



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

notities uit de praktijk

Een adolescent met een schokkende arm: conversieve myoclonische dystonie

Kees Hoogduin

SAMENVATTING Patiënten met een conversiestoornis vertonen nogal eens zeer bizarre symptomen. In deze gevalsbeschrijving worden de diagnose en behandeling van een 14-jarig meisje met een dag en nacht schuddende arm beschreven. Bij de behandeling is gebruikgemaakt van katalepsie-inductie. De behandeling was succesvol. Bij follow-up anderhalf jaar later was zij nog steeds klachtenvrij.

Inleiding

Dystonia of dystonie is een aanhoudende spiercontractie, die meestal leidt tot een afwijkende houding door een abnormale verdraaiing van de betrokken spieren of spiergroepen. Myoclonieën zijn plotselinge schoksgewijze contracties van spieren. De hier beschreven patiënte vertoonde beide verschijnselen. De aangedane arm vertoonde afwisselend zowel kortdurende myoclonieën als de langer aanhoudende dystone verkrampingen. Bij de patiënte was geen neurologische basis voor de klachten gevonden. Vandaar de diagnose 'conversieve myoclonische dystonie'.

De conversiestoornis is een relatief weinig voorkomende stoornis. Een voorzichtige schatting meldt een voorkomen van ongeveer één promille; in Nederland komen zo'n 15.000 tot 20.000 gevallen voor. Bij de conversiestoornis gaat het om klachten die een neurologische stoornis doen vermoeden, maar waarvoor geen lichamelijke oorzaak wordt gevonden. Er zijn aanwijzingen voor een relatie met trauma en stress en de symptomen zijn niet intentioneel of gesimuleerd. Patiënten met een conversiestoornis vertonen vaak een wonderlijk beeld. De

PROF. DR. C.A.L. HOOGDUIN, zenuwarts, is adviseur van de HSK Groep. Tevens is hij voorzitter van de VGCT. E-mail: c.a.l.hoogduin@hsk.nl.

hier voorgestelde patiënte maakt daarop geen uitzondering. Op het moment van aanmelding heeft zij een schuddende arm die 24 uur per dag, tien- tot twaalfmaal per seconde beweegt.

In deze gevalsbespreking zullen de diagnostiek en de behandeling van dit meisje worden besproken. Onbekendheid met de stoornis en gebrek aan ervaring met de behandeling van dergelijke patiënten hebben vaak een langdurige zoektocht naar een effectieve behandeling tot gevolg.

De gevalsbeschrijving

Janneke wordt aangemeld voor de behandeling van een continu schokken en trillen van haar rechterarm en -hand. De klachten zijn bijna twee jaar geleden begonnen; ze was toen 12 jaar oud. Ze ontstonden zonder duidelijke aanleiding. In het begin waren de klachten nog wisselend aanwezig, maar na enige dagen ontstond het huidige ziektebeeld. De klachten bestaan uit trillen en schudden van de hand en de arm. Deze schokken zijn onregelmatig en soms wordt de arm gebogen. De arm is moeilijk geheel te strekken. De spieren van de arm zijn gespannen. Bovendien heeft ze tijdens dit aanspannen last van pijn in de arm en de schouder. Het is haar niet langer mogelijk dagelijkse bezigheden, zoals schrijven en eten, met haar rechterarm uit te voeren. Ze is met haar andere hand gaan schrijven en ze gebruikt een laptop. Ook is ze met sporten gestopt. De ouders delen mee dat de arm ook 's nachts zou schudden.

Janneke is opgegroeid in een middenstandsgezin. Haar vader heeft een winkel in sportartikelen. Er zouden in het gezin geen bijzondere problemen zijn, relationeel noch financieel. Haar ontwikkeling zou ongestoord verlopen zijn. Ze kan goed meekomen op het atheneum.

Janneke wordt doorverwezen naar een psychotherapeut die haar in behandeling neemt. De diagnose wordt gesteld op conversiestoornis. De behandeling heeft bestaan uit verschillende suggestieve technieken. De therapeut vermeldt dat de hypnose door middel van oogfixatie niet lukte, omdat haar arm te veel zou schudden. Katalepsie-inductie bleek daardoor ook niet mogelijk. Geleide fantasie mislukte, omdat de patiënte niet aan het verzoek kon voldoen zich een fantasiebeeld, bijvoorbeeld een arm van een bronzen standbeeld, voor te stellen. Een poging tot *negative practice* (een techniek die bestaat uit een herhaald niet bekrachtigd oproepen van een geconditioneerde respons, in haar geval: op commando extra beven) leverde evenmin een effect op.

