



[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)

## Protocollaire behandeling van patiënten met een motorische conversiestoornis: hypnose en katalepsie

Rianne de Kleine, Kees Hoogduin en Agnes van Minnen

---

**SAMENVATTING** Dit artikel vormt een hoofdstuk uit het in november 2011 te verschijnen boek *Protocollaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten* onder redactie van Ger Keijsers, Agnes van Minnen en Kees Hoogduin. In dit hoofdstuk worden strategieën besproken om patiënten met een conversiestoornis te behandelen. Het hoofdbestanddeel van de behandeling bestaat uit een vorm van hypnose.

---

### Inleiding

De conversiestoornis is een psychische stoornis die wordt gekenmerkt door verstoringen van de motorische of sensorische functies. De meest voorkomende conversiesymptomen zijn motorische symptomen (verlamming, tremoren, ongecontroleerde bewegingen), verlies van sensorische functies (blindheid, gevoelloosheid of doofheid) en pseudo-epileptische aanvallen. Hoewel deze klachten een neurologische of organische oorzaak doen vermoeden, ontbreekt er een adequate medische verklaring (APA, 2000). In de meeste gevallen ontstaan of verergeren de klachten in perioden van stress, wat suggereert dat psychologische processen een rol spelen. In overeenstemming hiermee werd door Roelofs, Spinhoven, Sandijck, Moene en Hoogduin (2005) een relatie gevonden tussen recente stressvolle levensgebeurtenissen en de ernst van conversiesymptomen.

De prevalentie van de conversiestoornis is onduidelijk. Volgens de DSM-IV (APA, 2000) is conversiestoornis bij 1 tot 3% van de patiëntenpopulatie in de ambulante psychiatrie de primaire diagnose.

R.A. DE KLEINE, MSC, is psycholoog en onderzoeker bij Overwaal, Centrum voor Angststoornissen in Nijmegen/Lent. E-mail: r.de.kleine@propersona.nl.

PROF. DR. C.A.L. HOOGDUIN, zenuwarts, is adviseur van de HSK Groep. Tevens is hij voorzitter van de Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie (VGCT).

PROF. DR. A. VAN MINNEN is klinisch psycholoog bij Overwaal, Centrum voor Angststoornissen in Nijmegen/Lent, VGCT-supervisor en bijzonder hoogleraar angstregulatie en behandeling van angststoornissen aan de Radboud Universiteit Nijmegen.

Een groot gedeelte van de patiënten met een conversiestoornis krijgt echter hulp in een algemeen ziekenhuis, waardoor schattingen van de prevalentie onbetrouwbaar zijn. Patiënten die lijden aan een conversiestoornis zijn vaak beperkt in hun functioneren op het werk en afhankelijk van hulpmiddelen, zoals een rolstoel, krukken of een aangepaste woning.

In de loop van de geschiedenis zijn er meerdere theorieën ontwikkeld over het ontstaan van conversiesymptomen. De autohypnose-theorie van Janet (1907) is lange tijd van grote invloed geweest op het denken over conversiestoornis. Janet stelde dat er een causale relatie bestaat tussen traumatische gebeurtenissen en conversiestoornis. Na het meemaken van een traumatische gebeurtenis zouden mensen met autohypnose reageren om zichzelf als het ware te beschermen tegen de overweldigende emoties van deze gebeurtenis. De conversiesymptomen zouden het product zijn van deze autohypnose.

De dissociatietheorie van Kihlstrom (1992) is een moderne bewerking en verfijning van de autohypnosetheorie. In de dissociatietheorie wordt aangenomen dat conversiesymptomen het gevolg zijn van een dissociatie (breuk) tussen impliciete en expliciete informatieverwerkingsprocessen. Deze breuk ontstaat onder de invloed van stressvolle gebeurtenissen. Terwijl de impliciete, automatische informatieverwerkingsprocessen intact blijven, worden er problemen in de expliciete, intentionele informatieverwerking ervaren. De theorie vindt haar oorsprong in de vaak waargenomen inconsistenties bij conversiesymptomen. Hoewel conversiepatiënten aangeven niets te zien of te horen of hun bewegingen niet te kunnen controleren, reageren zij in bepaalde situaties op een manier die zonder impliciete waarneming of beheersing niet mogelijk is. Bijvoorbeeld, een patiënt met conversieve blindheid loopt door een kamer zonder meubelen omver te stoten (Hoogduin, 2007). Ook is bekend dat mensen met een conversieve verlamming onder bepaalde omstandigheden wel kunnen bewegen, bijvoorbeeld bij een schrikreactie, in de slaap (Lauerma, 1993) of tijdens hypnose (Moene, Hoogduin, & Van Dyck, 1998).

Recent neurofysiologisch en neuropsychologisch onderzoek ondersteunt de dissociatietheorie. In meerdere studies werd gevonden dat er inderdaad een verstoring is in intentionele processen, zoals bewuste aandacht en planning, terwijl de automatische processen intact zijn (o.a. Roelofs, Van Galen, Keijsers, & Hoogduin, 2002).

In aansluiting op de dissociatietheorie zou een psychologische behandeling van conversiestoornis gericht moeten zijn op de impliciete informatieverwerking. Hiervoor lijkt het gebruik van indirecte strategieën, zoals hypnose, het meest aangewezen. Behandeling van conversiestoornis met hypnose wordt dan ook al sinds het begin van de twintigste eeuw beschreven en uitgevoerd. Ook moderne weten-

schappers ondersteunen de relatie tussen conversiesymptomen en hypnose (bijvoorbeeld Oakley, 1999). Uit neurowetenschappelijk onderzoek blijkt dat dezelfde hersengebieden (de anterieure cingulate en orbito-frontale cortex) actief zijn bij conversiesymptomen en bij door hypnose geïnduceerde verschijnselen (bijvoorbeeld een hypnotisch geïnduceerd verlamd been) (Halligan, Athwall, Oakley, & Frackowiak, 2000). Veel conversiesymptomen zijn ook in hypnose op te wekken, bijvoorbeeld spierverlamming. Een ander verband tussen conversiestoornis en hypnose is dat patiënten met een conversiestoornis vaak verhoogd suggestibel zijn (Roelofs, Hoogduin, Keijsers, Näring, Moene, & Sandijck, 2002).

#### Onderzoeksbevindingen

Ondanks de relatie tussen conversie en hypnose is er tot op heden geen consensus dat hypnose ook de meest effectieve behandeling is voor conversiestoornis. Publicaties over de behandeling van conversiestoornis beperken zich meestal tot gevalbeschrijvingen van succesvolle behandelingen. In de afgelopen decennia is naast hypnose, een grote variëteit aan behandelingen beschreven voor conversiestoornis, zoals gedragstherapie, suggestieve therapie, psychodynamische psychotherapie, eclecticische psychotherapie, spa-behandelingen, fysiotherapie en biofeedbacktraining (Moene, Spinhoven, Hoogduin, & Van Dyck, 2003; Ruddy & House, 2005). Open studies geven aanwijzingen dat hypnose (Moene et al., 1998), gedragstherapie (Kop, Van der Heijden, Hoogduin, & Schaap, 1995) en cognitieve gedragstherapie (LaFrance et al., 2009) effectief kunnen zijn in het verminderen van conversiesymptomen.

In 2005 analyseerden Ruddy en House de gegevens van alle relevante, gerandomiseerde studies naar de psychologische behandeling van motorische conversiestoornis. Slechts twee gecontroleerde studies uit dezelfde onderzoeksgroep naar de behandeling van het motorische subtype konden worden geïncorporeerd (Moene, Spinhoven, Hoogduin, & Van Dyck, 2002; Moene et al., 2003). In de eerste studie werd onderzocht of hypnotische interventies een toegevoegde waarde hebben bovenop reguliere klinische behandeling met onder meer groepstherapie, creatieve therapie en fysiotherapie. Hoewel de behandeling voor de totale groep effectief was – meer dan 80% was substantieel verbeterd bij follow-up – werd geen toegevoegd effect gevonden van de hypnosebehandeling op het reguliere behandelprogramma. In de tweede studie werd een ambulante behandeling van tien wekelijkse hypnosessies vergeleken met een wachtlijstconditie. De hypnosebehandeling bleek effectiever dan de wachtlijst. Van de

patiënten verbeterde 90% gedurende de behandeling. Er zijn, kortom, aanwijzingen dat hypnose een effectieve behandeling kan zijn, maar het bewijs voor de effectiviteit van deze behandeling is nog bescheiden.

Over de medicamenteuze behandeling van conversiestoornis is eveneens nog maar weinig bekend. In 2005 vonden Voon en Lang spectaculaire verbeteringen in een kleine groep patiënten met een primaire motorische conversiestoornis, bij wie bij de meesten volledig herstel optrad na toediening van antidepressiva. In deze bijdrage wordt de protocollaire behandeling beschreven die in de gecontroleerde studie van Moene et al. (2003; zie ook Hoogduin, 2007) was toegepast en waarbij goede behandelresultaten waren gevonden. De behandeling bestaat uit hypnose of katalepsie-inductie en gedragstherapeutische shaping-procedures. Met hypnotische technieken worden veranderingen in het symptoom gesuggereerd. *Shaping* betekent dat elke verandering in de goede richting, hoe klein dan ook, wordt benoemd en positief wordt bekrachtigd. Met deze combinatie, hypnose en shaping, lijkt een interessante mogelijkheid te zijn bereikt om met behulp van impliciete informatieverwerking veranderingen in de expliciete, vrijwillige beweging te bereiken.

#### Assessment

Om het behandelingseffect te evalueren kan gebruik worden gemaakt van de *Video Rating for Motor Conversion* (VRMC; Moene et al., 2002). In dit video-interview wordt de patiënt gevraagd een aantal klacht-specifieke taken uit te voeren, bijvoorbeeld een stuk te lopen (bij loopproblemen), op één been te staan (bij spierzwakte in de benen) of de armen te strekken (bij tremoren in de arm). Het onderzoek wordt voor en na de behandeling aan de hand van een protocol afgenomen en wordt opgenomen op videocamera. Een onafhankelijke beoordelaar scoort op basis van de videobeelden de ernst van de klachten en vergelijkt de ernst van voor en na de behandeling.

De functionele beperking van de conversiestoornis kan gemeten worden met de *Sickness Impact Profile-68* (SIP-68; Bruin, Diederiks, De Witte, Stevens, & Philipsen, 1994). Dit instrument somt 68 alledaagse activiteiten op, zoals traplopen, zichzelf aankleden en huishoudelijke taken. Bij elke taak geeft de patiënt aan of er beperkingen zijn bij de uitvoering. Voor een totale indruk van de ernst en verbetering kan een algemene klinische beoordelingsmaat worden afgenomen, bijvoorbeeld de *Clinical Global Impression Scale* (CGI; Guy, 1976). Het verdient aanbeveling om naast de therapeut en de patiënt ook een belangrijke persoon uit het leven van de patiënt, bijvoorbeeld de

partner, een familielid of goede vriend, de CGI te laten scoren. Tot slot is het voor de continue monitoring van de behandeling van belang om de patiënt de ernst van de klachten dagelijks te laten bijhouden.

Indicatie voor de psychologische behandeling die hier beschreven wordt is op de eerste plaats dat een neurologische of andere somatische oorzaak van de klachten is uitgesloten. Dit lijkt voor de hand liggend, maar vaak ontbreekt een goed somatisch onderzoek. Een psychologische behandeling van de conversiestoornis kan pas worden begonnen als de neuroloog, of een andere somatische specialist, een lichamelijke oorzaak heeft uitgesloten. Op de tweede plaats is de behandeling die hier wordt beschreven alleen geïndiceerd voor patiënten met een conversiestoornis met motorische symptomen. Daartoe behoren ook patiënten met conversieve fluisterspraak (afonie). Voor patiënten met conversieve fluisterspraak bestaat een specifieke en goed onderzochte behandeling waarvoor een apart behandelprotocol is geschreven. De behandeling in het huidige artikel is ongeschikt voor conversiepatiënten met bewustzijnsverlies of pseudo-epileptische toevallen. Hoewel deze toevallen gepaard kunnen gaan met motorische symptomen, vraagt het bewustzijnsverlies om een andere behandelstrategie. De behandeling is ook niet geïndiceerd voor conversiepatiënten met sensorische symptomen zoals blindheid. Sensorische symptomen komen vaak ook voor bij conversiestoornis met motorische symptomen, zoals een doof gevoel bij een verlamd lichaamsdeel. In dat geval wordt vaak gezien dat de sensorische symptomen spontaan verdwijnen bij verbetering van de motorische symptomen.

