaemie | - temper tantrums, woede-aanvallen |
| - alcohol black-outs | |

Differentiële diagnose

De diagnose epilepsie kan gesteld worden met behulp van de video- EEG-registratie waarop een gegeneraliseerd insult *en* kenmerkend EEG-patroon: ritmische piek-golf-complexen 3/seconde.

Helaas is zo'n EEG-patroon niet altijd goed te registreren:

- Het epileptische focus ligt te diep, maar wanneer er bewustzijnsverlies is, is er meestal spreiding naar de oppervlakte hetgeen wel reactie geeft op het EEG;
- Er kan veel verstoring zijn door de motorische activiteit, hoewel King et al. (1982) slechts tien procent van zijn opnamen als onbruikbaar kwalificeerde;
- Epileptische activiteit, zonder dat er een toeval plaatsvindt (interictaal), is niet altijd aan te tonen (in 98 procent van de gevallen overigens wel).

In alle gevallen dient er eerst een grondig neurologisch onderzoek plaats te vinden. Bij een negatief oordeel zijn er psychologische mogelijkheden voor verdere diagnostiek, zoals provocatie, bepaling van hypnotiseerbaarheid en 'memory recall' aan het laatste insult (Peterson et al., 1950). Porter (1993) geeft een goed overzicht van de differentieële diagnostiek tussen epilepsie en conversieve insulten (zie tabel 2

Tabel 2 Het onderscheid tussen epileptische en conversieve insulten (naar Porter 1993).

| Onderzoek | Epilepsie | Conversie |
|------------------------------|--------------------|------------------|
| Beeld | meestal typisch | bizar |
| EEG tijdens insult | wijkt af | normaal |
| EEG na insult | wijkt af | normaal |
| Relatie aanvallen medicatie | positief | negatief |
| Prolactinebepaling na insult | verhoogd 2–7× norm | niet verhoogd |
| Begin aanval | paroxysmaal | vaak geleidelijk |
| Postictale verwardheid | aanwezig | vaak aanwezig |
| Hypnotiseerbaarheid | normaal | hoog |
| Tongbeet | frequent | zelden |
| Urineverlies | frequent | zelden |
| Tijdstip | dag/nacht | dag |
| Verwonding | frequent | zelden |

).

Over de provocatie

Schwartz et al. (1955) bood 26 patiënten onder EEG-registratie van te voren verzamelde informatie aan over stressvolle gebeurtenissen, tezamen met de suggestie dat een insult zou optreden. Het ging om patiënten bij wie gedacht werd aan conversieve insulten. Tien van de 26 kregen ook een insult, dat gecoupeerd kon worden met suggesties. Dit laatste en het ontbreken van piek-golf-complexen op het EEG deed hem besluiten tot de diagnose 'psychogeen insult'. Een probleem is echter dat niet alleen bij patiënten met conversieve insulten deze insulten zijn op te wekken, maar ook bij patiënten met epilepsie (Fenwick, 1991). Het handelt hier om de zogenaamde 'reflex epilepsy', waarvan de fotosensitieve epilepsie (insulten die worden geprovoceerd door lichtflitsen) de bekendste is. Daarnaast blijkt uit het overzicht van Fenwick dat twee tot 25 procent van de insulten te provoceren zijn door licht, geluid, geuren, huidsensaties en psychische activiteiten, zoals bijvoorbeeld het denken aan droevige gebeurtenissen.

De psychogene epileptische insulten zijn uit wetenschappelijk standpunt zeer interessant. Fenwick beschrijft een patiënt die epilepsie had na een doorgemaakte meningitis en in staat was door aan droevige dingen te denken genuïne epileptische insulten op te wekken.

Er zijn drie belangrijke indicaties voor de provocatie:

- 1 om de diagnose epilepsie te kunnen uitsluiten;
- 2 om de conversieve insulten te kunnen differentiëren van de epileptische insulten bij dezelfde patiënten;
- 3 als eerste start van een behandeling: Het kunnen opwekken van insulten betekent in staat zijn invloed uit te oefenen en dit geeft een aanknopingspunt voor verdere behandeling.