In de tussentijd waren de ouders een speurtocht begonnen naar behandelingsmogelijkheden. Zonder succes werden accupunctuur, fysiotherapie, osteopathie, orthomanipulatie, magnetisme en paranormale behandeling geprobeerd.

De patiënte werd op twee neurologische afdelingen van academische ziekenhuizen onderzocht. Het neurologisch lichamelijk onderzoek brengt geen bijzonderheden aan het licht. De kracht van de arm is goed. Er is een te hoge tonus rechts. De tremor is zowel in rust als tijdens bewegen aanwezig. De sensibiliteit is goed. Het MRI-onderzoek vertoont geen bijzonderheden. Röntgenfoto's van de cervicale wervelkolom laten geen afwijkingen zien. Het tremogram laat een niet-ritmisch synchrone aanspanning zien van de triceps, biceps en andere armspieren. De frequentie ligt tussen de 10 tot 12 Herz (bewegingen per seconde). De tremor heeft soms een myoclonisch dystoon karakter. Snelle spiercontracties worden gezien naast langdurige dystone verkrampingen. Het doormeten van de motorische en sensibele zenuwbanen laat geen afwijkingen zien. Verder beeldvormend onderzoek laat geen afwijkingen zien in de basale hersenkernen. Tijdens een observatie gedurende de slaap met EEG-monitoring blijkt de tremor aanwezig in fase I van de slaap en afwezig in fase III en IV.

Onderzoek

Bij onderzoek zien we een vriendelijke jongedame met een opvallend schokkende arm. Ze heeft een normaal postuur. Ze is goed verzorgd en reageert een beetje verlegen, maar verder vriendelijk en coöperatief. De intelligentie wordt op hoognormaal geschat. De stemming is goed. Ze lijkt nogal nuchter met haar klachten om te gaan. Haar ouders typeren haar als een doorzetter die niet klaagt of zeurt. Ze beschrijft zichzelf als een eerlijk, sportief en sociaal persoon met gevoel voor humor. Ze typeert zichzelf als ambitieus en een beetje streberig. De ouders maken ook een 'gewone' indruk: aardig, betrokken met nogal wat kritiek op de mogelijkheden die de gezondheidszorg te bieden heeft voor de behandeling van Janneke.

De score op de SCL-90 (Symptom Check List 90) bedraagt 108, een score die overeenkomt met de score van de Nederlandse normgroep. Meestal wordt er bij conversiepatiënten een hogere score gevonden. Moene, Spinhoven, Hoogduin en Van Dyck (2003) vonden voor poliklinische patiënten met een conversiestoornis een gemiddelde score van 151-159 op de SCL-90. Janneke heeft behoudens een

periode met migraine geen bijzonderheden vertoond op medisch en psychisch gebied.

Op grond van de negatieve bevindingen van het neurologisch onderzoek lijkt de diagnose conversiestoornis aannemelijk. De bevindingen voor wat betreft traumatisering en stress in de vroege kindertijd en het meer recente verleden zijn negatief.

Aan het eerder mislukken van de behandeling van de psychotherapeut, die overigens technieken toepaste waarvan de effectiviteit in onderzoek is vastgesteld (Moene et al., 2003), moet geen groot belang worden gehecht. De totale behandelingsduur van deze therapie bedroeg immers slechts twee zittingen. Bovendien is de behandelervaring bij de meeste therapeuten beperkt. Er zonder meer van uitgaan dat de nieuwe poging met de eerder toegepaste strategieën door een therapeut met veel ervaring geen zin zou hebben, is daarom onverstandig. De taxatie werd afgesloten met een aanbod voor een proefbehandeling van drie zittingen van elk twee uur. Wanneer na drie zittingen nog geen beïnvloeding mogelijk zou zijn, zou de behandeling gestopt worden.

De behandeling

Op grond van klinische ervaringen werd ervoor gekozen de tremor te behandelen met katalepsie-inductie (zie Hoogduin, 2007; pag. 80 e.v.; pag. 93 e.v.).

De toepassing van katalepsie

Katalepsie is een toestand van tonische immobiliteit, die zowel bij dieren als bij mensen voorkomt. De spieren zijn daarbij rigide en lijken niet meer onder de directe beheersing van de wil. Katalepsie is op te vatten als een defensiemechanisme dat optreedt op momenten van gevaar en dreiging. Sacerdote (1970) heeft de katalepsie-inductie ontwikkeld voor therapeutische doeleinden. Hij beschreef de techniek in eerste instantie als een inductietechniek voor hypnose, maar bemerkte dat de perceptie van pijn in de kataleptische hand verminderde. Het kataleptische lichaamsdeel bleek bovendien langere tijd, urenlang soms, in dezelfde stand te kunnen blijven staan.

