



[www.DirectieveTherapie.nl](http://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](mailto:info@gedachtenuitpluizen.nl)

# De behandeling van een jonge vrouw die niet kan blijven staan

*Kees Hoogduin en Marc Verbraak\**

## Inleiding

Patiënten met een conversiestoornis met als belangrijkste symptoom dat zij niet meer kunnen blijven staan, kunnen meestal ook niet goed lopen. Deze psychogene astasia cum abasia is een van de meest voorkomende conversiestoornissen. Astasia (niet kunnen staan) als enige symptoom is nogal zeldzaam.

De differentiële diagnostiek tussen een neurologische en een psychogene bewegingsstoornis is niet eenvoudig. Psychologen en psychiaters doen er goed aan de diagnostiek over te laten aan de neuroloog. De kans dat deze na een neurologisch onderzoek, een MRI en onderzoek van het hersenvocht (liquor cerebrospinalis) alsnog een bestaande neurologische aandoening over het hoofd ziet, is relatief gering. Halverwege de vorige eeuw werd voor 25-60% van de conversiepatiënten na specialistisch onderzoek alsnog een neurologische verklaring voor de klacht gevonden (Weintraub, 1983). Recent bleek dit als gevolg van een verbeterde diagnostiek onder de 10% te liggen (Moene et al., 2000).

Er bestaan aanwijzingen dat de motorische conversiestoornis ontstaat door een breuk (lees: dissociatie) in de verbindingen tussen het impliciete (automatische) en expliciete (intentionele) informatieverwerkingsstelsel. Hierdoor heeft de bewuste intentie (bijvoorbeeld om te gaan lopen) geen opvolging in het impliciete systeem en vindt er geen automatische opstart van het lopen plaats (Roelofs, 2002). Gebruik leren maken van alternatieve zoekstrategieën om dit automatische proces weer op te starten, vormt de basis van een aantal behandelprocedures die met succes zijn toegepast bij patiënten met een conversiestoornis. Ze stellen de patiënten weer in staat toegang te vinden tot het meer impliciete systeem en de daarbij horende automatismen. Zo kan het gunstige effect van hypnose bij de behandeling van patiënten met een conversiestoornis verklaard worden doordat daarbij ook alternatieve, associatieve verbindingen worden gelegd (Moene, Spinhoven, Hoogduin, & Van Dyck, 2003).

Een bijzondere toepassing bestaat uit de zogenaamde catalepsie-inductie. Dit is een toestand van de spieren die bekend staat als tonische immobiliteit. Deze toestand van de spieren kan met behulp van suggesties tijdens hypnose maar ook direct tactiel opgewekt worden. De procedure om een arm cataleptisch te maken verloopt als volgt: de therapeut pakt de pols van de patiënt en brengt de onderarm in een horizontale positie, waarbij de pols met beide handen vastgehouden wordt – de duimen op de pols

---

\* PROF. DR. C.A.L. HOOGDUIN, zenuwarts, is lid van de directie van de HSK Groep. Tevens is hij hoogleraar psychopathologie aan de Radboud Universiteit, Nijmegen, sectie Klinische Psychologie en Persoonlijkeidslere. E-mail: c.a.l.hoogduin@hsk.nl.  
DR. M.J.P.M. VERBRAAK, klinisch psycholoog/psychotherapeut, is hoofd onderzoek van de HSK Groep. Tevens is hij hoofdopleider GZ-psychologen van het SPON/ACSW Radboud Universiteit, Nijmegen, en behandelteamcoördinator van het team Angststoornissen te Almelo bij Adhesie GGZ Midden-Overijssel.

de vingers eronder. De therapeut drukt de onderarm afwisselend naar onder en naar boven. Ondertussen wordt er afwisselend met de duimen en vingers een druk uitgeoefend die tegengesteld is aan de richting van die beweging. Na enige minuten ontstaat er in die arm zo een gevoel van verstijving en een voorkeur de arm in die bepaalde stand te houden. Uit onderzoek is gebleken dat er een dissociatie van die arm optreedt (zie discussie).