Voorbeelden

- 1 *Een twaalfjarige jongen wordt aangemeld in verband met paniekaanvallen met hyperventilatie. De klachten zouden sinds een jaar bestaan en de aanvallen zouden vooral 's nachts optreden. Neurologisch onderzoek en EEG vertoonden geen afwijkingen. De neuroloog stuurde patiënt door naar de afdeling psychiatrie. Bij nadere analyse wordt duidelijk dat de aanvallen vooral 's nachts optreden en ook een keer, terwijl hij een steile voetbrug afliep, een dergelijke aanval te hebben gekregen, waarbij hij zijn arm brak. De ouders vertellen dat ze kunnen zien wanneer hij 's nachts weer 'paniekaanvallen' heeft gehad; zijn bed blijkt dan volledig in de war te liggen. Steunend op het recente neurologisch onderzoek wordt een behandeling gestart. Er wordt gepoogd de lichte spanningsklachten waarover patiënt ook klaagt te verminderen. Na een tiental weken blijkt de behandeling geen resultaat te boeken. Ook uit verdere analyses komt eigenlijk niets naar voren dat dergelijke ernstige klachten kan verklaren. Er wordt besloten tot een paniekprovocatie door middel van hyperventilatie. Reeds na twee minuten hyperventileren ontwikkelt de jongeman een gegeneraliseerd epileptisch insult met tonische en klonische krampen, speekselvloed en een postictale verwardheid. Na enige minuten treedt herstel op, al blijft de jongen wat doezelig. Patiënt wordt opnieuw naar de neuroloog gestuurd met de vraag om verder diagnostisch onderzoek te doen en in te stellen op een anti-epileptische medicatie. De neuroloog reageerde in eerste instantie afwijzend, toen hij hoorde dat patiënt had moeten hyperventileren, maar de daarbij gemaakte video-opname kon hem overtuigen. De jongeman werd ingesteld op anti-epileptische medicatie en hij was vrij van aanvallen.*
- 2 *De tweede patiënt, een 22-jarige vrouw, is in de ziektewet wegens epileptische aanvallen. Neurologisch onderzoek en EEG vertonen geen afwijkingen. Patiënte wordt naar ons verwezen in verband met een pseudo-epilepsie. Desgevraagd blijkt patiënte zich ook te verwonden tijdens de aanvallen. Er is geen tongbeet, geen incontinentie, maar wel blijkt ze op de wang meerdere keren schaafplekken gehad te hebben door het bewegen over een ruw oppervlak. Gelet op het negatieve resultaat van het neurologisch onderzoek wordt besloten patiënte met behulp van hypnose tot een provocatie van een dergelijke aanval te brengen. Patiënte en haar partner worden uitvoerig voorgelicht over de procedure hierbij. Er wordt afgesproken dat de daarop volgende week aan het eind van de dag, zodat er ruim tijd voorhanden is, een dergelijke aanval zal worden opgewekt. Daags voor de provocatie belt patiënte op met de mededeling dat de provocatie niet meer hoeft, omdat zij alles aan haar man heeft verteld. Op onze vraag wat ze precies heeft verteld, antwoordt ze dat ze het soms zo moeilijk had en dat ze dan met haar gezicht langs de muur schuurde en zei dat ze aanvallen had. Haar jongere zusje was bekend met epilepsie en epileptische aanvallen. Patiënte kon geen goede verklaring geven waarom ze deze dingen had verzonnen. Ze deelde mee geen verdere behoefte te hebben aan behandeling. Als diagnose werd gesteld: nagebootste stoornis.*
- 3 *Patiënt is een 23-jarige jonge vrouw, die samenwoont. Ze komt in verband met aanvallen waarbij ze tegen de grond slaat en zich geen raad weet. Neurologisch onderzoek en EEG vertoonden geen bijzonderheden. Patiënte leeft onder zeer belastende omstandigheden. Ze vertelt dat haar schoonmoeder niets met haar op heeft. Zij heeft altijd kritiek. Ze vindt, zo vertelt ze, haar geen goede partner voor haar zoon en ze probeert ons uit elkaar te krijgen. De spanningen lopen zo hoog op dat patiënte ten slotte soms, zoals ze zegt, epilepsie krijgt. Patiënte bezoekt de polikliniek in gezelschap van haar moeder. Haar moeder beaamt de zeer stressvolle omstandigheden waarin haar dochter momenteel verkeert. Als voorbeeld memoreert ze een recente ruzie bij de schoonfamilie thuis waarbij*