Het teweegbrengen van een tonische immobiliteit kan bij mensen op diverse manieren tot stand gebracht worden; bijvoorbeeld door directe hypnotische suggesties van stijfheid en immobiliteit (zie voor een handleiding Moene en Rümke, 2004).

De hier aanbevolen strategie is een vorm van tactiele inductie, die ook bij dieren kan worden toegepast. Het kataleptisch maken van bijvoorbeeld vissen, krokodillen of marmotten is uitgebreid beschreven (zie ook Hoogduin, 2007). Het voordeel van deze tactiele katalepsie-inductie is dat het aan de partner (of ouders) te leren is. Die kunnen het vervolgens met de patiënt oefenen totdat deze in staat is het bij zichzelf toe te passen (zie bijlage).

Een patiënt leert door het oefenen het gevoel te herkennen dat hoort bij een kataleptische arm en blijkt later goed in staat deze toestand in een fractie van een seconde te bewerkstelligen. Dat een kataleptische arm incompatibel is met een schuddende arm spreekt voor zich.

De therapeut doet er goed aan de patiënt en de ouders eerst vertrouwd te maken met de katalepsie-inductie door deze eerst uit te voeren in een lichaamsdeel dat geen problemen kent; bij Janneke de niet-aangedane arm. Vervolgens wordt de katalepsie bij de ouders geïnduceerd en wordt hun geleerd dit bij de therapeut en later bij elkaar toe te passen. Tot slot volgt de katalepsie-inductie door de ouders in de gezonde arm van hun dochter. Wanneer dit goed lukt, krijgen ze een oefenschema mee om vijf tot tien keer per dag de katalepsie bij hun dochter aan te brengen. De procedure wordt later geoefend met de schuddende arm.

De katalepsie-inductie

Tijdens de eerste zitting lukt de katalepsie-inductie van de gezonde arm bij Janneke binnen een minuut. De ouders en Janneke reageren met verbazing op het optreden van de tonische immobiliteit. De immobiliteit is goed te demonstreren door zachtjes de arm omlaag te duwen en weer los te laten: de arm veert naar de oorspronkelijke positie terug. Ook bij de ouders kan zonder probleem de katalepsie geïnduceerd worden. De ouders induceren het om beurten bij de therapeut en ten slotte ook met succes bij de niet-aangedane arm van Janneke.

Het oefenen en bespreken heeft bijna drie kwartier gevraagd. De rest van de zitting wordt besteed aan onderzoek naar mogelijkheden om de katalepsie in de aangedane arm te bewerkstelligen. Daartoe wordt eerste de gezonde arm in een kataleptische toestand gebracht en de patiënt wordt gevraagd zich te concentreren op de daarbij optredende gevoelens. In de niet-aangedane arm rapporteert Janneke zwaarte en tintelingen. Haar wordt verzocht goed op deze sensaties te letten en te proberen deze te versterken. Dit met de bedoeling haar de aandacht te laten richten op de gezonde arm en de bij de katalepsie

behorende gevoelens. Later kan dit helpen bij de katalepsie-inductie van de aangedane arm.

Terwijl dus de linkerarm in een kataleptische stand blijft, wordt gestart met de inductie in de aangedane arm. Bij Janneke lukt dit aanvankelijk niet, omdat ze door haar schudbewegingen de therapeut eigenlijk geen gelegenheid geeft de inductie correct uit te voeren. Dit probleem speelt in het begin van de behandeling bij alle patiënten met een tremor.

Na een twintigtal minuten lijkt het of de schokken iets minder heftig worden. Ook lijkt de frequentie iets af te nemen. Janneke wordt aangespoord goed op te letten of ze in de aangedane arm sensaties waarneemt die ze ook in de linkerarm voelt. Weer enige minuten later meldt ze enig getintel te voelen in de vingers van haar rechterhand.

Ze wordt aangemoedigd zich te concentreren op die sensaties en die proberen te versterken. Janneke meldt dat de tintelingen en het zware gevoel zich van de vingers naar de hand uitbreiden. Na ruim een halfuur is het trillen en schudden van karakter veranderd. De grove schokken komen minder voor en de uitslag is kleiner. Janneke rapporteert dat het tintelen in de rechterarm nu net zo sterk is als links.