#### Behandelprotocol

De protocollaire behandeling voor patiënten met motorische conversiestoornis is opgebouwd uit algemene en klachtspecifieke sessies. Na psycho-educatie en introductie van de behandeltechniek in sessies 1 en 2 volgen de klachtspecifieke sessies 3, 4 en 5. Indien na sessie 5 een relevante verbetering is bereikt, dient de behandeling vervolgd te worden, zoals bij sessie 5 beschreven staat. Sessie 6, de laatste sessie, is weer algemeen en betreft de provocatie van klachten. De klachtspecifieke sessies zijn apart uitgewerkt voor de volgende, frequent voorkomende motorische symptomen: slappe verlammingen, tremoren en loop-, sta- of evenwichtsproblemen. Tabel 1 geeft weer hoe de behandeling per klacht is opgebouwd.

Tabel 1. Overzicht opbouw behandeling

|                                    | Algemene sessies            |                      |                         | Klacht-specifieke sessies<br>Sessies 3 t/m 5<br>Klachtspecifiek | Algemene sessie<br>Sessie 6<br>Provocatie |
|------------------------------------|-----------------------------|----------------------|-------------------------|---|---|
|                                    | Sessie 1<br>Psycho-educatie | Sessie 2a<br>Hypnose | Sessie 2b<br>Katalepsie |   |   |
| Slappe verlammingen                | X                           | X                    |                         | X*  |   |
| Tremor (hypnose)                   | X                           | X                    |                         | X   | X   |
| Tremor (katalepsie)                | X                           |                      | X                       | X   | X   |
| Loop-, sta- of evenwichtsproblemen | X                           |                      | X                       | X   | X   |

\* Bij slappe verlammingen bestaat het klachtspecifieke gedeelte uit de sessies 3 tot en met 6.

Bij de behandeling van tremor is zowel hypnose als katalepsie geïndiceerd. Er is geen voorkeur voor een van de technieken. De therapeut zal een inschatting moeten maken welke techniek het meest kansrijk is bij de beïnvloeding van het symptoom. Er kan zo nodig gewisseld worden van techniek, maar elke ingezette techniek wordt minstens drie sessies volgehouden om het effect van de techniek goed te kunnen bepalen.

#### Tip

Lang niet alle voorkomende motorische conversiesymptomen komen in de klachtspecifieke sessies ter sprake. Toch kan de behandeling ook bij niet apart genoemde motorische conversiesymptomen goed worden toegepast. Bij coördinatieproblemen kan bijvoorbeeld gebruik worden gemaakt van de klachtspecifieke sessies voor de behandeling van loop-, sta- of evenwichtsproblemen. De therapeut zal dan de tekst en de voorbeelden moeten aanpassen op het symptoom van de patiënt. Hoogduin (2007) biedt gedetailleerde behandelingsstrategieën van verlammingen, onvermogen te blijven staan of te lopen, onvermogen de ogen te openen, verkrampingen van de hand tot een vuist, katatonie, onwillekeurige spiertrekkingen, psychogeen parkinsonisme, schop- of slabewegingen, coördinatiestoornissen, slikproblemen, mutisme en pseudo-epileptische aanvallen.

Elke behandelsessie duurt één tot twee uur. Een behandelzitting van drie kwartier is voor een behandeling van conversiestoornis doorgaans te kort; zeker voor de eerste drie tot vier zittingen is een langere behandeltime gewenst. De patiënt wordt door een langer durende trance of katalepsie-inductie voorbereid op het loslaten van de eigen ineffectieve strategie, zoals proberen niet te beven of vergeefs de verlamde spieren aan te spannen. Tijdens een langer durende trance of katalepsie-inductie is het vaak mogelijk om, na de daarvoor geëigende suggesties, spontaan de gewenste spieractiviteit te laten plaatsvinden. Benadrukt wordt dat de patiënt niet hoeft te presteren tijdens de zitting, dat er alle tijd is en dat de patiënt rustig kan laten gebeuren wat er gebeurt.

Tip

Plan zittingen eventueel aan het einde van de dag, zodat er mogelijkheid is om uit te lopen, mocht dit nodig zijn.

*Algemene sessie 1: psycho-educatie*

*Klachten*

Maak kennis met de patiënt. Zorg ervoor dat het dossier en alle informatie uit de intake is bestudeerd, dat het duidelijk is dat het hier om een patiënt met motorische conversiestoornis gaat en dat met behulp van tabel 1 besloten kan worden of na deze sessie met sessie 2a of 2b vervolgd wordt. Nodig de patiënt uit om de klachten te beschrijven en de conclusies uit het (de) intakegesprek(ken) te bespreken.

*Psycho-educatie*

Patiënten met een conversiestoornis hebben vaak een lange lijdensweg met onderzoek bij diverse specialisten achter de rug zonder dat een duidelijke diagnose kon worden gesteld. Het is daarom van belang om de patiënt bij aanvang van de behandeling duidelijkheid te bieden en goede voorlichting te geven over de stoornis.

Vertel dat er verschillende termen worden gebruikt om de klachten te beschrijven: 'conversiestoornis', 'onverklaarde lichamelijke klachten', 'psychogene klachten', 'hysterie', '(neurologische) functiestoornissen'. Sommige van deze termen, bijvoorbeeld 'hysterie', komen voort uit verouderde theoretische verklaringen van de klachten



en worden steeds minder gebruikt. Deze psychiatrische termen sluiten vaak niet aan bij de beleving van de patiënt, omdat de patiënt vaak van mening is geen psychisch probleem te hebben. Ook de term 'onverklaarde lichamelijke klacht' is ongeschikt, omdat deze term de suggestie wekt dat er nog geen somatische diagnose gesteld kan worden, maar dat de mogelijkheid open wordt gelaten dat er nog eens kanker of MS als verklaring tevoorschijn komt. De term 'functiestoornis' sluit het best aan bij moderne theorieën over de symptomen en roept doorgaans weinig negatieve associaties op.

Leg uit dat bij een functiestoornis de hersenen en spieren gelukkig nog intact zijn, maar dat het gebruik van bepaalde functies op dit moment minder goed gaat. Gebruik daarna consequent de term '(motorische) functiestoornis'.

#### *Rationale*

De volgende uitleg over de klachten en de behandeling is in de praktijk goed bruikbaar en wordt als informatiefolder mee naar huis gegeven.

'Het belangrijkste kenmerk van een functiestoornis, zoals u die heeft, is dat iemand last heeft van stoornissen van de motorische functies. De klachten lijken te worden veroorzaakt door een neurologische aandoening, maar na uitgebreid onderzoek kan er geen lichamelijke verklaring worden gevonden. Veelvoorkomende klachten bij motorische functiestoornissen zijn verlammingen, beven of loop-, sta- of evenwichtsproblemen.

Een periode van spanning of nare leefomstandigheden gaat vaak vooraf aan het begin van de klachten. Een bepaalde functie, zoals het gebruik van spieren nodig voor lopen of praten, is vervolgens tijdelijk verloren gegaan. Bekende voorbeelden van motorische functiestoornissen zijn de stem kwijtraken van schrik of verlamd zijn van angst.

Door spanningen kunnen dus de functies verstoord raken. De meeste mensen maken wel eens zoiets mee. Door stress, oververmoeidheid, maar soms ook zonder reden lukt het bijvoorbeeld niet meer om op een naam van een bepaalde schrijver te komen, terwijl u zeker weet dat u de naam wel kent. Ook dan gaat het om een functiestoornis. U bent niet in staat het automatische zoekproces in uw geheugen te laten plaatsvinden. Steeds opnieuw proberen het woord toch te herinneren heeft geen zin. Om een dergelijk woord te vinden is het goed iets anders te proberen, bijvoorbeeld te denken aan de titel van een boek van die schrijver of aan een situatie waarin u zich het woord nog wel

wist te herinneren, of door bijvoorbeeld het boek voor te stellen of door iets heel anders te gaan doen. Via deze omweg (*bypass*) lukt het dan wel. Bij een functiestoornis gebeurt hetzelfde: het plaatsvinden van automatische processen (bijvoorbeeld hoe te lopen of praten) lukt niet, hoe hard u het ook probeert. Met een behandeling wordt geprobeerd via een omweg (*bypass*) dit weer wel te laten lukken.'

Tip

Het kan nuttig zijn te vermelden dat bij veel patiënten helemaal geen oorzaak voor de klachten gevonden wordt. Vermijd discussies over het al dan niet aanwezig zijn van stressvolle levensgebeurtenissen. Geef aan dat vaak niet te achterhalen valt wat de oorzaak is van de klachten. Voor de behandeling van de klachten is het echter niet nodig om de oorzaak van de klachten te weten. Onafhankelijk daarvan kan een behandeling toch succesvol plaatsvinden.

'Bij een behandeling van een motorische functiestoornis wordt gezocht naar een omweg om uw klachten te beïnvloeden. Hypnose kan zo'n omweg zijn. De behandeling van deze klachten met hypnose gaat terug tot in het begin van de twintigste eeuw. Uit recent neurowetenschappelijk onderzoek is gebleken dat bij hypnose en motorische functiestoornissen dezelfde gebieden in de hersenen actief zijn. Veel mensen kennen hypnose van de televisie of van toneelhypnotiseurs. Hypnose lijkt dan tot allerlei rare verschijnselen te kunnen leiden. In werkelijkheid is hypnose niets bijzonders. Het is een natuurlijk fenomeen, dat ook bij dieren voorkomt. Hypnose is eigenlijk een heel geconcentreerde toestand. Wanneer u bijvoorbeeld heel geconcentreerd een boek leest, vergeet u vaak de omgeving om u heen. U bent dan in een soort trance-toestand. Hypnose maakt gebruik van dezelfde vaardigheid: u richt uw aandacht, waardoor u in een trancetoestand raakt. Tijdens een dergelijke trancetoestand voelen mensen zich meestal ontspannen. U weet precies wat er gebeurt en u doet geen dingen die u niet wilt. In de behandeling wordt geprobeerd om met hypnose uw klachten te beïnvloeden. Een belangrijk deel van de behandeling bestaat uit het zelf leren toepassen van de hypnosetechnieken. Dit noemen we zelfhypnose. Vervolgens krijgt u ook oefeningen

voor thuis, die u verder helpen de functiestoornis te overwinnen. Uit wetenschappelijk onderzoek is gebleken dat bij meer dan 80% van de mensen zo'n behandeling goed werkt.'

Vraag na of de patiënt de uitleg begrepen heeft.

#### *Cotherapieut*

Motiveer de patiënt iemand in zijn of haar omgeving te zoeken die als cotherapeut kan fungeren, bijvoorbeeld een partner, ouder of goede vriend of vriendin. Een cotherapeut is nodig bij sommige huiswerk-oefeningen en bij de klachtenregistratie.

#### *Registratieopdracht*

Vraag de patiënt vanaf nu een registratie bij te houden van de klachten. Bij klachten die fluctueren in ernst wordt een doorlopende klachtregistratie (bijlage 1) meegegeven, waarmee de patiënt de ernst van de klacht bijvoorbeeld per dagdeel scoort. Bij aanvalsgewijze klachten kan worden volstaan met een registratie van de frequentie en duur van de aanvallen (bijlage 2).

#### Tip

Soms is het klachtenpatroon onveranderlijk over de loop van de dag en kan de patiënt het nut van de registratie in twijfel trekken. Leg uit dat de registratie ook dan van groot belang is. De eerste veranderingen zijn in zulke gevallen vaak klein en het is nodig dat juist deze kleine veranderingen goed worden opgemerkt.

Bespreek vervolgens het belang van huiswerkopdrachten. Gedurende de behandeling is de patiënt dagelijks tijd kwijt met het uitvoeren van huiswerkopdrachten. Benadruk het belang van de opdrachten voor een succesvolle behandeling.