haar man ten slotte het huis had verlaten en patiënte een dergelijke aanval kreeg. Ze heeft geen tongbeet en geen urineverlies. Patiënte raakt geëmotioneerd bij het opnieuw bespreken van de gebeurtenissen van die avond. Besloten wordt, in overleg met haar en haar moeder, om te kijken of we een dergelijke aanval kunnen opwekken. We geven als uitleg, dat als we zo'n aanval kunnen opwekken, we misschien ook invloed kunnen uitoefenen en er misschien voor kunnen zorgen dat zo'n aanval een volgende keer korter duurt, of misschien zelfs uitblijft. Patiënte voelt de aanval aankomen doordat ze ineens een naar, licht gevoel in haar hoofd krijgt. Nadat patiënte in een gemakkelijke stoel heeft plaats genomen wordt er gevraagd de gebeurtenissen van die avond nog eens te bespreken. Er wordt steeds naar details gevraagd: wat haar schoonmoeder precies zei, wat haar reactie daarop was, enzovoort. Patiënte raakt bij het opnieuw vertellen van het gedetailleerde verhaal weer in moeilijkheden. Ze ademt een aantal keren diep en snel en glijdt dan uit de stoel op de grond. Aanroepen levert geen resultaat op en er wordt gekozen voor een indirecte suggestieve benadering. Aan haar moeder wordt uitgelegd wat er precies aan de hand is, wat de verschijnselen zijn en dat deze nu geleidelijk minder zullen worden; patiënte zal weldra met de ogen knippen en de ogen openen en dan geleidelijk terugkomen. Patiënte laat zich op deze manier helpen en enige minuten later zit ze nog wat natrillend in de stoel en ze is weer in staat tot adequate communicatie.

Tot besluit

Als illustratie volgt hier het verbatim verslag van een zitting waarbij niet alleen het insult wordt geprovoceerd, maar het insult ook met behulp van indirecte en directe suggesties weer wordt gecoupeerd.

De patiënt is een twintigjarige vrouw die ten gevolge van onbegrepen pijnen in de rug nog nooit heeft kunnen werken. Naast deze rugklachten, waarvoor zij ook al eens werd geopereerd, heeft ze al acht jaar last van toevallen. Ze is in een epilepsiecentrum onderzocht, maar epilepsie kon niet worden vastgesteld. Tijdens haar puberteit maakte ze een periode door waarin ze last had van paniekaanvallen.

Tijdens de provocatie zijn twee psychotherapeuten aanwezig. Tijdens het plaatsvinden van het insult werden suggesties gegeven door het woord te richten tot deze psychotherapeuten met informatie bestemd voor patiënte. Bijvoorbeeld: Je zult zien dat als patiëntes ademhaling rustig wordt haar rechterarm vanzelf ontspant en op de grond tot rust komt.

Tabel 2 Het onderscheid tussen epileptische en conversieve insulten (naar Porter 1993).