Na 42 minuten is de tremor gedurende enkele seconden afwezig. Aansluitend wordt de inductie beëindigd en wordt Janneke geholpen de tintelingen en het zware gevoel kwijt te raken door de handen te openen, te sluiten en de arm te schudden. De één seconde durende rust van de arm maakt heftige emoties los bij de ouders. Er wordt een oefenprogramma afgesproken voor de niet-aangedane arm. De ouders zullen driemaal per dag de katalepsie induceren.

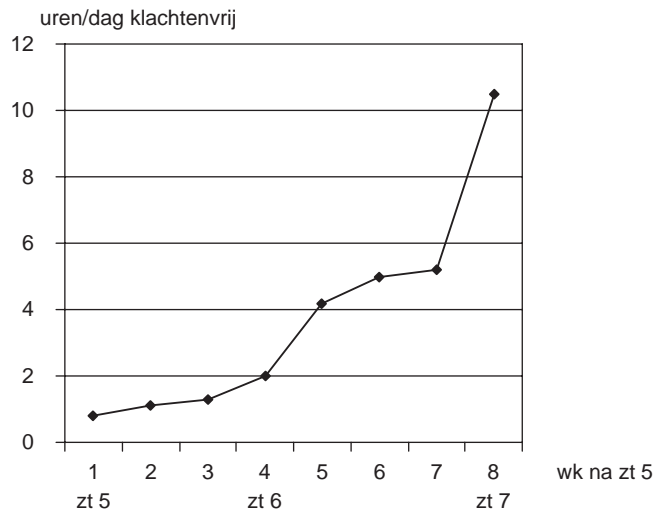
De patiënte heeft goed geoefend, blijkt op de tweede zitting één week later. Opnieuw wordt de katalepsie-inductie in de aangedane hand toegepast. Na 27 minuten lukt het haar arm en hand zes seconden lang stil te houden. Het huiswerk zal opnieuw bestaan uit oefenen met de gezonde arm. Op zitting drie lukt het om na vijftien minuten de arm gedurende twaalf seconden stil te krijgen. Er wordt nu ook thuis geoefend met de aangedane arm. Tijdens deze derde zitting wordt een audio-opname gemaakt met suggesties om de tintelingen en het zware gevoel in haar hand en arm te versterken. Deze opname wordt vervolgens op een cd gebrand en aan patiënte meegegeven. Dit is om haar bij het thuis oefenen te helpen.

Het is duidelijk dat een eerste resultaat is geboekt en de proefbehandeling voortgezet kan worden.

Tijdens zitting vier is haar arm na twaalf minuten een halve minuut stil. Het lukt haar ook zelf thuis de arm soms even kataleptisch en in rust te krijgen. Op zitting vijf lukt het om de hand na zeven minuten

rustig te krijgen. Daarna blijft deze dertig minuten zonder schokken. Tijdens de zitting doet ze op verzoek een eerste succesvolle poging weer te schrijven. Nu wordt ook het trillen geprovoceerd door haar te vragen de arm gebogen te houden terwijl de therapeut deze probeert te strekken, waarna de katalepsie weer wordt geïnduceerd. Ook blijkt de voorkeursstand – ze houdt de arm licht gebogen – minder geworden. Ze is nu goed in staat de arm te strekken en deze stand ook enige tijd te handhaven. Vanaf deze zitting zal ze thuis met een stopwatch de totale tijd registreren dat de arm in rust is. Het tot rust brengen van de arm lukt haar thuis na gemiddeld tien minuten.

De eerste vijf zittingen hebben plaatsgevonden met een frequentie van één zitting per week. Vanaf zitting vijf lukt het haar snel controle te krijgen over de bewegingen. Tijdens de volgende zeven weken loopt de tijd dat de arm geen symptomen heeft op van een halfuur per dag naar meer dan tien uur per dag (zie figuur 1).



Figuur 1. Klachtenverloop vanaf zitting vijf.

Op zitting acht, vijf maanden na het begin van de behandeling, is Janneke vrijwel klachtenvrij. Af en toe voelt ze nog wel een schokje. Die schokjes zijn echter niet zichtbaar. Ze kan met haar rechterhand weer alles, ook schrijven en eten. De pijn is verdwenen en ze is ook weer gaan sporten.

Bij follow-up na anderhalf jaar blijkt Janneke volledig te zijn hersteld van de klachten. Op school en thuis gaat het goed.