#### *Huiswerk*

1. Eventueel een kopie van de rationale van de behandeling als informatiefolder meegeven en vragen deze nog eens (zelf en door partner, familie, e.a.) goed door te lezen.
2. Bijhouden van de klachtenregistratie.

3. Vraag de patiënt (ook) de volgende zitting(en) om een 'cotherapeut' mee te nemen. Dit geldt voor zowel sessies 2a als 2b.

*Algemene sessie 2a: hypnose*

*Enkele opmerkingen over hypnose vooraf*

Vooraf aan de bespreking van de sessie volgt hier eerst een aantal opmerkingen over het geven van hypnotische suggesties en hypnose. Het geven van suggesties wordt voorafgegaan door het creëren van een context waarin de suggesties en het opvolgen daarvan bijna vanzelfsprekend zijn. Een suggestie is een beschrijving van het gedrag dat de therapeut bij de patiënt wil oproepen (Spinhoven, 1991). Noem eerst een observatie van de patiënt die door de patiënt kan worden getoetst aan zijn of haar daadwerkelijke gedrag of ervaring, en koppel hier een interpretatie aan, bijvoorbeeld de observatie dat de ogen meer gaan knippen, de ademhaling langzamer wordt of de patiënt meer gaat slikken en de interpretatie dat dit tekenen zijn van toenemende ontspanning. Door dit meerdere keren te doen ontstaat in de beleving van de patiënt een positieve context: de therapeut is erg kundig in het oppikken en begrijpen van de momentane ervaringen van de patiënt. Binnen die sfeer worden vervolgens suggesties gegeven waarbij gedrag of ervaringen van de patiënt die nog niet op dat moment plaatsvinden, worden voorspeld.

Voorbeeld

*'Uw ogen gaan wat meer knippen (observatie). Dat is een teken van ontspanning (interpretatie). Het kan zijn dat uw ogen steeds zwaarder worden en langzaam dichtvallen (suggestie).'*

Kies voor permissieve suggesties: *'Het kan zijn dat u merkt dat uw hand zwaar wordt,'* heeft de voorkeur boven: *'Uw hand wordt nu zwaar'.* Permissieve suggesties kunnen in vergelijking met autoritaire suggesties op een meer natuurlijke wijze nog eens herhaald en versterkt worden. Ook geeft het negeren van permissieve suggesties minder problemen dan wanneer de patiënt een autoritaire suggestie negeert.

Meestal worden suggesties gericht gegeven, maar binnen een permissieve benadering kan een suggestie ook indirect worden gegeven, bijvoorbeeld door de patiënt een keuzemogelijkheid te bieden. Hierdoor wordt voorkomen dat de patiënt meent dat een hypnose-

oefening verkeerd loopt als hij of zij iets anders waarneemt dan was gesuggereerd.

Voorbeeld

Indirecte suggesties door middel van keuzemogelijkheden kunnen er als volgt eruitzien:

*'... richt uw aandacht nu op uw rechterhand en wacht rustig af wat er gaat gebeuren. Door de aandacht en het fixeren van de aandacht op uw hand kunnen er veranderingen optreden in het gevoel van de hand. Het kan zijn dat u tintelingen voelt of een warm gevoel. Sommige mensen merken kleine spiertrekkingen op, anderen ervaren een licht gevoel in de hand.'*

Hypnose wordt gekenmerkt door een aantal veelvoorkomende fenomenen. Het eerste fenomeen is dat mensen tijdens trance vaak een diepe relaxatie ervaren. De patiënt beleeft trance als aangenaam en ervaart begeleidende lichamelijke verschijnselen van loomheid van armen en benen en een verminderde neiging om spontaan te spreken en te handelen. Ook de ademhaling wordt tijdens trance langzamer en dieper.

Een tweede fenomeen is de mogelijkheid om een verandering in de perceptie te ervaren. De patiënt kan – na suggesties dat de hand bijvoorbeeld zwaar wordt of juist licht, of dat de hand minder gevoelig is voor warmte, kou of pijn – ervaren dat beïnvloeding van de waarneming van lichamelijke sensaties mogelijk is. Als de patiënt een eerste veranderde sensatie waarneemt, is bovendien de kans groot dat volgende, directe suggesties om die sensaties te versterken, ook effectief zijn.

Voorbeeld

De patiënt geeft aan dat hij een zwaar gevoel waarneemt na indirecte suggesties van een veranderende perceptie in de hand.

*'... Concentreert u zich maar op dat zware gevoel... een zwaar gevoel in uw hele hand... steeds zwaarder en zwaarder... lood en lood zwaar...'*

Een derde fenomeen is de mogelijkheid om posthypnotische suggesties te geven. De posthypnotische suggestie is een suggestie die tijdens een

hypnosesessie wordt gegeven, maar die na de sessie van invloed kan zijn.

Voorbeeld

Bij een patiënt met een slappe verlamming in de benen wordt de posthypnotische suggestie gegeven dat er na de hypnosezitting sensaties of spiertrillingen in het verlamde lichaamsdeel kunnen optreden. Bijvoorbeeld 's avonds voor het slapengaan of soms zomaar overdag.

Gebruik hypnose in de behandeling van conversiesymptomen om de perceptie van lichamelijke sensaties te beïnvloeden. Suggereer bijvoorbeeld zwaarte bij tremoren in armen of benen of tintelingen in verlamde, gevoelloze lichaamsdelen.

*Vorbereitung*

Zet de audio-opnameapparatuur klaar en controleer de geluidskwaliteit. Zet ook een videocamera klaar. Als de patiënt zich achteraf niets herinnert van de trancetoestand (posthypnotische amnesie), kan de video-opname worden gebruikt om de oefeningen na te bespreken.

*Huiswerkbespreking*

Vraag na of de patiënt de informatiefolder heeft gelezen en of hij nog vragen heeft. Bekijk en bespreek de klachtenregistratie.

*Cothérapeut*

Heet de meegekomen cotherapeut welkom. Leg uit dat de cotherapeut een belangrijke rol heeft in de behandeling. Hem of haar zal gevraagd worden te helpen bij de klachtregistratie en bij enkele huiswerkopdrachten.

*Voorbespreking hypnose:*

Begin met een uitleg van de procedure. Vraag wat de patiënt verwacht van de hypnose en stel eventuele irreële verwachtingen bij. Start met een suggestibiliteitstest als eerste kennismaking met de hypnose:

'Ik wil u vragen de ogen te sluiten en de armen vooruit te steken met de handpalmen omhoog. Zo is het goed. Ik wil u vragen u voor te stellen dat op uw linkerhand een zware stapel boeken ligt. Uw hand en arm beginnen nu zwaar aan te voelen, alsof het gewicht ze omlaagduwt. Hoe meer dat zware gevoel ontstaat, des te meer de arm de neiging krijgt om omlaag te gaan. Langzaam omlaag, meer en meer en zwaarder en zwaarder. Uw linkerarm voelt zeer zwaar en loom aan. Daar zakt de arm, langzaam maar zeker, steeds zwaarder wordt het gewicht. De hand wordt zo zwaar, te zwaar om recht te houden. En daar zakt hij, en daar zakt hij.'

Als de linkerhand een flink stuk gedaald is, vraag de patiënt dan de ogen te openen en naar de armen te kijken. Deze test is suggestief en versterkt de geloofwaardigheid van de behandelprocedure met hypnose.

#### Tips

- Vraag na of de patiënt ooit trance tijdens meditatie of yoga heeft ervaren. Als dat het geval is, luidt het advies zich tijdens de hypnose-inductie voor te stellen in een meditatie- of yogasituatie te zitten.
- Wanneer de patiënt geen oefening durft te doen, kan het helpen de oefening eerst voor te doen bij de cotherapeut, de ouder of een beschikbare collega. Vaak leidt het zien van een oefening tot geruststelling en nieuwsgierigheid en is de patiënt daarna bereid de oefening zelf te ondergaan. Het bespreken van natuurlijk voorkomende trance-ervaringen kent ook een geruststellend effect. Misschien kent de patiënt wel trance-ervaringen tijdens het sporten (bijvoorbeeld de *runners high*, een toestand van trance die optreedt na een lange tijd hardlopen), trance tijdens het autorijden (de zogenaamde *highway hypnosis*) of tijdens het lezen van een spannend boek.
- Tijdens de trance kan het nuttig zijn om directe feedback van de patiënt te krijgen over zijn of haar ervaringen. Dit kan eenvoudig worden verkregen door tijdens de oefening de patiënt naar diens ervaringen te vragen. Het is handig om voorafgaand met de patiënt een signaal af te spreken, bijvoorbeeld een hoofdknik of het optillen van een vinger, ten teken van een bevestigend antwoord. Ook kan de patiënt verteld worden dat hij of zij tijdens trance gewoon

kan praten. Als oefening kan de patiënt gevraagd worden een keer ja en nee te zeggen, terwijl hij in trance is.

#### *Hypnose*

Zet de audio-opnameapparatuur klaar. Leg uit dat bij een trance-inductie met oogfixatie de patiënt gevraagd gaat worden de ogen op een stip op de muur te fixeren. Door zich goed en langdurig op één plek te concentreren, treedt er een trancetoestand op. Tijdens een trance ervaart iemand een prettig ontspannen gevoel. In hypnose kunnen er veranderingen in het gevoel optreden, bijvoorbeeld een loom en zwaar gevoel in de spieren.

Vraag de patiënt goed rechtop in de stoel te gaan zitten, met beide benen op de grond en de armen op de stoelleuning ('koetsiershouding'). Laat de patiënt de ogen op een stip op de muur fixeren. Zorg dat er geen afleidende stimuli tussen de patiënt en de muur zijn. Kies een positie opzij van de patiënt. Let op dat u in staat bent de patiënt ook van opzij goed waar te nemen, opdat u bijvoorbeeld het knipperen en sluiten van de ogen goed kunt zien. Geef permissieve suggesties dat er een gevoel van trance optreedt (zie bijlage 5 voor een uitgebreide beschrijving van de trance-inductie). Suggereer bijvoorbeeld dat de ogen mogelijk meer gaan knipperen en zwaarder worden, dat de stip op de muur van kleur of vorm kan veranderen en dat het lichaam zwaarder en lomer begint te voelen. Laat uw observaties hierbij leidend zijn.

Houd het spreektempo laag. Benadruk dat de patiënt niets zelf moet doen, maar moet laten gebeuren wat er gebeurt en dat tijd hierbij niet belangrijk is. Suggereer tevens dat er een prettige, aangename ontspanning optreedt. Wanneer de ogen niet gaan knipperen, kan de suggestie worden gegeven dat de patiënt, als hij of zij zin heeft de ogen te sluiten, dat gewoon kan doen. Wanneer de patiënt na vijf of zes minuten de ogen nog niet heeft gesloten, zeg hem dan dat hij de ogen kan sluiten.

#### Voorbeeld

Suggesties om de ogen te sluiten kunnen als volgt geformuleerd zijn.

*'... concentreer u nu op die ene plek op de muur... het kan zijn dat uw ogen wat meer gaan knipperen, dat ze zwaarder beginnen te voelen... soms kan de stip op de muur van vorm of kleur veranderen... zo is het goed... een prettig ontspannen gevoel... we hebben*



*alle tijd... en als de ogen zo zwaar worden dat u ze bijna niet meer kunt openhouden... laat ze dan maar rustig dichtvallen en de ontspanning over u komen... laat het maar gebeuren... U zult merken dat als de ogen eenmaal gesloten zijn u in een plezierige ontspannen toestand geraakt... we wachten rustig af op wat komen gaat.'*

Als de patiënt de ogen heeft gesloten, wordt een verdiepingstechniek toegepast. Geef vooraf de suggestie dat met het toepassen van een dergelijke techniek de trance dieper wordt en het prettige, ontspannen gevoel sterker zal zijn. Hieronder volgen enkele voorbeelden.