| | |
|---|--|
| T | En wat denk je nou als je aan je toekomst denkt? |
| P | Nou, ik denk toch dat die aanvallen een stuk minder worden, en dan wil graag gaan werken... |
| T | Dus als die aanvallen weg zijn, zeg je dan ga ik gewoon... |
| P | Ja, dan ga ik het huis uit. |
| T | Wat ga je dan doen? |
| P | Werken. |
| T | Wat voor werk? |
| P | Administratief werk. |
| T | Nou die aanvallen. Je hebt aanvallen dat je bij bewustzijn bent en dat je ligt te schokken. En je hebt aanvallen dat je helemaal weg bent en ook ligt te schokken. |
| P | Ja. |
| T | Zo was het, hè? En je kan die aanvallen niet voelen aankomen? |
| P | Nee. |
| T | Is het nou zo geweest dat er iets ergs met je gebeurd is en dat dan zo'n aanval daardoor ontstond? Dat je heel erg schrok of zo. |
| P | Nee. |
| T | Ben je opgenomen geweest in een epilepsiecentrum? |
| P | Ja, in Meer en Bosch. |
| T | Ja, want dan weet je dat sommige mensen dat hebben. Als ze schrikken vallen ze zo maar tegen de grond aan. Dat heb je niet? |
| P | Nee, ik zou dat zelf niet weten. |
| T | Nee, nee. Je hebt het meestal op woensdag. Is het nou zo dat je je 's woensdagochtends al vervelend voelt? Dat je denkt: Het is weer woensdag? |
| P | Ja, ik zie er wel tegenop, omdat ik weet dat het gaat gebeuren en daarna voel ik me ook nooit prettig. Maar ja, ik probeer er zo min mogelijk aan te denken en gewoon te doen zoals ik anders ook doe. Ik ga er niet op zitten wachten van... eh nou wanneer komt het. |
| T | Nee, maar ik kan me voorstellen als het iedere woensdag... |
| P | Nee, het is niet prettig. Maar ja, soms voel ik me maandag ook al rot, maar dan is het dinsdag weer over. Dus, ja, dat weet ik niet. |
| T | Soms voel je je maandag al rot? |
| P | Ja, net of er een aanval aan zit te komen, want ik heb het dus een tijdje gehad met medicijnen dat ik ze wel aan voelde komen en dan voelt het ook zo, maar dan gebeurt er niks... Dan komt het toch pas woensdag. |
| T | Ja maar dat moet je even goed uitleggen. Dus je hebt nu wel eens dat je je op maandag rot voelt... |
| P | Ja. |
| T | en dan denkt: het lijkt erop alsof er een aanval komt, maar dan komt ie niet. |
| P | Ja... het is een soort trekking in mijn arm en... Ja... een beetje tintelend gevoel. |
| T | Waar? |
| P | In mijn bovenarm vooral, hier aan de buitenkant. |
| T | En nerveus? |
| P | Ja, een beetje. |
| T | Een beetje dat je ook op je borst dat voelt, een beetje gespannen? |
| P | Ja, en heel warm. |
| T | Ja, warm en gespannen. |
| P | Ja, enne... ja gewoon een... gevoel. |
| T | Ja. Je weet het misschien of misschien niet, dat als je erin slaagt en dat geldt voor epilepsie, maar ook voor de soort aanvallen die jij hebt. Als je erin zou slagen om ze op te wekken, zelf, dan zal je ook erin kunnen slagen om weer controle te krijgen. |
| P | Ja. |
| T | Zou je het erg vinden als we dat nu zouden proberen? |
| P | Nee, als het helpt. |
| T | Nou, ik weet niet of het lukt, maar we zouden het kunnen proberen. |
| P | Ja. |