Discussie

Hoewel er aanwijzingen zijn voor de effectiviteit van de toepassing van katalepsie-inductie bij conversiestoornissen zijn verklaringen over de werkzaamheid speculatief. In de studie van Hagenaars, Roelofs en Hoogduin (2006) is evidentie gevonden voor de aanwezigheid van dissociatieve fenomenen na katalepsie-inductie. Met dissociatie wordt bedoeld het fenomeen, zoals door Brewin en Andrews (1998) is geformuleerd: 'Een veranderde toestand van bewustzijn waarbij het gebruikelijke perceptieve, cognitieve en motorische functioneren is geremd.'

Ook bleek uit een studie van Roelofs en collega's dat na katalepsie-inductie van een arm de mentale motorische representaties veranderd bleken (Roelofs, Hoogduin, & Keijsers, 2002). Vergelijkingen met de gezonde arm lieten zien dat proefpersonen trager waren geworden waren wanneer ze zich moesten voorstellen dat ze hun kataleptische hand in een andere positie moesten brengen, bijvoorbeeld de hand met de handpalm naar beneden zo te draaien dat de handpalm naar boven gericht werd (mentale rotaties).

Er bestaan bovendien sterke fenomenologische overeenkomsten tussen katalepsie en conversieve stoornissen en de specifieke stressgerelateerde defensiepatronen bij dieren die bekend staan onder de namen 'tonic immobility', bewegingsstorm en 'Totstelreflex'. In de recente literatuur bestaat een voorkeur voor de term 'tonische immobiliteit', hoewel tonisch immobiele dieren niet altijd immobiel zijn. (Van een paard dat op hol slaat, kun je moeilijk stellen dat het immobiel is.) In de psychiatrie kennen we een prototypisch beeld van deze tonische immobiliteit onder de naam katatonie. Kahlbaum (1874) noemde als kenmerk van dit beeld: negativisme, katalepsie, mutisme, maar ook stereotype bewegingen en verbigeraties (herhalen van betekenisloze woorden en specifieke motorische verschijnselen). In de DSM-IV-TR worden vijf kenmerken van de katatonie genoemd:

1. katalepsie met een wasachtige kneedbaarheid van de ledematen (de onderzoeker kan ze in een stand brengen, waarna de patiënt die handhaaft);
2. excessieve motorische activiteit;
3. extreem negativisme (vergelijk het gedrag van een koppige ezel in een toestand van tonische immobiliteit (Hoogduin, 2008));
4. stereotypieën;
5. echolalie.

Patiënten zouden aan twee van deze vijf kenmerken moeten voldoen om als katatoon te worden aangemerkt.

Al in de eerste beschrijving legt Kahlbaum een relatie tussen katatonie en angst:

'Eine solche Kranke macht den Eindruck einer in tiefsten Seelenschmerz, oder in höchsten Schreck erfolgten Erstarrung.' (Zie ook Hoogduin, 2007; pag. 73 e.v.).

Bij conversie zijn de verschijnselen meestal niet zo heftig; conversieve katatonie is zeldzaam, maar de conversieve pseudo-epileptische aanvallen komen relatief veel voor. Hierbij is vooral de stereotiepe motorische onrust een belangrijk verschijnsel.

Eerder is uitvoerig beschreven dat conversieverschijnselen met behulp van hypnotische suggesties, maar ook met tactiele inductie-technieken op te wekken zijn. Tonische immobiliteit (katalepsie) bijvoorbeeld is bij de meeste personen zonder veel problemen met behulp van een tactiele inductie zonder verbale toevoegingen goed uit te voeren is (zie bijlage). Samengevat kan worden gesteld dat tonische immobiliteit bij dieren, conversieverschijnselen en motorische fenomenen opgewekt met kataleptische technieken grote overeenkomsten vertonen (Hoogduin, 2007).

Interessant is dat er met de moderne neuro-imagery-technieken, EEG-onderzoeken en proefdieronderzoek gegevens beschikbaar zijn gekomen die deze bevindingen ondersteunen (Roelofs, De Bruijn, & Van Galen, 2006). Centraal bij deze onderzoeksresultaten is de betekenis van de *gyrus cingularis anterior* (GCA) en dat deel van de cortex dat behoort tot de mediale prefrontale cortex. Met behulp van de Positron Emissie Tomografie (PET-scan) kan worden aangetoond dat patiënten met een conversieve verlamming van een extremiteit bij een poging het aangedane been te bewegen een afwijkend beeld vertonen. Het normale patroon van toegenomen activiteit in de primaire motorische cortex ontbreekt en er is een relatieve toename van activatie van de GCA en de orbitofrontale cortex. Dit alles in vergelijking met het aanspannen van het niet-aangedane been. (Marshall, Halligan, Fink, Wade, & Frackowiak, 1997).