#### Voorbeeld van verdiepingstechnieken

- Tel van 1 tot 20 en geef de suggestie dat er bij elke tel steeds meer ontspanning optreedt.  
*'1, 2, 3... steeds meer ontspannen... 4, 5, 6... een loom zwaar gevoel... 7, 8, 9... prettig en diep ontspannen...'* enzovoort.
- Vraag de patiënt zich een trap voor te stellen, zichzelf voor te stellen deze trap af te lopen en bij elke trede steeds meer ontspannen te raken.  
*'Ik wil u nu vragen uzelf voor te stellen, terwijl u bovenaan een trap staat... Ziet u de trap... de leuning?... Zo is het goed... Loopt u de trap maar rustig af... helemaal naar beneden... en met elke trede zult u merken steeds dieper ontspannen te raken... Geeft u maar een teken wanneer u beneden bent... Zo is het goed.'*

#### Tip

Gebruik bij loopproblemen of verlamming het beeld van een lift in plaats van een trap.

- Vraag de patiënt voorafgaand aan de trance-inductie naar een herinneringsbeeld waarin hij of zij zich zeer prettig en ontspannen voelde. Vraag naar kenmerken van de situatie: wanneer het was, de omgeving, het weer, het gevoel. Geef na de trance-inductie instructies om dit beeld op te roepen en geef suggesties om het gevoel terug te halen:  
*'Denk maar terug aan dat prettige beeld... dat prettige, onbezorgde, ontspannen gevoel.'*

Geef voor het beëindigen van de hypnoseoefening de posthypnotische suggestie dat de patiënt zich na de oefening prettig en ontspannen zal voelen.

Voorbeeld

De posthypnotische suggestie kan als volgt geformuleerd zijn.  
*'Straks gaan we de oefening beëindigen... Na het beëindigen van de oefening zult u merken dat uw hoofd weer helemaal helder is en u zich kalm en ontspannen voelt.'*

Beëindig de oefening na ongeveer vijftien minuten. Vraag de patiënt terug te komen naar het hier en nu, langzaam, in zijn of haar eigen tempo. Het kan daarbij helpen tot drie te tellen en bij elke tel de patiënt zich meer te laten oriënteren op het hier en nu en de patiënt te vragen om bij drie de ogen open te doen.

Voorbeeld

Beëindiging van de trance kan als volgt geformuleerd zijn.  
*'Zo dadelijk tel ik tot drie en bij elke tel wordt u steeds meer wakker... 1... 2, bal uw vuisten... 3, adem diep in en open uw ogen, adem uit en kijk even goed om u heen.'*

*Nabespreking hypnose*

Schakel de audio-opnameapparatuur uit en bespreek de oefening. Vraag na wat de patiënt heeft gemerkt en of dit overeenkwam met zijn verwachtingen. Soms voelen mensen zich na de trance nog wat slaperig of vermoeid. Geef aan dat dit een normale reactie is. Bekijk eventueel samen de videobeelden.

Tip

De patiënt wordt gevraagd thuis vijf tot tien keer per dag met de audio-opname te oefenen. Deze hoge frequentie heeft als doel dat de patiënt snel leert om in en uit trance te raken. Daarbij leert de ervaring dat wanneer gevraagd wordt tien keer te oefenen,

patiënten dit acht keer doen; bij de vraag de opdracht vijf keer te oefenen, zou dit slechts drie keer zijn geweest.

#### *Huiswerk*

1. Klachtenregistratie.
2. Geef de patiënt de audio-opname van de trance-inductie mee. De oefening wordt vijf tot tien keer per dag gedaan en hij turft de ervaringen met behulp van het Oefeningendagboek (bijlage 3). Als de patiënt eraan toe is om de oefening zonder hulp van de audio-opname uit te voeren, dan dient dat te worden gestimuleerd.

#### *Algemene sessie 2b: katalepsie*

##### *Enkele opmerkingen over katalepsie vooraf*

Voorafgaand aan de bespreking van de sessie volgt hier eerst een aantal opmerkingen over katalepsie. Katalepsie is een bijzonder fenomeen dat bekend is uit observaties bij dieren en daar bekendstaat onder de naam 'tonische immobiliteit'. Een prooidier kan bij een aanval door een roofdier met immobiliteit (schijn dood) reageren als vluchten of vechten geen opties meer zijn als een manier om te overleven. Ook bij mensen is deze tonische immobiliteit gevonden in reactie op extreem bedreigende situaties (Abrams, Carleton, Taylor, & Asmundson, 2009). De veronderstelling is dat deze reactie een adaptief, geautomatiseerd optredend defensiemechanisme is (Marx, Forsyth, Gallup, Fusé, & Lexington, 2008).

Sacerdote (1970) ontwikkelde het opwekken van katalepsie als een hypnosetechniek voor therapeutische doeleinden. Hij beschreef de techniek als een inductietechniek om mensen in hypnotische trance te brengen. Hij bemerkte daarbij dat ook de perceptie van pijn in een kataleptische hand verminderde. Ook in later onderzoek werd gevonden dat de perceptie van de hand veranderde als deze kataleptisch was. Proefpersonen met een kataleptische en een niet-kataleptische hand ervoeren een verschil in stijfheid, rigiditeit, tintelingen, doofheid en zwaarte tussen de twee handen (Hagenaars, Roelofs, Hoogduin & Van Minnen, 2006). Katalepsie bleek bruikbaar bij de behandeling van de conversiestoornis (Hoogduin, 2007). Het is mogelijk armen, benen en ook het gehele lichaam in een kataleptische toestand te brengen, waardoor de spieren een neiging vertonen om in een bepaalde stand te blijven. Katalepsie is geschikt om een gevoel van stijfheid te bevorderen bij patiënten met tremoren of krachtverlies in armen en benen of bij patiënten met problemen van coördinatie en

balans. Met behulp van katalepsie kunnen de patiënten leren zich in een immobiele, stabiele houding te brengen en deze vast te houden, waardoor ze weer kunnen leren te lopen of te blijven staan (zie Hoogduin, 2007).

#### *Huiswerkbespreking*

Vraag na of de patiënt de informatiefolder heeft gelezen en of hij nog vragen heeft. Bekijk en bespreek de klachtenregistratie.

#### *Cotherapieut*

Heet de meegekomen cotherapeut hartelijk welkom. Leg uit dat de cotherapeut een belangrijke rol heeft in de behandeling. Hem of haar zal worden gevraagd te helpen bij de klachtenregistratie en bij enkele huiswerkopdrachten.

#### *Voorbespreking katalepsie-inductie*

Vertel dat katalepsie een natuurlijk fenomeen is en voorkomt bij dieren en mensen en dat er geen nadelige gevolgen aan de techniek zitten. De informatie kan als volgt luiden (ontleend aan Hagenaars et al., 2006).

‘Uw spieren zijn voortdurend actief, bijvoorbeeld om te zitten, te staan of te lopen. Wat we nu gaan doen, is de spieren, bijvoorbeeld van uw arm, ‘in verwarring brengen’. We doen dit door de spieren wisselende informatie te geven. 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.’

Controleer of de patiënt de informatie heeft begrepen en of hij nog vragen heeft. Let erop dat de patiënt goed begrepen heeft dat u hem of haar bij de pols gaat vastpakken.

### *Katalepsie-inductie*

Induceer de katalepsie eerst in een niet-aangedaan lichaamsdeel, bij voorkeur een arm. Laat de patiënt rechtop in de stoel zitten, voeten op de grond, armen op de stoelleuning ('koetsiershouding'). Leg de arm van de patiënt dusdanig op de stoelleuning, dat deze door een leuning ondersteund wordt, maar dat de onderarm kan bewegen. Pak dan de pols vast met beide handen, de duimen boven en de vingers onder. Til vervolgens de onderarm naar boven en duw de arm dan weer langzaam naar beneden, wisselend de arm optillend en weer omlaag brengend, terwijl er intussen ook tegenkracht wordt uitgeoefend. Als de arm opgetild wordt, geeft u een tegendruk met de duimen, en omgekeerd: als u de arm omlaag duwt, oefent u een tegendruk uit met de vingers. Breng de arm langzaam naar boven – het gaat maar om millimeters – tot er een punt komt dat u een zekere weerstand voelt tegen de beweging. Daarna volgt weer een lichte beweging naar beneden.

Benoem tijdens de inductie telkens wat u in de arm voelt, bijvoorbeeld 'losjes' of 'een beetje stijfjes nu', en merk op dat dit een eerste teken is dat de katalepsie op gaat treden. Het is van belang dat het voor patiënten duidelijk is dat zij geen enkele taak hebben. 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 eenvoudig te onderzoeken of de katalepsie aanwezig is door de hand los te laten en de arm lichtjes omlaag te duwen. Dat gebeurt door een lichte gelijkmatige druk op de arm, waarbij de arm een halve tot één centimeter uit de ingenomen positie wordt geduwd. Als de arm kataleptisch is, veert hij terug naar de oorspronkelijke stand.

#### Tip

Tijdens de katalepsie-inductie kunnen suggesties helpen om de inductie te laten slagen. De volgende suggesties kunnen worden gegeven: stijfheid, tintelingen, slapend gevoel, doof gevoel, wattig gevoel, alsof de hand niet meer bij het lichaam hoort. Vraag na wat de patiënt in de arm ervaart en stel voor dat hij gaat proberen de ervaring sterker te maken. Als de patiënt een veranderd gevoel beleeft, vraag hem of haar dan zich daarop te concentreren. De patiënt kan ook helpen door zich een beeld voor te stellen dat onbeweeglijkheid symboliseert, bijvoorbeeld dat de arm van hout is, of van staal, onbeweeglijk en onwrikbaar.

#### *Valkuil*

Patiënten proberen soms te helpen bij de inductie door mee te bewegen wanneer de arm omlaag of omhoog wordt gebracht. Dit heeft echter tot gevolg dat de katalepsie niet optreedt vanwege het feit dat de spieren zich instellen op een nieuwe situatie. Belangrijk is dan dat de patiënt wordt afgeleid of suggesties krijgt over stijfheid in die arm. Hetzelfde geldt voor patiënten die ervaring hebben met ontspanningstechnieken en proberen hun arm te ontspannen. De arm wordt dan zwaar, maar dit is evenmin de bedoeling. De katalepsie treedt dan niet op en de arm zal verder omlaagzakken. Als de patiënt de arm ontspant, voelt deze zwaar, als een dood gewicht, aan.

#### Tip

Als de patiënt het eng vindt, demonstreer de katalepsie dan door deze eerst bij de cotherapeut te induceren. Beschrijf wat u doet en wat u voelt. Laat de patiënt vervolgens de kataleptische arm voelen. Demonstreer ook dat de katalepsie direct verdwijnt zodra het lichaamsdeel bewogen wordt.

Als de katalepsie succesvol is geïnduceerd, laat de patiënt dan onderzoeken hoe de katalepsie aanvoelt, door met de andere hand de kataleptische arm aan te raken. Laat de cotherapeut ook de arm voelen. Vervolgens wordt de cotherapeut geïnstrueerd hoe de katalepsie geïnduceerd kan worden, zodat er thuis verder geoefend kan worden. De therapeut induceert de katalepsie bij de cotherapeut, zodat deze bekend is met het gevoel. Daarna induceert de cotherapeut de katalepsie bij de therapeut en ten slotte bij de patiënt. Coach hem of haar bij de inductie en controleer of de arm goed kataleptisch wordt. Complimenteer de patiënt en de cotherapeut wanneer de inductie succesvol verloopt. Suggereer ook dat het een gunstig teken is voor de verdere behandeling als de patiënt goed is in het induceren van katalepsie.

#### Tips

- Als het tijdens de zitting na twintig minuten niet gelukt is om de katalepsie te induceren bij de niet-aangedane hand, is verder onderzoek geboden. Beïnvloeding van een aangedane arm of aangedaan been kan veel langer dan een uur vragen, maar bij een niet-aangedane hand zou dit binnen maximaal

twintig minuten bewerkstelligd moeten zijn. Als het niet lukt, breek de zitting dan af en stel voor het de volgende zitting opnieuw te proberen. Zorg voor een positieve afsluiting, bijvoorbeeld dat het vandaag weliswaar niet gelukt is, maar dat dit niet ernstig is en dat het de volgende keer weer opnieuw wordt geprobeerd. Overweeg ook om suggesties van katalepsie na een formele trance-inductie te geven (zoals beschreven in sessie 2a).