| | |
|---|---|
| T | Ja, de bedoeling is dat het helpt. |
| P | Ja. |
| T | Maar dan moet ik even precies weten van vroeger hoe het was als je een aanval kreeg. Dus dan had je een soort gespannen, nerveus gevoel. En was daar dan iets aan vooraf gegaan, of je had een nare dag gehad, of slecht geslapen, of...? |
| P | Nee. |
| T | En bij dat gevoel hoort dan een soort tintelingen in je linkerarm? |
| P | Ja, bovenarm. |
| T | Linkerbovenarm. Ja. |
| P | Heel erg transpireren. |
| T | En dan volgde transpireren. |
| P | Ja. |
| T | En wat dacht je dan bij jezelf? |
| P | Er zit er weer een aan te komen. |
| T | Ja, en werd je dan ook angstig? |
| P | Nee, niet echt. |
| T | Niet, of was het van... nou ja. |
| P | Ja, ik merk er zelf niets van eigenlijk, dus wat dat betreft kon ik het niet... |
| T | Nee, en... Maar je hebt wel tijd om te gaan liggen altijd? |
| P | Nee. |
| T | Donder je ook echt om? |
| P | Ja. |
| T | Dus we moeten wel even een goeie stoel voor je nemen. |
| P | Ja, ik ben al eens met mijn rug op een stoel gevallen. |
| T | Nou ja, ik zal een beetje in de buurt gaan zitten, als het gebeurt dan vang ik je wel op. Goed? |
| P | Ja... Ik krijg ook hartkloppingen. |
| T | Wanneer? Dan. |
| P | Dan, ja. |
| T | Ja, dus als je dit zo beschrijft, heb je vroeger ook al hyperventilatie-aanvallen gehad. |
| P | Ja, heel erg. |
| T | Daar heeft het iets van weg. Het lijkt niet echt, maar het lijkt een beetje erop, hè? Een soort gespannen, naar gevoel in je lichaam. |
| P | Ja. |
| T | Als je hyperventilatie had, had je het dan ook benauwd? |
| P | Ja, vreselijk benauwd. |
| T | Ja, en ook een andere ademhaling? |
| P | Ja, ik kon alleen maar inademen en niet meer uitademen. |
| T | En dat heb je niet meer? |
| P | Nee. Ik heb dat nu goed onder controle. Het gebeurt eigenlijk nooit meer. |
| T | Hoe doe je dat? |
| P | Gewoon op mijn ademhaling letten, rustig inademen en uitademen. Dat gaat goed, tot nu toe dus.&hrt;... |
| T | Als we het nou zo bekijken dan zie je eigenlijk dat in de periodes dat je je zo naar voelt soms een aanval doorzet. Op maandag niet, maar op woensdag wel.&hrt;Ik wil nu gaan proberen door aandacht te geven aan dat enge gevoel je als het ware te helpen die toestand bij jezelf teweeg te brengen. Dat vereist wel enige moed van je, als jij er maar vertrouwen in hebt dat het voor ons van belang is. Als we het kunnen opwekken, dan kunnen we je ook helpen om controle te krijgen. Als je controle hebt dan kun je sneller in je leven die dingen gaan doen die je wilt gaan doen.&hrt;Ja, ik zal je zeggen wat we gaan doen. Ik ga je nu vragen om je ogen dicht te doen en je te concentreren, hoe moeilijk het ook is, op die enge gevoelens. Ik zal je vragen op je ademhaling te letten. Kijken of je dat enge gevoel krijgt. Als het te erg wordt doe je je ogen open en dan houden we er gewoon mee op. Het moet geen ramp voor je worden. Maar als je zegt, ik houd het wel vol dan gaan we kijken of we zo'n aanval erdoor heen kunnen krijgen. Als die aanval komt zal ik wel proberen je eruit te halen. Als dat niet lukt... in het ergste geval duurt het 10 minuten, voordat je weer uit jezelf bijkomt, maar dan is het ons toch gelukt zo'n aanval op te wekken en dat is ook iets waard. |
| P | Ik heb het ook wel eens gehad dat er een tweede aanval kwam en die duurde maar vijf minuten. |