Northoff e.a. (2004) vonden in een gecontroleerde studie bij patiënten met een katatonie met behulp van (F)MRI-onderzoek onder andere een relatie tussen katatone motorische symptomen en mediale prefrontale activatie (inclusief de GCA). Laboratoriumonderzoek met ratten laat zien dat er een relatie bestaat tussen *freezing* (tonic immobility-)reacties bij ratten en de mediale prefrontale cortex (inclusief de GCA) (Morgan & LeDoux, 1995).

Zeer bijzonder is het onderzoek van Halligan, Athwal, Oakley en Frackowiak (2000). Zij repliceerden het eerdergenoemde onderzoek van Marshall waarbij een positieve relatie werd gevonden tussen het aanspannen van een conversief been en de verhoogde activiteit van GCA en de orbitofrontale cortex. Halligan en collega's verrichtten het onderzoek bij een man bij wie met behulp van hypnose een paralyse van het linkerbeen was bewerkstelligd. De man was niet langer in

staat zijn been te bewegen. Vervolgens werd het onderzoek zoals Marshall dit had uitgevoerd, bij de conversiepatiënt gerepliceerd. Bij pogingen het been te bewegen (wat blijkens registratie met behulp van een EMG niet lukte) ontstond evenals bij het onderzoek van Marshall een selectieve activering van de GCA en de orbitofrontale cortex (Halligan et al., 2000).

Zo zijn er fenomenologische, neurofysiologische en neuroanatomische aanwijzingen dat de fenomenen katatonie, conversiestoornis, tonische immobiliteit bij dieren en mensen en hypnotische verschijnselen een sterke verwantschap vertonen. Ook bij de behandeling van conversieve stoornissen is hypnose de enige interventie waarvoor aanwijzingen zijn dat die mogelijk effectief is (zie de Cochrane-publicatie Ruddy & House, 2006).

Een verklaring voor de werkzaamheid van hypnose en katalepsie-inductie zal mogelijk in de gemeenschappelijk basis van de hypnotische fenomenen, conversiesymptomen en tonische immobiliteit te vinden zijn. Van geïnduceerde tonische immobiliteit kan verwacht worden dat het in het gebied van de gyrus cingularis anterior neurofysiologische gevolgen zal hebben. Mogelijk verstoort de hypnotische interventie de bestaande afwijkende verhoogde activiteit in deze regio, met als gevolg verandering en mogelijk een herstel van de normale neurofysiologie. Onduidelijk is hoe dat in zijn werk gaat.

Een belangrijke reden om tot publicatie over te gaan is bekendheid te geven aan de behandelmogelijkheden die er voor dit type patiënten zijn. De lijdensweg die onze patiënte heeft afgelegd en de wanhoop in het gezin zijn illustratief voor de lotgevallen van veel conversiepatiënten. Uiteindelijk komt ze bij een psychotherapeut die kennis bezit over de te volgen strategie, maar de beperkte ervaring en de veel te korte duur van de zittingen zijn er mogelijk de oorzaak van dat de behandeling mislukt. In de geestelijke gezondheidszorg duren zittingen, in navolging van Freud en zijn psychoanalytische beweging, 45 minuten. Niemand kan ons uitleggen waarom dit een correcte zittingsduur is. Bij een goed uitgevoerde zelfcontroleprocedure of bij exposure en responspreventie van een obsessief-compulsieve stoornis is na zo'n vier of vijf zittingen een kwartier vaak voldoende om de tussen de zittingen liggende periode te evalueren en nieuwe afspraken te maken. Bij de behandeling van de conversiestoornis zijn de eerste paar zittingen cruciaal. Wanneer bijvoorbeeld hypnose wordt toegepast, is drie kwartier gewoon te kort. Dubbele of driedubbele zittingen zijn dan gewenst. Binnen de huidige vergoedingsstructuur hoeft dat niet bezwaarlijk te zijn voor het verantwoorden van de uren bij werkgever of verzekeraar.

Ook is het, wegens de relatieve zeldzaamheid van deze stoornissen,

van belang dat alle patiënten die zich aanmelden met een conversiestoornis, door één of twee therapeuten van een bepaalde afdeling worden behandeld. Na een periode waarin deze therapeuten ervaring hebben opgedaan, kunnen ze een volgende therapeut begeleiden. De ervaring die aldus wordt opgedaan, draagt er daadwerkelijk aan bij het succes van de behandelingen te vergroten. De aandoening is zeldzaam, maar toch.

Er zijn in Nederland 15.000 tot 20.000 patiënten met een conversiestoornis, van wie de meeste thuis of in verpleegtehuizen verblijven.