- De patiënt krijgt als huiswerk de opdracht vijf tot tien keer per dag te oefenen met de katalepsie-inductie. Deze hoge frequentie heeft als doel dat de patiënt de katalepsie snel kan induceren en dat het uiteindelijk een automatisme wordt. Daarbij leert de ervaring dat wanneer gevraagd wordt tien keer te oefenen, patiënten dit acht keer doen; bij de vraag de opdracht vijf keer te oefenen, zou dit slechts drie keer zijn geweest.

#### *Huiswerk*

1. Klachtenregistratie.
2. De patiënt oefent thuis vijf tot tien keer per dag met de katalepsie-inductie. De cotherapeut induceert thuis de katalepsie en de ervaringen met de oefening worden genoteerd met behulp van het Oefeningendagboek (bijlage 3).

Klachtspecifieke sessies: slappe verlammingen

#### *Sessie 3 bij slappe verlammingen*

##### *Voorbereiding*

Zet de audio-opnameapparatuur en de videocamera klaar.

##### *Huiswerkbespreking*

Bekijk de klachtenregistratie. Ga na of de patiënt de trance-inductie heeft geoefend en bekijk samen het Oefeningendagboek (bijlage 3). Vraag hoe de oefeningen verlopen zijn en of het lukte om op een rustige plek en een rustig tijdstip te oefenen.

*Voorbespreking hypnose (vervolg)*

Vraag de ervaringen van de trance-inductie na. Wat ervoer de patiënt als prettig of onprettig? Bespreek eventuele onduidelijkheden of bezorgdheden met de patiënt. Maak duidelijk dat er niets tegen de zin van de patiënt in zal gebeuren en dat trance een natuurlijk, onschadelijk fenomeen is. Geef voorafgaand aan de inductie suggesties over wat er tijdens de trancetoestand zou kunnen gebeuren, zodat er bij de patiënt verwachtingen worden gewekt over de hypnose. Dit kan als volgt:

‘In de diepe ontspanning die hoort bij trance verandert het beleven van het gevoel. Er kunnen bijvoorbeeld tintelingen in het verlamde been of de aangedane arm ontstaan of een dik of dof gevoel, soms ook pijnlijke gevoelens. Ook kan het zijn dat er in de spieren spontaan trillingen of schokjes op gaan treden.’

*Hypnose (vervolg)*

Zet de audioapparatuur en eventueel de videocamera aan. Induceer de trance door middel van oogfixatie, al dan niet gevolgd door een verdiepingstechniek. Geef tijdens de trance permissieve suggesties van een veranderd gevoel in het aangedane lichaamsdeel of de mogelijkheid van het optreden van spontane schokjes en trillingen van de spieren. Geef permissieve suggesties dat er bepaalde sensaties kunnen optreden, zoals tintelingen of een doof, loom of stijf gevoel. Ontmoedig de patiënt tijdens de trance om zelf te proberen te bewegen, maar laat de patiënt rustig wachten tot een bepaalde sensatie of beweging spontaan optreedt. Maak duidelijk dat tijd onbelangrijk is en dat in alle rust wordt gewacht.

Kies een positie waarin u de patiënt goed kunt zien. Volg nauwlettend elke beweging in het aangedane lichaamsdeel, hoe klein ook. Benoem elke beweging en bekrachtig bewegingen positief. Blijf telkens herhalen dat de patiënt zelf niets hoeft te doen, dat er alle tijd is en dat hij of zij kan laten gebeuren wat er gebeurt. Zeg bijvoorbeeld:

‘Het kan zijn dat u tintelingen voelt, of een doof of stijf gevoel... we wachten rustig af of we een eerste beweging zien... de grote teen geeft een heel klein schokje... we gaan kijken wat er gebeurt... de grote teen geeft weer een kleine beweging... zo is het goed... u hoeft niets te doen... laat maar gebeuren wat er gebeurt.’

Houd een rustig tempo aan. Haast u niet tijdens de oefening, maar wacht zelf ook rustig af of er iets gebeurt. Creëer een verwachtings-



volle context waarin de patiënt niet kan falen. Laat rustig stiltes van een halve minuut of een minuut vallen. Benoem de kleinste bewegingen of veranderingen als betekenisvol.

Beëindig na ongeveer zestig minuten de zitting. Wanneer tijdens een zitting goede vooruitgang wordt geboekt, probeer dan wat langer door te gaan. Geef voor beëindiging de posthypnotische suggestie dat bepaalde sensaties of ongecontroleerde spierbewegingen ook na de hypnose, tijdens de oefeningen of spontaan in ontspannen toestand of voor of na het slapengaan, kunnen optreden.

#### *Nabespreking hypnose (vervolg)*

Vraag na welke sensaties de patiënt waarnam tijdens de oefening. Traden er bepaalde sensaties op en zo ja, waar in het lichaam werd dit gevoeld? Wanneer er kleine bewegingen waren, vraag dan specifiek uit of de patiënt sensaties ervoer voorafgaand aan deze bewegingen. Vaak rapporteren patiënten een gespannen of pijnlijk gevoel. Schrijf deze sensaties op, zodat ze in de volgende zitting direct gesuggereerd kunnen worden. Dit in de verwachting dat er opnieuw spierbewegingen zullen volgen. Schrijf deze sensaties in volgorde van voorkomen op, zodat een sequentielijst ontstaat. Vraag ook de aanwezige cotherapeut of hij of zij kleine bewegingen of andere bijzonderheden heeft opgemerkt.

#### Tips

- Sommige patiënten hebben geen herinneringen aan de trancetoestand. Laat hun dan tijdens de nabespreking een fragment van de video-opname van de zitting zien.
- De patiënt krijgt de audio-opname van de zitting mee naar huis en oefent dagelijks minimaal één keer (hoe vaker, hoe beter) met de audio-opname. Adviseer de patiënt een paar keer te oefenen in aanwezigheid van de cotherapeut, zodat hij of zij de eventuele bewegingen kan observeren.

#### *Huiswerk*

1. Klachtenregistratie.
2. Dagelijks minimaal één keer afluisteren van de audio-opname van de hypnoseoefening en de ervaringen registreren met het Oefeningendagboek (bijlage 3).

*Sessie 4 bij slappe verlammingen*

*Vorbereiding*

Zet de audio-opnameapparatuur en de videocamera klaar.

*Huiswerkbespreking*

Bekijk de klachtenregistratie. Bespreek hoe de hypnoseoefening is verlopen. Als er bij het oefenen thuis eveneens spierbewegingen of veranderde sensaties zijn opgemerkt, benoem dit dan als een positieve verandering. Vraag goed uit welke bewegingen of sensaties er optraden. Deze informatie kan later gebruikt worden tijdens de hypnoseoefening.

Wanneer er bij de oefening thuis geen sensaties of bewegingen waren, zeg dan dat het goed is dat de patiënt is blijven oefenen en dat u benieuwd bent hoe de zitting vandaag gaat verlopen.

**Tip**

Vraag aan de cotherapeut of hij of zij veranderingen heeft opgemerkt. Vaak merkt de omgeving kleine veranderingen eerder op dan de patiënt zelf. Vraag specifiek of er bewegingen waren te zien wanneer de patiënt ontspannen was, bijvoorbeeld voor de televisie of tijdens het slapen. Vertel ook dat het niet ongebruikelijk is dat er al tijdens de eerste weken van de behandeling spontane bewegingen optreden en bovendien dat dit soort bewegingen de kans op een verdere verbetering groter maakt.

*Voorbespreking hypnose (vervolg)*

Gebruik de informatie van de huiswerkbespreking bij deze voorbespreking. Suggereer dat er een grote kans bestaat dat sensaties of spontane bewegingen die de vorige keer optraden, nu weer gaan optreden. Bespreek dat het de bedoeling is dat de patiënt zich tijdens de hypnoseoefening blijft concentreren op bepaalde veranderende sensaties. Daardoor is het mogelijk dat opnieuw bewegingen worden geprovoceerd. Als de patiënt goed in staat is sensaties te benoemen, probeer dan met de patiënt een sequentie vast te stellen van de sensaties die voorafgingen aan de bewegingen.

Herhaal voorafgaand aan de inductie de suggestie dat er tijdens de diepe ontspanning van een trancetoestand mogelijk automatisch bewegingen kunnen optreden. Benadruk dat de patiënt dus niets zelf

hoeft te proberen, maar uitsluitend hoeft te laten gebeuren wat er gebeurt.

Tip

Meestal is de verdiepingstechniek niet meer nodig. Nadat de patiënt thuis goed heeft geoefend, is hij of zij vaak zelf goed in staat om het diepe tranceniveau te halen.

*Hypnose (vervolg)*

Zet de audio- en video-opnameapparatuur klaar. Induceer de trance door middel van oogfixatie, al dan niet opgevolgd door een verdiepingstechniek. Vraag de patiënt zich op de aangedane lichaamsdelen te concentreren en te wachten tot de eerder beleefde sensaties mogelijk weer worden ervaren. Suggereer dat deze opnieuw in de lichaamsdelen zullen optreden. Vraag de patiënt een teken te geven als er sensaties worden ervaren. Nodig de patiënt uit om zich goed te concentreren op deze sensaties. Suggereer dat de beleefde sensaties sterker kunnen worden en dat daarmee de kans op automatisch verlopende spierbewegingen groter wordt.

Wanneer de suggestie wordt gegeven dat de bepaalde sensaties sterker worden, wacht dan op een signaal van de patiënt dat dit ook het geval is. Vraag de patiënt bijvoorbeeld om dan even een vinger op te steken. Geef de suggestie dat door zich goed op dit sterker wordende gevoel te richten, er een spontane beweging kan optreden in het lichaamsdeel. Benoem elke beweging en bekrachtig deze positief.

Blijf patiënten ontmoedigen om actief zelf te proberen te bewegen. Beëindig de oefening na ongeveer zestig minuten. Herhaal de post-hypnotische suggestie dat er in de komende week mogelijk vaker spierschokken of bewegingen zullen voorkomen.

*Nabespreking hypnose (vervolg)*

Vraag na wat de patiënt beleefde tijdens de oefening. Lukte het goed zich op het gevoel te richten? Wat merkte de patiënt aan sensaties of bewegingen? Vielen de cotherapeut nog bijzonderheden op? Stel eventueel de eerder gemaakte sequentielijst van sensaties voorafgaande aan de bewegingen bij.

*Huiswerk*

1. Klachtenregistratie.
2. Dagelijks minimaal één keer oefenen met de audio-opname en registratie van ongecontroleerde beweging of veranderde sensatie met het Oefeningendagboek (bijlage 3).
3. Vraag de cotherapeut te registreren of er af en toe spontane motorische activiteit is.

*Sessie 5 bij slappe verlammingen*

*Vorbereiding*

Zet de audio-opnameapparatuur en de videocamera klaar.

*Huiswerkbespreking*

Bekijk de klachtenregistratie. Bespreek aan de hand van het Oefeningendagboek hoe de hypnoseoefening is verlopen. Vraag na of het goed gelukt is zich te concentreren op het gevoel in het aangedane lichaamsdeel. Vraag aan de patiënt en cotherapeut of er automatische bewegingen zijn opgetreden, zowel tijdens de oefening als daarbuiten.

*Vorbereiding hypnose (vervolg)*

Bespreek opnieuw dat het de bedoeling is dat de patiënt zich tijdens deze oefening richt op de sensaties in de lichaamsdelen en in staat is om deze gevoelens te laten toenemen. Als de aandacht op een pijnlijk of onaangenaam gevoel gericht wordt, is de kans groot dat het gevoel door de gefocuste aandacht toeneemt. Op het moment dat het gevoel sterker wordt, ontstaat de verwachting dat verandering in het verschiet ligt, een context die spontaan optredende bewegingen verder kan provoceren.

*Hypnose (vervolg)*

Zet de audio- en video-opnameapparatuur klaar. Induceer de trance door middel van oogfixatie. Nodig de patiënt uit om zich op de aangedane lichaamsdelen te concentreren en te wachten tot de eerder beleefde sensaties mogelijk weer worden ervaren. Vraag de patiënt een teken te geven wanneer hij of zij het gevoel in de aangedane lichaamsdelen ervaart. Laat de patiënt zich vervolgens op dit gevoel richten en suggereer dat dit gevoel zal toenemen. Geef suggesties dat dit gevoel moeilijk te verdragen kan zijn, maar dat doorzetten helpt spontane activiteit te bevorderen. Zeg bijvoorbeeld:

'Concentreer u nu goed op dat prikkende gevoel in uw arm... concentreer u... en als u zich zo goed concentreert, kan het zijn dat het gevoel toeneemt... steeds meer begint te prikken... een prikkend gevoel door uw gehele arm... een naar, prikkend gevoel... verzet u er niet tegen...'