| | |
|---|--|
| T | Nou, laten we maar hopen dat dat zo is.–We gaan beginnen. Doe je ogen maar dicht. Neem maar een ontspannen houding aan. Ik ga je vragen je te concentreren op die enge gevoelens en dat is dat je jezelf voorstelt hoe het was op zo'n dag dat je je zo naar voelt, je eng voelt. Een beetje benauwd op de borst, en dat die ademhaling, zo... inademen gaat wel, maar uitademen gaat moeilijk. Een gespannen en nerveus gevoel. Rustig maar, we zijn hier bij je. Concentreer je maar op dat gevoel. En als je merkt dat je die tintelingen krijgt in je bovenarm, dan moet je het even zeggen. Ja, dat is nu aan de gang. Concentreer je nu op je bovenarm. |
| P | Ik krijg nu ook trekkingen in mijn linkergezichthelft. |
| T | Laat maar gaan, laat maar gaan. Ja, ik zie het nu ook. Ik zie het aan je schouders, aan je hoofd, aan je armen. Laat maar gewoon gaan. Rustig aan, rustig aan. Concentreer je op dat nare tintelende gevoel, dat zweterige. Ja, het hoofd trekt nu ook. Laat het allemaal maar rustig gebeuren. Rustig aan, we zijn bij je. Concentreer je op je schouder, je linkerarm en dat enge gevoel. [Nu begint de linkerlichaamshelft te schudden, de hele linkerlichaamshelft trilt nu]. Kun je me nog horen, kun je me nog horen? |
| P | Mja. |
| T | Kun je me nog horen? |
| P | Mmmja. |
| T | Kun je me nog horen? [Ze trekt nu helemaal weg. Het hoofd valt naar achter en begint nu te trillen. We leggen haar even op de grond, ze begint nu helemaal te trillen, ritmisch met armen en benen. Er komt speeksel uit haar mond. Ze heeft nu een aantal sterke schokken. Ze slaat met het hoofd tegen de grond. Ze schudt nog steeds met de armen, ze draait het hele lichaam om.]–Zo is het goed. Nu gaan we eens kijken. Ik pak je nu bij je hand. [Ze gaat nu erg schokken]. Ik pak je bij je hand. Zie jezelf te ontspannen. De ademhaling onbewust weer zoals die goed was, rustig en kalm. [Als het goed gaat zal ze zich ontspannen. Als de ademhaling goed gaat: ze ligt nu op de zijkant, dan glijdt ze vanzelf weer op haar rug. Dan zakt ze langzaam terug op haar rug en ontstaat er een sterke spierontspanning. Ze wordt helemaal slap. Als die ademhaling goed gaat... laat maar eens even kijken hoe het met die ademhaling gaat.]–Inademen... uitademen... [Kijk of ze nu naar haar rug draait, kijken of ze nu op haar rug terecht komt. Het kan langere tijd duren. Je merkt al dat de schouder langzaam naar de grond gaat. Goed opletten, want haar benen kunnen plotseling met een schok... Daar komt een schok. Ze draait nu in een keer op haar rug. Ik leg nu even haar benen goed. Nu ligt ze op haar rug. Nu die ontspanning. Nu kan ze die ademhaling doen zoals ze dat zelf heeft geleerd.] En inademen... en uitademen. Heel goed. Inademen... uitademen. [Je ziet dat de ademhaling rustiger wordt en verder ontspannen, helemaal slap. Als dat lukt gaat de linkerarm langzaam naar de grond.] Helemaal slap, helemaal slap, als een vaatdoek, zo slap als een vaatdoek. Als die linkerarm naar de grond gaat en die gaat langzaam naar de grond. Ja, hij valt nu op de grond. Nu de rechterarm, ook helemaal slap, ook naar der grond. Helemaal slap, naar de grond. De rechterarm, daar wachten we nog op. De ademhaling is goed en rustig. We wachten op die rechterarm, totdat die ook helemaal slap wordt. En als alles helemaal slap is, dan kan het zijn dat het bewustzijn langzaam weer terugkomt. We wachten eerst op die rechterarm tot die naar de grond gaat. [Ze krijgt een schok waardoor die rechterarm eigenlijk in de richting van haar heupen gaat, heel langzaam glijdt hij naar omlaag, totdat hij op de grond valt. Totdat hij op grond valt, heel langzaam zien we hem bewegen.] Heel langzaam, daar gaat hij en daar valt hij. Helemaal ontspannen. Alles valt van je af. Zo is het goed. En nu gaan we kijken naar de oogleden, we kijken of de oogleden gaan knipperen en dat het bewustzijn weer een beetje terug wil komen na een zware inspanning. Ja, daar gaat wat knipperen. Rustig aan. Het kan zijn dat je mijn stem hoort. Het is niet van belang. We zijn hier bij je en we wachten rustig af tot het bewustzijn weer terugkomt. En wat zien we, dat de ogen steeds meer gaan knipperen. Af en toe wat meer knipperen en dan weer wat licht toelaten. Neem er maar de tijd voor. De oogleden zijn nu goed in beweging. Je bent diep ontspannen, prettig ontspannen. Klaar na het zware werk. Ja, rustig aan maar. Nog een schokje. Kijken hoe het met de spanning is. Ik pak je linkerarm even. Ja hoor, die is goed ontspannen. Ah, daar gaan de ogen open. Hoor je mijn stem al? Eens kijken. Zeg maar ja, of knik maar met je hoofd, of... je hoeft niets te zeggen. Hoor je het geluid van mijn stem? [Ze reageert niet.] Nog even geduld dan maar. Zo is het goed. Nog maar eens een keer de ogen open. Doe ze nog maar eens even open. Zo is het goed. Ja hoor, zo is het goed. Nu beweeg je je mond weer. Ik zal eens kijken of ik je overreind kan helpen. [Ze beweegt zelf spontaan haar linkerarm. Ze praat ook weer zachtjes.] Kom maar eens even hier. Kom maar, we zullen eens kijken of we je op de stoel kunnen zetten. Ben je nog zo slap, of gaat het wel. |
| P | Het gaat wel [slurring speech]. |
| T | Zo, nou daar kunnen we wel tevreden over zijn, hè? Het was gelukkig een korte. |
| P | (Knikt.) |
| T | Ten minste... je hebt zelf ook die indruk? En nu ben je helemaal wazig? Alsof je gedroomd hebt. |
| P | Ja. |
| T | Heb je mijn stem kunnen horen, of was je af en toe helemaal weg, alsof je lag te slapen. Kijk me nog eens aan. Weet je nog wie ik ben. |
| P | Ja. |
| T | Ja, je kent me wel van net. Weet je wat we gedaan hebben? We probeerden een aanval op te wekken. En dat is gelukt en dat is van belang. Dat is echt van groot belang. Als wij dat kunnen, kunnen we je ook helpen in de toekomst te leren hoe je daarmee om moet gaan. –Heb je nu zin om even te slapen? |
| P | Ja, ik ben wel moe. |