Catalepsie-inductie werd eerder succesvol toegepast bij patiënten met respectievelijk duizeligheidsklachten, een generaliseerde ataxie en een tremor van de handen (Hoogduin & Van de Kraan, 1987).

---

### **Casus mevrouw Veenstra**

*Mevrouw Veenstra, 30 jaar oud, werkt als accountmanager bij een landelijke organisatie. Zij is gehuwd, er zijn geen kinderen. In 2000 krijgt mevrouw last van duizeligheid die bestaat uit een zweverig gevoel zonder draaisensaties. (Dit laatste kan een aanwijzing zijn voor een organische verklaring van de duizeligheid.) Provocerende factoren, zoals plotseling omhoogkijken of opstaan, hebben geen relatie met de duizeligheid. (Dit laatste kan opnieuw een aanwijzing zijn voor een organische verklaring.) Op neurologisch vlak worden er geen afwijkingen vastgesteld, evenmin bij een CT-scan van de hersenen. Ook oorheelkundig (in het evenwichtsorgaan) worden geen afwijkingen gevonden.*

*Vier jaar later wordt mevrouw aangemeld voor psychotherapie. De klachten blijken sinds 2000 in wisselende mate aanwezig. Ze voelt zich slap; ze heeft vooral het idee dat de kracht van de spieren in haar benen afneemt, waardoor ze bang is door de benen te zakken. Ook voelt ze haar benen niet goed meer en tintelen ze. Ze is echter nooit gevallen. Haar remedie om niet door haar benen te zakken, bestaat eruit eerst de beenspieren sterk aan te spannen, vervolgens ook de bilspieren en ten slotte ook haar anus en bekkenbodemspieren. Dit kost haar veel inspanning en de angst dat ze opeens toch door de benen zal zakken, is er nog steeds. Dit heeft tot gevolg dat ze situaties vermijdt waarbij ze enige tijd moet blijven staan, zoals recepties en een rij voor een kassa.*

*In de periode voorafgaande aan haar klachten waren er zowel privé als op het werk problemen. Ze heeft zich jarenlang overbelast gevoeld door haar werk en ze had een conflict met haar leidinggevende. Thuis waren er problemen in de relatie. Inmiddels is de situatie verbeterd: de relatieproblemen zijn opgelost en reorganisaties op de werkvloer hebben de spanningen omtrent haar baan weggenomen.*

*Bij het eerste onderzoek komt ze over als een stevige, gezonde dame die gedecideerd haar problemen formuleert. Er zijn geen aanwijzingen voor een angststoornis of een depressieve stoornis en ze voldoet niet aan de criteria voor een somatisatiestoornis. De diagnose wordt gesteld op een conversiestoornis en als behandelingsstrategie wordt gekozen voor het protocol onverklaarde lichamelijke klachten volgens Speckens, Spinhoven en Van Rood (2004). Na 18 zittingen wordt de behandeling afgesloten. Op de SCL-90 (Arrindell & Ettema, 2003) is een bescheiden klachtenreductie bereikt van 186 naar 152. Dat is niet genoeg en mevrouw wordt vervolgens bij ons aangemeld.*

*De patiënte vertelt dat zodra ze gaat staan, haar benen inwendig beginnen te tintelen en warm worden. Bij het staan spant ze al haar spieren aan. Dit laatste kost haar zoveel inspanning dat ze zich vermoeid en uitgeput voelt en tot weinig meer in staat is. Het is niet onwaarschijnlijk dat ze de stoornis onder invloed van spanning en stress al jaren geleden heeft ontwikkeld. Haar oplossing (de verstoorde sensorische informatie en het beleefde krachtverlies in de benen te ondervangen door het krachtig aanspannen van willekeurige*

*spieren) heeft ertoe geleid dat het normale, automatisch verlopende proces van staan is vervangen door een heel intentioneel en bewust staan. De behandeling bestaat eruit het geautomatiseerde proces van staan weer te herstellen. De catalepsie-inductie is daarvoor een uitermate geschikte optie. Door catalepsie is het mogelijk een toestand van de spieren te bewerkstelligen die door de personen als een soort verstijving wordt beleefd. Hierdoor wordt het mogelijk om een arm of een been lang zonder inspanning in een bepaalde positie te handhaven. Perfect dus om langere tijd te staan.*