Als het gevoel versterkt is, suggereer dan dat er mogelijk een spontane beweging – soms een schok, soms een trilling, soms zelfs een hevige beweging – zal optreden. Als het gevoel nog niet versterkt is, laat de patiënt dan de aandacht nog richten op de sensaties.

Vervolg met een shaping-procedure. Iedere beweging die zich voordoet wordt nadrukkelijk vermeld, zoals: u voelt nu een schokje in de pink, we zien nu een beweging in de duim of nu trilt de hand een beetje.

#### Voorbeeld

Hier volgt een korte illustratie van hypnose met shaping:

*'... en nu u dat nare en prikkende gevoel zo sterk in uw arm voelt, kan het zijn dat we een spontane, ongecontroleerde beweging in uw arm zien... we wachten rustig af... u hoeft niets te doen... concentreert u zich op dat nare gevoel... ja, heel goed, we zagen een kleine beweging van uw linkerarm, een heel kleine beweging, heel goed, een teken dat u zich goed concentreert... houd vol... concentreer u op dat nare gevoel...'*

Beëindig de oefening na ongeveer zestig minuten. Bied suggesties voor een gevoel van ontspanning aan het einde van de oefening, waarbij het nare gevoel afneemt. Suggesties worden gegeven van een warm, aangenaam, prettig gevoel. Suggereer dat het nare gevoel wegvloeit, wegstroomt of oplost. Vraag na of de intensiteit van het gevoel is afgenomen. Geef de posthypnotische suggestie dat er ook steeds meer sensaties of bewegingen kunnen voorkomen in normale bewustzijns-toestand.

#### *Nabespreking hypnose (vervolg)*

Vraag na wat de patiënt ervoer tijdens de oefening. Lukte het goed zich op het gevoel te richten en dit te laten toenemen? Wat stelde de patiënt zich voor om het gevoel te laten toe- en afnemen? Noteer alle ervaringen, zodat deze informatie bij de volgende sessie gebruikt kan worden.

*Huiswerk*

1. Klachtenregistratie.
2. Dagelijks minimaal één keer oefenen met de audio-opname en registratie van ongecontroleerde beweging of veranderde sensatie met het Oefeningendagboek.
3. Vraag de cotherapeut te observeren of er af en toe spontane motorische activiteit is.

*Sessie 6 bij slappe verlammingen*

*Vorbereiding*

Zet de audio-opnameapparatuur klaar.

*Huiswerkbespreking*

Bekijk de klachtenregistratie. Bespreek aan de hand van de registratieopdracht hoe de hypnoseoefening is verlopen. Vraag na of het gelukt is zich goed te richten op het gevoel in het aangedane lichaamsdeel. Vraag aan de patiënt en cotherapeut of er automatische bewegingen zijn opgetreden, zowel tijdens de oefening als daarbuiten.

*Voorbespreking hypnose zonder trance-inductie*

Als het de patiënt lukt om tijdens de hypnose het lichaamsdeel te bewegen, geef dan een suggestie met betrekking tot het kunnen bewegen van het lichaamsdeel in normale bewustzijnstoestand. De overgang van oefenen tijdens trance naar oefenen buiten trance wordt vergemakkelijkt door eerst trance te induceren en de patiënt zich op de gevoelens in het lichaamsdeel te laten concentreren. Tijdens de trance wordt de posthypnotische suggestie gegeven dat de patiënt ook na beëindiging van de trance gemakkelijk dit gevoel kan opwekken.

‘Na de hypnoseoefeningen gaan we nu dezelfde oefening doen zonder dat u in trance bent. Ik zal u vragen zich te concentreren op het vreemde gevoel dat u zo vaak in hypnose gevoeld heeft en opnieuw te wachten op de spontane bewegingen. Vervolgens gaan we uw controle op die bewegingen oefenen tot u het net zo kunt als onder hypnose.’

*Hypnose zonder trance-inductie*

Zet de audio-opnameapparatuur aan. Vraag de patiënt zich te concentreren op het gevoel in het aangedane lichaamsdeel. Wek vertrou-

wen in de oefening door aan te geven dat de patiënt (het lichaam) het gevoel al zo goed kent. De oefening is gelijk aan de hypnoseoefening in de vorige sessie, maar dan zonder trance-inductie.

Wanneer de patiënt het lichaamsdeel kan bewegen door zich erop te concentreren, kan met de revalidatie bij een fysiotherapeut worden begonnen. Revalidatie is nodig, omdat bij veel patiënten bij wie de klachten lang hebben bestaan, de spieren niet meer in goede conditie zijn.

**Tip**

Door mee te gaan naar de eerste afspraak bij de fysiotherapeut kan worden gedemonstreerd op welke manier de patiënt weer in staat is het aangedane lichaamsdeel te bewegen en kan de behandeling aan de fysiotherapeut worden overgedragen.

*Huiswerk*

1. Klachtenregistratie.
2. Dagelijks minimaal één keer oefenen met de audio-opname en registratie van ongecontroleerde beweging of veranderde sensatie met het Oefeningendagboek.

Klachtspecifieke sessies: tremor (hypnose)

*Sessie 3 bij tremor*

*Vorbereiding*

Zet de audio-opnameapparatuur en de videocamera klaar.

*Huiswerkbespreking*

Bekijk de klachtenregistratie. Ga na of de patiënt de trance-inductie heeft geoefend en bekijk samen het Oefeningendagboek (bijlage 3). Vraag hoe de oefeningen verlopen zijn en of het lukte om op een rustige plek en een rustig tijdstip te oefenen.

*Voorbespreking hypnose (vervolg)*

Vraag de ervaringen van de trance-inductie na. Wat ervoer de patiënt als prettig of onprettig? Bespreek eventuele onduidelijkheden of

bezorgdheden met de patiënt. Maak duidelijk dat er niets tegen de zin van de patiënt in zal gebeuren en dat trance een natuurlijk, onschadelijk fenomeen is. Geef voorafgaand aan de inductie suggesties over wat er tijdens de trancetoestand gaat gebeuren, zodat er bij de patiënt verwachtingen over de hypnose worden gekweekt. Dit kan als volgt.

'In de diepe ontspanning die hoort bij trance verandert het beleven van het gevoel. Uw lichaam kan hierdoor loom en zwaar aanvoelen. Ook kan het zijn dat de spieren minder actief worden en bewegingen afnemen.'

*Hypnose (vervolg)*

Zet de audio- en video-opnameapparatuur klaar. Induceer de trance door middel van oogfixatie, al dan niet gevolgd door een verdiepingstechniek. Suggereer een algemeen loom en zwaar gevoel. Geef daarna specifieke permissieve suggesties van een veranderd gevoel in het aangedane lichaamsdeel, zoals warm, loom, zwaar of slap. Geef vervolgens suggesties van toenemende gevoelens van warmte, loomte, zwaarte, slapte, enzovoort. Suggereer dat zwaarte een relatie heeft met minder impulsen om te bewegen, het gevoel van vermoeidheid in de ledematen en het verlangen naar inactiviteit. Zeg bijvoorbeeld:

'... prettig ontspannen... een loom, zwaar gevoel... u zit zwaar in uw stoel, de benen staan zwaar op de grond... concentreert u zich nu op uw rechterarm [is het aangedane lichaamsdeel] en laat ook daar het zware gevoel komen... zwaarder en zwaarder... steeds zwaarder... en dat zware gevoel in uw arm leidt tot vermoeidheid in uw arm en het verlangen naar inactiviteit... loodzwaar... uw hele arm is lood- en loodzwaar...'

Vraag de patiënt aan te geven, bijvoorbeeld met een hoofdknik, of de zwaarte wordt ervaren. Vertel elke vermindering van de tremor aan de patiënt, hoe klein ook, en bekrachtig deze positief.

Tip

Suggesties kunnen worden versterkt door beelden te gebruiken die voor de meeste mensen voorstelbaar zijn, bijvoorbeeld zware armen na het tillen van zware boodschappentassen. Of die aangename vermoeide, lome benen na het maken van een wandeling. Zeg bijvoorbeeld:

'... lood en loodzware benen... loodzwaar... ik zie een lichte



*vermindering van de trilling... loodzwaar, zo zwaar, dat u ze bijna niet meer kunt optillen... zo is het goed, het been wordt al iets rustiger...'*

Opnieuw wordt hier gebruikgemaakt van een shaping-procedure. Iedere verandering van de tremor wordt vermeld en met enthousiasme vastgesteld. Beëindig na ongeveer 60 minuten de trance-inductie. Geef voor beëindiging de posthypnotische suggestie dat ook na de hypnoseoefening het lichaam rustig en ontspannen blijft.

#### *Nabespreking hypnose (vervolg)*

Vraag na welke sensaties de patiënt waarnam tijdens de oefening. Lukte het goed het zware gevoel op roepen? Welk beeld kon de patiënt zich goed voorstellen? Maak notities van de opmerkingen van de patiënt, zodat deze bij de volgende sessie gebruikt kunnen worden als directe suggesties. Maak vervolgens direct een nieuwe opname. Een tweede oefening verloopt vaak veel sneller en deze kan worden meegegeven om thuis te oefenen. Zorg voor een opname van vijftien minuten.

#### *Huiswerk*

1. Klachtenregistratie.
2. Dagelijks vijf tot tien keer oefenen met de audio-opname en registratie van de oefening met het Oefeningendagboek (bijlage 3).

#### *Sessie 4 bij tremor (hypnose)*

##### *Vorbereiding*

Zet de audio-opnameapparatuur en de videocamera klaar.

##### *Huiswerkbespreking*

Besprek de klachtenregistratie. Vraag na hoe de oefeningen zijn gegaan en bekijk samen het Oefeningendagboek. Is het goed gelukt het lichaamsdeel loom en zwaar te krijgen? Welke sensaties voelde de patiënt tijdens de hypnoseoefening? Was er een eerste verandering in het trillen? Besprek eventuele problemen bij de huiswerkopdrachten.

*Hypnose (vervolg)*

Zet de audio- en video-opnameapparatuur klaar. Induceer de trance door middel van oogfixatie, al dan niet gevolgd door een verdiepingstechniek. Vraag de patiënt zich op de aangedane lichaamsdelen te concentreren en suggereer opnieuw gevoelens van zwaarte en slaptte. Gebruik de gegevens uit de nabespreking van de vorige sessie om directe suggesties te geven. Laat de patiënt een teken geven als er sensaties worden ervaren en laat de patiënt zich vervolgens goed concentreren op deze sensaties.

Suggereer dat de beleefde sensaties sterker kunnen worden en dat de bewegingen daarmee steeds minder kunnen worden. Benoem elke vermindering van de trilling en bekrachtig deze vermindering positief. Beëindig de oefening na ongeveer dertig minuten. Geef de posthypnotische suggestie dat na het beëindigen van de oefening het aangedane lichaamsdeel mogelijk nog even rustig blijft.

Voorbeeld

Een patiënte met een tremor van het hoofd en de rechterarm concentreerde zich tijdens de trance op een slap gevoel in haar nek en arm. De tremor nam hierdoor af. Buiten trance, als zij heel ontspannen was, had zij ook minder last van de tremor.

Voordat haar klachten ontstonden, had ze de gewoonte één keer per jaar met haar vriendinnen naar een kuuroord te gaan. Op een dergelijke dag voelde zij zich compleet ontspannen. Zij herinnerde zich een heel prettige ervaring, waarbij zij buiten, met de zon op haar gezicht, in een bubbelbad lag.

Dit beeld gebruikte patiënte tijdens de tranceoefeningen. Zij stelde zich voor in het bubbelbad te liggen en dat al haar spieren slap werden. Door zich vervolgens goed op dit slappe gevoel in de armen en nek te richten nam de tremor verder af.