| | |
|---|---|
| T | Kijk voor ons is het van groot belang. We hebben het goed kunnen opnemen. Dat betekent dat we ook kunnen analyseren hoe we je kunnen helpen. |
| P | Ja, ik ben nog steeds een beetje uit mijn doen. |
| T | Het was ook een beetje eng, hè? Nou ja, we zijn erbij en we weten precies wat we moeten doen. Geen reden voor erge zorgen, maar het is altijd een beetje eng. Ik vind wel dat je heel goed meewerkte. Sommige mensen zijn zo bang dat ze dat niet durven, maar dat was bij jou gelukkig niet zo.&hrt;Bij deze patiënte was het relatief eenvoudig de aanval op te wekken. Suggesties van ontspanning en zwaarte leidden tot een beëindiging van de aanval. Goed beschouwd vertoont de gehele procedure grote overeenkomsten met een hypnoseprocedure. Na een inductie (met een insult) volgen suggesties die door patiënte worden opgevolgd. Deze gang van zaken opent perspectieven voor de behandeling. Immers, op deze manier zou patiënte kunnen leren zelf gedurende de bijzondere toestand van het insult controle te krijgen over de gebeurtenissen. |

Abstract

Patients with a conversion disorder with fits are often misdiagnosed as having epilepsy. The standard for making the diagnosis is considered to be a video recording of an attack during electroencephalographic monitoring. Nevertheless these procedures can lead to errors. In this article a diagnostic procedure is given in which the therapist induces seizures in patients with presumed conversion disorders. When patients experience a typical fit it is a way to differentiate between conversive and epileptic seizures.