Sacerdote (1970, 1977) beschreef een techniek om catalepsie in de arm te bewerkstelligen. Hij noemde deze techniek '*conducted reversed hand levitation*'. De uitvoering beschreef hij als volgt: de patiënt zit met de elleboog steunend op de stoelleuning. De therapeut neemt de pols tussen duim en wijsvinger en tilt de onderarm op tot deze in verticale positie is. Door nu de arm wisselend te ondersteunen en weer los te laten, ontstaat geleidelijk aan een toestand van catalepsie. Het verschijnsel ontstaat waarschijnlijk ten gevolge van een activering van de diverse posturale reflexen (Sacerdote, 1970). Deze posturale reflexen zorgen er bijvoorbeeld voor dat de spieren van de benen door contracties van zowel de extensoren als de flexoren in een toestand komen dat ze het lichaam kunnen dragen. Wanneer dit op kunstmatige wijze wordt bewerkstelligd, beleeft de proefpersoon de arm, het been of de romp als verstard en verstijfd. Deze techniek is in de loop der jaren geperfectioneerd. De onderarm wordt in horizontale houding vastgepakt en nauwelijks merkbaar omhoog en omlaag bewogen. Bij het naar boven bewegen geeft de therapeut tegendruk met de duim, bij het omlaag bewegen met de wijsvingers. Suggesties dat er een gevoel van verstijving op zal gaan treden, kunnen het tempo waarin de catalepsie optreedt bevorderen. Zo ontstaat meestal binnen enkele minuten de catalepsie in de onderarm (Hoogduin & Van de Kraan, 1987).

---

### **Vervolg casus mevrouw Veenstra**

*Bij mevrouw Veenstra bestaat de behandeling in eerste instantie uit vier zittingen. Tijdens de eerste zitting worden eerst de armen en vervolgens de benen in een cataleptische toestand gebracht. Mevrouw blijkt al snel in staat meerdere minuten 'zonder problemen' als een soort standbeeld te kunnen blijven staan.*

*De tweede zitting komt ze op ons verzoek samen met haar partner. Nadat de partner eerst zelf een catalepsie-inductie heeft ondergaan, leren wij hem de catalepsie bij zijn partner te induceren. Dit lukt de heer Veenstra vrij gemakkelijk. De zitting wordt afgesloten met opnieuw een oefening, waarbij mevrouw in cataleptische toestand in staat blijkt minutenlang zonder spieraanspanningen te blijven staan. Ze krijgt de instructie om vijf- tot tienmaal per dag samen met haar partner de catalepsieoefeningen uit te voeren. Dit heeft als doel de cataleptische toestand tot een gewoonte te maken, waarbij ze uiteindelijk binnen enkele seconden ook zelfstandig catalepsie in haar benen kan induceren. Op zitting drie blijkt ze daartoe in staat en de angst om ergens enige tijd te moeten staan, is duidelijk afgenomen. Op zitting vier, zes weken na de start van de behandeling, is mevrouw in staat zonder problemen te staan. Ook de tintelingen en de warmtesensaties in de benen zijn vrijwel verdwenen. De score op de SCL-90 is verder gedaald van 152 tot 93 – ter vergelijking: de gemiddelde score voor de gewone bevolking ligt tussen de 113-123 (Arrindell & Eetema, 2003). Bij de follow-up twee maanden later gaat het nog steeds erg goed met haar: ze heeft geen problemen met staan en blijkt ook nauwelijks meer te oefenen.*

Zes maanden later echter meldt zij zich weer op de polikliniek: haar klachten zijn gedeeltelijk teruggekeerd. Het lukt haar niet goed meer zelf de catalepsie toe te passen. In dezelfde zitting induceert de behandelaar opnieuw de catalepsie, waarna blijkt dat ze al snel weer goed kan staan.