Dit terwijl Moene, Spinhoven, Hoogduin en Van Dyck (2002 en 2003) tot succespercentages van boven de 80% komen. Spijtig is natuurlijk dat voor sommige patiënten (20%) de behandeling niet tot een succes leidt. Zo meldde zich onlangs een vrouw aan met een vergelijkbare myoclonische dystonie. Zij had relatief weinig schokken, maar vooral verkrampingen die gepaard gingen met heftige pijnen. Op het moment van aanmelding gebruikte ze een hoge dosis morfine tegen de pijnklachten. Ondanks enige verbetering tijdens de eerste twee zittingen lukte het niet haar te helpen. Met ernstige contracturen werd zij geheel bedlegerig. Zelfs de reis naar een polikliniek kon zij niet meer maken.

ABSTRACT Some patients with conversion disorders present very bizarre symptoms. In this case history diagnosis and treatment of a 14-years-old girl are given. She is suffering from a day and night uncontrollably shaking arm. In the treatment use was made of catalepsy induction. The treatment was successful. At follow-up, one and a half year later she still had no complaints at all.

Referenties

- Brewin, C.R. & Andrews, B. (1998). Recorded memories of trauma: Phenomenology and cognitive mechanisms. *Psychology Review*, 18, 949-970.
- Hagenaars, M., Roelofs, K., & Hoogduin, C.A.L. (2006). Motor and sensory dissociative phenomena associated with induced catalepsy. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54, 234-244.
- Halligan, P.W., Athwal, B.S., Oakley, D.A., & Frackowiak, R.S.J. (2000). Imaging hypnotic paralysis: Implications for conversion hysteria. *The Lancet*, 355, 986-987.
- Hoogduin, C.A.L. (2007). *Psychologische interventies bij conversiestoornissen* (pp. 34; 80 e.v.; 93 e.v.; 151-152). Amsterdam: Boom.

- Kahlbaum, K.L. (1874). *Die katatone oder das Spannungsirresein*. Nijmegen: Arts & Boeve (2000).
- Marshall, J.C., Halligan, P.W., Fink, G.R., Wade, D.T., & Frackowiak, R.S.J. (1997). The functional anatomy of a hysterical paralysis. *Cognition*, 64, B1-B8.
- Moene, F.C. & Rümke, M. (2004). *Behandeling van de conversiestoornis* (pp. 94-97). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Moene, F.C., Spinhoven, Ph., Hoogduin, C.A.L., & Van Dyck, R. (2002). A randomized controlled clinical trial of hypnosis in patients with conversion disorder motor-type. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71, 66-76.
- Moene, F.C., Spinhoven, Ph., Hoogduin, C.A.L., & Van Dyck, R. (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.
- Morgan, M.A., & LeDoux, J.E. (1995). Differential contribution of dorsal and ventral medial prefrontal cortex to the acquisition and extinction of conditioned fear in rats. *Behavioral Neurosciences*, 109, 681-688.
- Northoff, G., Kötter, R., Baumgart, F., Danos, P., Boeker, H., Kaulisch, T., Schlagenhauf, F., Walter, H., Heinzel, A., Witzel, W., & Bogerts, B. (2004). Orbitofrontal cortical dysfunction in akinetic catatonia: A functional magnetic resonance imaging study during negative emotional stimulation. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 405-427.
- Roelofs, K., Bruijn, E.R.A. de, & Galen, G.P. van (2006). Hyperactive action monitoring during motor-initiation in conversion paralysis: An event-related potential study. *Biological Psychology*, 71, 316-325.
- Roelofs, K., Hoogduin, C.A.L., & Keijsers, G.P.J. (2002). Motor Imagery during hypnotic arm paralysis in high and low hypnotizable subject. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 50, 51-66.
- Ruddy, R., & House, A. (Cochrane-publicatie), 2006. Psychological interventions for conversion disorder (review). *The Cochrane Library*, 4. No: CD005331. DOI: 10.1002/14651858.CD005331.
- Sacerdote, P. (1970). Theory and Practice of pain control in malignancy and other protracted or recurring painful illnesses. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 18, 160-180.