*Nabespreking hypnose (vervolg)*

Vraag na wat de patiënt beleefde tijdens de oefening. Lukte het goed zich op het gevoel te richten? Wat merkte de patiënt aan sensaties of bewegingen? Stel voor om als de tremor af en toe even weg is, de duur van die periode met een stopwatch te meten. In het begin is dit nauwelijks het geval, daarna een fractie van een seconde, dan soms enkele seconden, enzovoort.

De patiënt registreert per dag de afwezigheid van de tremor met een stopwatch waarmee meerdere tijdspannes doorlopend geregis-

treerd kunnen worden (bij het aanzetten loopt de stopwatch verder vanaf het moment waarop deze de vorige keer was stilgezet). Aan het einde van elke dag wordt het totale aantal tremorvrije seconden, minuten of uren vastgesteld en via registratieformulier 'Tremorvrije tijd' (bijlage 4) bijgehouden.

#### *Huiswerk*

1. Klachtenregistratie. De patiënt registreert vanaf nu op het registratieformulier 'Tremorvrije tijd'.
2. Dagelijks vijf tot tien keer afluisteren van de audio-opname. De oefeningen registreren met het Oefeningendagboek.

#### *Sessie 5 bij tremor (hypnose)*

##### *Vorbereiding*

Zet de audio-opnameapparatuur klaar.

##### *Huiswerkbespreking*

Bekijk de klachtenregistratie. Bespreek aan de hand van het Oefeningendagboek hoe de oefeningen zijn gegaan. Is het goed gelukt het lichaamsdeel lome en zwaar te krijgen?

##### *Vorbereiding hypnose zonder trance-inductie*

Wanneer de patiënt goed in staat is het zware gevoel tijdens de tranecetoestand in het aangedane lichaamsdeel op te roepen, wordt de volgende stap gezet door de patiënt buiten de hypnoseoefening het lome, zware gevoel in het aangedane lichaamsdeel te laten oproepen. De overgang van oefenen tijdens trance naar oefenen buiten trance wordt vergemakkelijkt door eerst trance te induceren en de patiënt het zware gevoel in het lichaamsdeel te laten oproepen. Vervolgens wordt de posthypnotische suggestie gegeven dat de patiënt ook na beëindiging van de trance gemakkelijk het lome, zware gevoel kan opwekken:

'We gaan straks dezelfde oefening doen, zonder dat u in trance bent. Ik zal u vragen zich opnieuw te concentreren op het lome, zware gevoel dat u zo vaak in hypnose heeft gevoeld en u zult merken dat u dat zonder hypnose ook kunt. Ook dan zult u zien dat de tremor het minder gemakkelijk heeft en opnieuw langzaam afneemt.'

#### *Hypnose zonder trance-inductie*

Direct aansluitend kan worden geoefend zonder formele trance-inductie. Zet de audio-opnameapparatuur aan. Laat de patiënt zich goed concentreren op het aangedane lichaamsdeel en geef, in overeenstemming met de eerdere hypnoseoefening, suggesties van loomte en zwaarte in het aangedane lichaamsdeel. Gebruik beelden of suggesties op basis van de verzamelde gegevens uit de eerdere sessie. Geef suggesties, volg nauwlettend de bewegingen van het aangedane lichaamsdeel en bekrachtig vermindering van bewegingen positief. Zorg voor een audio-opname van ongeveer vijftien minuten.

#### *Huiswerk*

1. Klachtenregistratie.
2. Dagelijks vijf tot tien keer oefenen met de audio-opname. De oefeningen registreren met het Oefeningendagboek.

Klachtspecifieke sessies: tremor (katalepsie)

#### *Sessie 3 bij tremor (katalepsie)*

##### *Huiswerkbespreking*

Bekijk de klachtenregistratie. Bespreek aan de hand van het Oefeningendagboek (bijlage 3) hoe de oefeningen zijn gegaan. Is het goed gelukt de niet-aangedane arm kataleptisch te krijgen? Welke sensaties voelde de patiënt tijdens katalepsie? Laat de patiënt en de cotherapeut de katalepsie in de arm demonstreren.

##### *Katalepsie (vervolg)*

Als het goed gelukt is de katalepsie te induceren, kan de patiënt proberen de katalepsie zelf te induceren door zich te concentreren op de gevoelens die met katalepsie gepaard gaan. Als de katalepsie in het niet-aangedane lichaamsdeel is geïnduceerd, wordt begonnen met het aangedane lichaamsdeel. Ga aan de slag om katalepsie in het aangedane lichaamsdeel te induceren en daarmee invloed op de tremor te krijgen.

Neem de tijd voor de katalepsie: dit kan zomaar een uur of langer duren. Benoem tijdens de inductie de weerstand die u in het lichaamsdeel voelt en suggereer dat dit een eerste teken is dat de katalepsie zal optreden. Suggereer ook dat wanneer patiënten bedreven zijn geraakt in het induceren van katalepsie in de onaangedane arm, het door-

gaans ook relatief gemakkelijk lukt om katalepsie in het aangedane lichaamsdeel te induceren.

Het doel van deze sessie is niet om het lichaamsdeel volledig kataleptisch en stil te krijgen. Elke vermindering van de tremor, bijvoorbeeld een lichte afname van de frequentie (wat vaak in de derde of vierde zitting plaatsvindt), is een belangrijke vooruitgang. Observeer het aangedane lichaamsdeel goed en geef feedback over veranderingen in het lichaamsdeel. Als het de therapeut gelukt is het aangedane lichaamsdeel kataleptisch of minder beweeglijk te maken, kan vervolgens de partner oefenen met de katalepsie-inductie.

#### Tip

Raak niet ontmoedigd als het lange tijd duurt voor er invloed op het lichaamsdeel is. Blijf de patiënt afleiden door over andere onderwerpen te praten. De patiënt moet niet het idee krijgen dat er een prestatie geleverd moet worden. De katalepsie treedt op zonder beïnvloeding van de patiënt zelf. Vaker is de weerstand die bij de katalepsie hoort even te voelen, maar door de tremor wordt de katalepsie weer opgeheven. Raak daardoor niet ontmoedigd; gebruikelijk is dat de fracties van seconden katalepsie zich uitbreiden tot seconden en ten slotte tot minuten.

Let op de minimale afname van de tremor. Meld dit indirect door bijvoorbeeld de cotherapeut erop te wijzen. De patiënt zit erbij en hoort het in ieder geval.

#### *Huiswerk*

1. Klachtenregistratie.
2. Zelf dagelijks vijf tot tien keer oefenen met de katalepsie-inductie in het niet-aangedane lichaamsdeel.
3. De cotherapeut dagelijks vijf tot tien keer laten oefenen met de katalepsie-inductie in het aangedane lichaamsdeel. De ervaringen met het oefenen registreren met het Oefeningendagboek (bijlage 3).

#### Tip

Vaak zal het de cotherapeut niet lukken om dagelijks 5-10 keer te oefenen. Motiveer de patiënt en cotherapeut dan in ieder geval

om 's avonds en in de weekeinden zo vaak als mogelijk te oefenen.

Het is van belang het aantal keren dat er geoefend is, goed bij te houden!

#### *Sessie 4 bij tremor (katalepsie)*

##### *Vorbereiding*

Zorg voor een stopwatch.

##### *Huiswerkbespreking*

Bekijk de klachtenregistratie. Bespreek aan de hand van het Oefeningendagboek hoe het oefenen met de katalepsie-inductie is gegaan. Laat de patiënt en de cotherapeut de katalepsie in het aangedane lichaamsdeel demonstreren.

##### *Katalepsie (vervolg)*

Induceer opnieuw katalepsie in het aangedane lichaamsdeel. Registreer met behulp van een stopwatch hoelang het aangedane lichaamsdeel na de katalepsie-inductie stilstaat of zo goed als stilstaat. Suggesteer dat deze tijd steeds verder zal toenemen en herhaal de oefening enkele keren. Moedig de patiënt aan het gevoel te versterken door alle aandacht op het gevoel te richten en te proberen het gevoel toe te laten nemen.

##### Voorbeeld

Bij een jonge patiënte met een tremor in de arm lukte het om katalepsie in de aangedane arm te induceren, eerst door de therapeut en later door haar moeder. De patiënte stelde zich tijdens de katalepsie-inductie voor dat haar arm in gips gegoten werd. Ze liet dit gips in haar gedachten steeds stijver worden, totdat haar hele arm van stijf gips was. De therapeut moedigde haar aan zich op dit gips te concentreren en zich voor te stellen hoe het voelde en hoe het eruit zag.

Bespreek dat als de tremor af en toe even weg is, de duur van die periode met een stopwatch wordt gemeten. In het begin is dit vaak

nog helemaal niet het geval, daarna een fractie van een seconde, dan soms enkele seconden, enzovoort. De patiënt registreert per dag de afwezigheid van de tremor met een stopwatch waarmee meerdere tijdspannes doorlopend geregistreerd kunnen worden (bij het aanzetten loopt de stopwatch verder vanaf het moment waarop deze de vorige keer was stilgezet). Aan het einde van elke dag wordt het totale aantal tremorvrije seconden, minuten of uren vastgesteld en via registratieformulier 'Tremorvrije tijd' (bijlage 4) bijgehouden.

#### *Huiswerk*

1. Klachtenregistratie. De patiënt registreert vanaf nu op het registratieformulier 'Tremorvrije tijd'.
2. Dagelijks vijf tot tien keer oefenen met de katalepsie-inductie in het aangedane lichaamsdeel door de cotherapeut. Het oefenen registreren met het Oefeningendagboek (bijlage 3).

#### *Sessie 5 bij tremor (katalepsie)*

##### *Voorbereiding*

Zorg voor een stopwatch.

##### *Huiswerkbespreking*

Bekijk de klachtenregistratie. Vraag aan de hand van het Oefeningendagboek na hoe de oefeningen zijn gegaan. Laat de patiënt en de cotherapeut de katalepsie in het aangedane lichaamsdeel demonstreren.

##### *Zelfstandig katalepsie induceren*

Wanneer het goed lukt om de katalepsie te induceren door de therapeut en de cotherapeut, wordt voorgesteld de patiënt zelf de katalepsie te laten induceren. Moedig de patiënt aan zich te concentreren op de sensaties die bij katalepsie horen. Geef de suggestie dat het lichaam het gevoel al goed kent en dat de katalepsie opgewekt kan worden door zich enkel op het gevoel te concentreren. Wacht geduldig tot de patiënt de katalepsie zelf geïnduceerd heeft. Registreer met een stopwatch hoe lang het lichaamsdeel stilstaat of minder beweeglijk is na de katalepsie-inductie. Suggereer dat deze tijd steeds verder zal toenemen en herhaal de oefening enkele keren.

Tip

Bij sommige patiënten helpt het om het lichaamsdeel even aan te raken. Deze lichte aanraking of een tikje op de armen of benen kan al genoeg zijn om de katalepsie op te wekken.

*Huiswerk*

1. Klachtenregistratie. De patiënt registreert de totale tremorvrije tijd.
2. Dagelijks vijf tot tien keer oefenen met de katalepsie-inductie in de aangedane arm en de ervaringen worden geregistreerd in het Oefeningendagboek.

Klachtspecifieke sessies: loop-, sta- of evenwichtsproblemen

*Sessie 3 bij loop-, sta- of evenwichtsproblemen*

*Vorbereiding*

Zorg voor een (onderzoeks)tafel of een bureau en laat de patiënt daarop zitten. De benen van de patiënt bungelen omlaag, gebogen in de knie. Zorg voor een laag krukje voor de therapeut.

*Huiswerkbespreking*

Bespreek de klachtenregistratie. Vraag aan de hand van het Oefeningendagboek hoe de oefeningen zijn gegaan. Is het goed gelukt de arm kataleptisch te krijgen? Welke sensaties voelde de patiënt tijdens katalepsie? Laat de patiënt en de cotherapeut de katalepsie in de arm demonstreren.

*Katalepsie-inductie in de armen en benen*

Wanneer de patiënt goed in staat is om de kataleptische toestand in de arm op te wekken, kan er worden geoefend met de benen. Zorg dat de benen van de patiënt afhangen, dat wil zeggen dat de onderbenen naar beneden hangen en vrij kunnen bewegen. Laat de patiënt op een (onderzoeks)tafel zitten of liggen, of op een bureau of hoge stoel zitten. Ga zelf op een laag krukje zitten.