Referenties

- Albach, F. (1993). *Freuds verleidingstheorie: incest, trauma, hysterie* (dissertatie). Amsterdam.
- Aldenkamp, A.P., & Mulder, O.G. (1989). Some considerations on diagnosis and treatment of pseudo-epileptic seizures in adolescents. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 4, 81–90.
- Binswanger (1922). Die Kriegshysterie. In: O. von Schjernig (red.), *I Handbuch der ärztlichen Erfahrungen in Weltkrieg 1914/1918*, Band IV (pp. 45–68). Leipzig: Barth Verlag.
- Bolles, R.C. (1969). Avoidance and escape learning: Simultaneous acquisition of different responses. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 68, 355–358.
- Bolles, R.C. (1970). Species-specific defence reactions and avoidance learning. *Psychological Review*, 71, 32–48.
- Carden, N.L., & Schramel, D.S. (1966). Observations of conversion reactions seen in troops involved in the Vietnam conflict. *American Journal of Psychiatry*, 123, 21–32.
- Farley, J., Woodruff, R.A., & Guze, S.B. (1968). The prevalence of hysteria and conversion symptoms. *British Journal of Psychiatry*, 114, 1111–1125.
- Fenwick, P. (1991). Evocation and inhibition of seizures: Behavioral treatment. In: D.B. Smith, D.M. Treiman & M.R. Trimble (red.), *Advances in neurology*, vol. 55. *Neurobehavioural problems in epilepsy* (pp. 163–184). New York: Raven Press.
- Goodwin, J.M. (1993). Childhood sexual abuse and non-epileptic seizures. In: A.J. Rowan & J.R. Gates (red.), *Non-epileptic seizures* (pp. 181–192). Boston: Butterworth-Heinemann.
- Hoogduin, C.A.L. (1987). Motivering voor psychotherapie bij patiënten met een somatoforme stoornis. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 13, 15–19.
- Hoogduin, C.A.L. (1995a). Over de geneeskunst van Jomanda. *Hypnotherapie*, 3, 17–21.
- Hoogduin, C.A.L. (1995b). Conversie. In: W.T.A.M. Everaerd et al. (red.), *Handboek klinische psychologie* (pp. 2–22). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- King, D.W., Gallagher, B.B., Murvin, A.J., Smith, D.B., Marcus, D.J., Hartlage, L.C., & Ward, L.C. (1982). Pseudoseizures: Diagnostic evaluation. *Neurology*, 32, 18–23.
- Kloster, R. (1993). Pseudo-epileptic vs. epileptic seizures: A comparison. In: L. Gram, S.I. Johannessen, P.O. Osterman, & M. Siilnpää (red.), *Pseudo-epileptic seizures* (pp. 3–16). Petersfield, UK/Bristol, PA, USA: Wrightson Biomedical.
- Peterson, D.B., Sumner, J.W., & Jones, G.A. (1950). Role of hypnosis in differentiation of epileptic from convulsive-like seizures. (Reader at the 106th annual meeting of the American Psychiatric Association). Detroit, Michigan.

- Porter, R.J. (1993). Epileptic and non-epileptic seizures. In: A.J. Rowan & J.R. Gates (red.), *Non-epileptic seizures* (pp. 9–20). Boston: Butterworth-Heinemann.
- Ramsay, R.A., Cohen, A., & Brown, M.C. (1993). Coexisting epilepsy and non-epileptic seizures. In: A.J. Rowan & J.R. Gates (red.), *Non-epileptic seizures* (pp. 47–54). Boston: Butterworth-Heinemann.
- Sahlholdt, L. (1993). Psychological aspects of treatment. In: L. Gram, S.I. Johannessen, P.O. Osterman & M. Siilanpää (red.), *Pseudo-epileptic seizures* (pp. 75–80). Petersfield, UK/Bristol, PA, USA: Wrightson Biomedical.
- Schwartz, B.E., Bickford, R.G., & Rasmussen, W.C. (1955). Hypnotic phenomena, including hypnotically activated seizures; Studies with the electroencephalogram. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 122, 564–574.