Bijlage Protocol voor katalepsie-inductie

(Bron: Hoogduin, 2007; Hagenaars et al., 2006)

De inductie vindt als volgt plaats: vooraf wordt aan de patiënt de informatie gegeven dat de behandeling geen negatieve gevolgen heeft en dat er geen akelige bijverschijnselen zullen optreden. De volgende uitleg is bruikbaar om te geven:

‘Wat we nu gaan doen is uw arm in een kataleptische toestand brengen. Dit fenomeen wordt gezien bij mensen, maar ook bij

dieren. Dieren kunnen daardoor enige tijd bewegingloos stilstaan. Mogelijk is dat ook het geval bij living statues: personen die een standbeeld uitbeelden en als zodanig niet lijken te bewegen. Mogelijk gebruiken zij ook de katalepsie om doodstil te kunnen staan.

Wat we nu gaan doen, is dit bij uw arm (eventueel been, eventueel het gehele lichaam) aanbrengen. Het gaat als volgt: normaal bestaat er een zwaartekracht en uw spieren reageren daar voortdurend op. In het geval van uw arm wordt deze normaalgesproken omlaaggetrokken door de zwaartekracht. Uw spieren hebben een voortdurende spanning om te compenseren voor die zwaartekracht en gedragen zich aangepast aan die zwaartekracht. We gaan nu de spieren van uw arm in verwarring brengen. We doen dit door de spieren informatie te geven, die niet overeenkomt met de normaal aanwezige zwaartekracht. Als gevolg daarvan krijgen de spieren in uw arm een andere spierspanning. Dat gebeurt automatisch, zelf kunt u dat niet beïnvloeden. Als een gevolg van die veranderde spierspanning krijgt u een gevoel van stijfheid in de arm. Ook zult u merken dat het daarna gemakkelijk is om de arm in een bepaalde positie te handhaven. Het lijkt of het allemaal vanzelf gaat. Om dit te bereiken is het nodig dat ik uw arm vastpak en langzaam van boven naar beneden beweeg, terwijl ik intussen ook tegendruk geef. Wanneer de procedure beëindigd is, hoeft u maar even te schudden met de arm en dan verdwijnt de stijfheid weer.'

De therapeut neemt de patiënt bij de pols vast. De elleboog van de patiënt rust op de armleuning van de stoel. De therapeut brengt de onderarm in een horizontale positie en houdt de pols vast met beide handen, de duimen boven en de vingers onder. De therapeut tilt vervolgens de onderarm naar boven en duwt de arm dan weer langzaam naar beneden, afwisselend de arm optillend en weer omlaagbrengend, terwijl er intussen ook een tegenkracht wordt uitgeoefend. Als de arm wordt opgetild, wordt er tegendruk gegeven met de duimen; en omgekeerd, als de arm omlaag wordt geduwd wordt er tegendruk uitgeoefend met de vingers. De therapeut brengt de arm langzaam naar boven – het gaat om millimeters – tot er een punt komt dat de therapeut een zekere weerstand voelt tegen de beweging. Intussen kunnen er suggesties worden gegeven dat er een gevoel van stijfheid in de arm kan gaan optreden. Het is van belang dat het voor de patiënten duidelijk is dat zij niets anders hoeven te doen dan de gebeurtenissen af te wachten. Door tijdens de inductie over een algemeen onderwerp te praten kan de patiënt wat worden afgeleid. Meestal treedt binnen één tot vijf minuten katalepsie op. Het is een-

voudig te onderzoeken of de katalepsie aanwezig is door de hand los te laten en de arm zachtjes omlaag te duwen. Als de katalepsie aanwezig is, zal de arm vervolgens terugveren naar de oorspronkelijke stand. Het omlaagduwen moet gebeuren door een lichte gelijkmatige druk op de arm uit te oefenen, waarbij de arm een halve tot een hele centimeter uit de ingenomen positie wordt geduwd.

Patiënten proberen soms te helpen bij de inductie, ze proberen mee te bewegen wanneer de arm omlaag of omhoog wordt gebracht. Dit heeft echter tot gevolg dat de katalepsie niet zal plaatsvinden, doordat de spieren zich instellen op de nieuwe situatie. In zo'n geval is het belangrijk dat de patiënt wordt afgeleid of suggesties krijgt over stijfheid van die arm. Hetzelfde geldt voor patiënten die ervaring hebben met ontspanningstechnieken en proberen hun arm te ontspannen. De arm wordt dan zwaar, en dat is evenmin de bedoeling. De katalepsie treedt dan niet op en de arm zal verder omlaag zakken. De therapeut merkt dit doordat de arm zwaar als een dood gewicht aanvoelt.

Om na afloop de arm weer in de normale toestand te brengen, wordt de patiënt gevraagd zich voor te stellen dat hij op een trampoline staat en met de armen heen en weer zwaait. In de handen klappen en een vuist maken helpen de dissociatieve sensaties snel te doen verhelpen.