Mevrouw wordt daarna opnieuw geïnstrueerd om zichzelf staande te houden. En dat lukt. Desalniettemin bereikt ze niet het klachtenvrije niveau van daarvoor en na een zestal zittingen wordt er geen verdere verbetering meer bereikt. De behandeling wordt uiteindelijk met een klachtenreductie van ongeveer 50% afgesloten. Er wordt afgesproken na enige tijd een nieuwe behandel poging te zullen doen.

## Discussie

Uit recent onderzoek is gebleken dat proefpersonen bij wie in een arm catalepsie is geïnduceerd, een variëteit aan dissociatieve verschijnselen vertonen, zoals paresthesieën, verminderde sensorische sensaties en een verminderd bewustzijn van de arm. Wanneer we dat vergelijken met de andere, niet-cataleptische arm dan blijkt dat significant te verschillen (Hagenaars, Roelofs, Hoogduin, & Van Minnen, 2006). Deze verschijnselen blijken significant te correleren met de hypnotisch geïnduceerde arm-immobilisatie, een procedure die deel uitmaakt van het bepalen van de hypnotiseerbaarheid met de 'Stanford Hypnotic Susceptibility Scale'. Bij patiënten met conversieve klachten op het gebied van coördinatie en beheersing van de musculatuur wordt de suggestieve werking van deze techniek benut. Deze mensen klagen immers over gebrek aan controle.

Met behulp van de techniek wordt immobiliteit door de therapeut bewerkstelligd. Hierdoor ontstaat ook een verandering in de pathologische sensaties in het lichaamsdeel, in dit geval van de benen. Tijdens de catalepsie beleeft de patiënt de benen anders. Er is sprake van een zekere, geautomatiseerd optredende stijfheid, waardoor staan weer vanzelf lijkt te gaan. De hier beschreven strategie is op te vatten als een alternatieve route voor het aanspreken van het impliciete systeem, waarna spontaan de normale automatisch verlopende motorische processen weer plaatsvinden.

## Referenties

- Arrindell, W.A., & Ettema, J.H.M. (2003). *SCL-90. Handleiding bij een multidimensionale psychopathologie-indicator*. Lisse: Swets & Zeitlinger BV.
- Hagenaars, M., Roelofs, K., Hoogduin, C.A.L., & Minnen, A. van (2006). Motor and sensory dissociative phenomena associated with induced catalepsy. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54, 234-244.
- Hoogduin, C.A.L., & Kraan, V. van de (1987). De toepassing van katalepsie bij conversie. *Directieve Therapie*, 7, 301-309.
- Moene, F.C., Landberg, E., Hoogduin, C.A.L., Hertzberger, L., Weeda, J., Kleyweg, R., & Spinhoven, Ph. (2000). Organic syndromes diagnosed as conversion disorder: Identification and frequency in a study of 85 patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 7-12.
- Moene, F., Spinhoven, Ph., Hoogduin, C.A.L., & Dyck, R. van (2003). A randomized controlled clinical trial of a hypnosis-based treatment for patients with conversion disorder, motor type. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 51, 29-50.
- Roelofs, K. (2002). *Disturbed information processing in conversion disorder. An empirical evaluation of dissociation theory*. Nijmegen: Academisch proefschrift.
- Sacerdote, P. (1970). Theory and practice of pain control in malignancy and other protracted or recurring painful illnesses. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 18, 160-180.

- Sacerdote, P. (1977). Application of hypnotically elicited mystical states to the treatment of physical and emotional pain. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 25, 309-324.
- Speckens, A.E.M., Spinhoven, Ph., & Rood, Y.R. van (2004). Protocollaire behandeling van patiënten met onverklaarde lichamelijke klachten: Cognitieve gedragstherapie. In: G.P.J. Keijsers, A. van Minnen, & C.A.L. Hoogduin (red.), *Protocollaire behandelingen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg I* (pp. 183-218). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Weintraub, M.I. (1983). *Hysterical conversion reactions. A clinical guide to diagnosis and treatment*. Jamaica, N.Y.: Spectrum Publications Inc.