Induceer de katalepsie eerst in de armen van de patiënt en vraag hem of haar zich goed op dit gevoel te richten. Ga vervolgens aan de



slag om katalepsie in de benen te induceren. Houd de duimen aan de voorkant van het been ter hoogte van de enkel en de vingers aan de achterkant. Induceer katalepsie door het onderbeen met de duimen millimeters naar achteren te duwen en tegelijkertijd tegendruk te geven met de vingers. Beweeg vervolgens met de vingers het onderbeen millimeters naar voren en geef tegelijkertijd tegendruk met de duimen.

Of de katalepsie succesvol is geïnduceerd, kan getoetst worden door het been een klein stukje uit de voorkeurspositie (naar voren of achteren) te bewegen. Als het been stijf is en terugveert in de eerdere positie, is de katalepsie succesvol geïnduceerd. Ga dan door naar het andere been. Wanneer de armen kataleptisch zijn, is het vaak mogelijk om de benen ook in enkele minuten kataleptisch te krijgen.

Wanneer het de therapeut gelukt is de benen kataleptisch te maken, kan vervolgens de cotherapeut oefenen met de katalepsie-inductie in de benen.

#### Tip

De stap naar het toepassen van katalepsie in situaties waarin de klachten aanwezig zijn, kan pas worden gezet als de patiënt zelf in staat is de katalepsie binnen enkele seconden op te wekken in neutrale situaties. De vaardigheid moet eerst goed ingetraind worden voor deze wordt toegepast. Raad de patiënt af om katalepsie al te gaan gebruiken voordat hij of zij de techniek goed beheerst. Premature toepassing van de techniek kan leiden tot faalervaringen, waardoor de geloofwaardigheid van de techniek afneemt. Moedig patiënten aan thuis zoveel mogelijk te oefenen, zodat zij in staat zijn het gevoel snel op te roepen.

#### *Huiswerk*

1. Bijhouden van de klachtenregistratie.
2. Dagelijks vijf tot tien keer oefenen met de katalepsie-inductie in de armen en benen door de cotherapeut. Het oefenen registreren met het Oefeningendagboek (bijlage 3).

*Sessie 4 bij loop-, sta- of evenwichtsproblemen*

*Huiswerkbespreking*

Bekijk de klachtenregistratie. Vraag hoe de oefeningen zijn gegaan en bekijk samen het Oefeningendagboek. Is het goed gelukt om de armen en benen kataleptisch te krijgen? Welke sensaties voelde de patiënt tijdens katalepsie? Vraag de patiënt en de cotherapeut te demonstreren hoe de oefening is verlopen.

*Katalepsie-inductie in armen en benen (vervolg)*

Suggereer dat wanneer het oefenen goed gelukt is, de patiënt nu zo bekend is met het gevoel van katalepsie, dat dit gevoel opgewekt kan worden door er sterk aan te denken. Laat de patiënt de armen en benen in de houding houden waarin geoefend is en zich goed concentreren op de gevoelens die bij katalepsie horen. Als het de patiënt niet lukt om enkel door concentratie het gevoel op te wekken, laat de patiënt dan eerst door aanraking de katalepsie in de armen induceren en vervolgens door concentratie in de benen en omgekeerd. Moedig de patiënt aan het gevoel te versterken door alle aandacht op het gevoel te richten en te proberen het gevoel te laten toenemen.

Tips

- Bij sommige patiënten helpt de suggestie dat een lichte aanraking of een tikje op de armen of benen al genoeg kan zijn om de katalepsie op te wekken.
- Eventueel kan een audio-opname worden gemaakt waarbij de therapeut de patiënt aanmoedigt zich op het stijve gevoel te concentreren en suggesties geeft van onbeweeglijkheid. Deze audio-opname wordt mee naar huis gegeven om te oefenen.

Voorbeeld

Een patiënt met een evenwichtsstoornis had voortdurend het gevoel op een schommelende boot te staan. De katalepsieoefeningen gingen in eerste instantie goed. Het schommelende gevoel nam af, maar kwam vervolgens weer terug waardoor de patiënt het kataleptische gevoel verloor.

De patiënt werd gevraagd zich een beeld voor te stellen van onbeweeglijkheid. De patiënt stelde zich voor dat hij een standbeeld was. De therapeut vroeg om dit beeld te beschrijven. De patiënt stelde zich een grijs, betonnen beeld voor. De patiënt induceerde opnieuw de katalepsie en de therapeut gaf suggesties van het grijze, betonnen beeld, katalepsie en onbeweeglijkheid. Van de oefening werd een audio-opname gemaakt, waarmee de patiënt thuis kon oefenen.

#### *'Total body' katalepsie*

Vervolgens kan *total body* katalepsie worden toegepast, waarbij het gehele lichaam in katalepsie wordt gebracht. Laat de patiënt eerst zelf de katalepsie in de armen en benen induceren. Vraag de patiënt vervolgens voorzichtig te gaan staan, zo nodig met ondersteuning van een stoel of de muur. De katalepsie zal dan kort uit de armen en benen verdwijnen, maar door zich goed op dit gevoel te concentreren, is het vaak weer in een ommezien opgewekt.

Vervolgens induceert de therapeut de katalepsie in het bovenlichaam. Ga naast de patiënt staan met uw gezicht naar de patiënt gericht. Leg uw ene hand aan de voorkant van de schouder en uw andere hand aan de achterkant van de schouder. Induceer de katalepsie door het bovenlichaam millimeters naar achteren te duwen en tegelijkertijd tegendruk te geven met de andere hand. Beweeg vervolgens het bovenlichaam millimeters naar voren en geef tegelijkertijd tegendruk met de andere hand. Benoem de weerstand die u voelt en geef suggesties van stijfheid en onbeweeglijkheid. Vervolgens staat de patiënt als een standbeeld met ook de sensatie van stijve, strakke spieren.

Wanneer het gelukt is het gehele lichaam kataleptisch te maken, oefent de cotherapeut met de katalepsie-inductie in het gehele lichaam.

#### *Huiswerk*

1. Klachtenregistratie.
2. Dagelijks vijf tot tien keer oefenen met de katalepsie-inductie in de armen, benen en het bovenlichaam door de cotherapeut en registratie met het Oefeningendagboek.

*Sessie 5 bij loop-, sta- of evenwichtsproblemen*

*Vorbereiding*

Zorg voor plastic A4-mapjes of plastic zakjes die over de voeten van de patiënt passen.

*Huiswerkbespreking*

Bekijk de klachtenregistratie. Ga na of de patiënt de katalepsie-inductie heeft geoefend en bekijk samen het Oefeningendagboek. Is het goed gelukt om de armen en benen kataleptisch te krijgen? Welke sensaties voelde de patiënt tijdens katalepsie? Vraag de patiënt en de cotherapeut te demonstreren hoe de oefening is verlopen.

*Robot-lopen*

De volgende stap is erop gericht om te oefenen met lopen. Vanuit stilstand en volledige katalepsie wordt er geoefend met lopen. Induceer eerst katalepsie in het gehele lichaam. Zorg ervoor dat de voeten kunnen schuiven, bijvoorbeeld door een plastic A4-mapje onder de voeten of een broodzakje over de schoenen te doen. Laat de patiënt vervolgens het gewicht overbrengen op één been en daarna met het andere, kataleptische been een schuifelend pasje zetten. Vervolgens brengt de patiënt het gewicht over op het andere been en zet wederom een schuifelend pasje, enkele centimeters tot decimeters, met het andere, kataleptische been.

De patiënt zal min of meer lopen als een robot. Als de patiënt zijn eerste stappen heeft gezet, laat hem dan zelfstandig, in rustig tempo een paar passen zetten. Iedere keer dat de patiënt het been verplaatst is dit even uit de katalepsie, maar bij het opnieuw plaatsen van het been en bij voldoende oefening schiet het er onmiddellijk weer in.

Voorbeeld

Een patiënte zakte steeds door haar benen als ze liep. De katalepsieoefeningen gingen goed totdat de loopoefeningen begonnen. Na elke stap verdween de katalepsie en zakte zij weer door haar benen. Besloten werd het lopen in fases op te bouwen. De patiënte stelde zich eerst voor dat zij ging lopen, terwijl suggesties werden gegeven van katalepsie en stijfheid. Dit werd geoefend totdat patiënte zichzelf goed lopend met kataleptische benen kon voorstellen. Vervolgens werd haar gevraagd om dit beeld voor de

geest te halen en één klein stapje te zetten. Na dit stapje werd het lopen langzaam uitgebreid naar meerdere stappen.

#### *Huiswerk*

1. Klachtenregistratie.
2. Dagelijks vijf tot tien keer oefenen met het robot-lopen. Het aantal passen dat op deze manier kan worden gelopen, registreren met het Oefeningendagboek.

#### *Algemene sessie 6: provocatie*

##### *Enkele opmerkingen over provocatie vooraf*

Een hypnotische strategie die bruikbaar is in de behandeling van aanvalsgewijs optredende conversiestoornissen, is de mogelijkheid om door middel van suggesties de klachten te provoceren (De Kleine & Hoogduin, 2010). Met een provocatie wordt het onvoorspelbare karakter van de klacht en de opvattingen van de patiënt over die onvoorspelbaarheid beïnvloed. Verder wordt geprobeerd om de patiënt steeds meer controle over de klacht te geven door de patiënt bij het eerste signaal van de klacht een onverenigbaar gevoel in te laten zetten en daarmee de klacht te couperen.

##### *Vorbereiding*

Zet de audio-opnameapparatuur klaar.

##### *Huiswerkbespreking*

Bekijk de klachtenregistratie. Ga na of de patiënt met de katalepsie-inductie heeft geoefend en bekijk samen het Oefeningendagboek.

##### *Provocatie klacht*

Vraag de patiënt de symptomen te beschrijven die voorafgaan aan (een toename van) de klacht. Stel een sequentie op van deze voorbodesignalen. Vraag de patiënt vervolgens naar de meest recente situatie waarin de (toename van) de klacht duidelijk last bezorgde. Probeer (een toename van) de klacht te provoceren door de patiënt zich te laten concentreren op deze situatie en suggereer dat de voorbodesignalen kunnen gaan optreden.

Voorbeeld

De provocatie kan als volgt geformuleerd zijn:  
*'... concentreer u goed op dat beeld... thuis... na het eten... 's avonds... moe van een lange dag... de trilling die begint met dat nare gevoel in uw hand... concentreert u zich... dat nare gevoel... trillingen... tintelingen... Als u zich goed concentreert, kan het zijn dat u ook nu dat nare gevoel krijgt en dat uw hand gaat trillen.'*

Geef zodra de klacht geprovoceerd is, suggesties van een met de klacht onverenigbaar gevoel. Gebruik hiervoor het gevoel dat tijdens de hypnose (bijvoorbeeld zwaarte of slapte) of katalepsie (stijfheid) veelvuldig is opgewekt. Benoem elk teken van toegenomen controle of afname van bewegingen en bekrachtig dit positief (shaping).

Voorbeeld

Suggestie van een onverenigbaar gevoel:  
*'... heel goed... stelt u zich nu voor dat heel uw trillende arm loodzwaar wordt... loodzwaar... Als het u goed lukt zich te concentreren, kan het zijn dat de arm weer rustiger wordt... lood en loodzwaar... Heel goed, we zien de arm al iets rustiger worden... Blijft u zich rustig richten op dat zware gevoel...'*

Herhaal de oefening. Geef de patiënt de opdracht om het onverenigbare gevoel op te roepen, zodra hij of zij het eerste teken krijgt van het opkomen van de klacht. Herhaal de oefening en maak hier een audio-opname van maximaal vijftien minuten van.

Voorbeeld

Een patiënte met verlamningsverschijnselen in haar hand kreeg last van haar klachten, zodra zij zich ergens boos over maakte. De therapeut vroeg haar naar de laatste keer dat ze last van de uitvalverschijnselen had gehad. Ze vertelde zich zeer boos te hebben gemaakt over een telefoongesprek met haar verzekeringsmaatschappij, waarna ze het functieverlies in haar hand had gekregen. Door zich in gedachten heel goed op dit telefoongesprek te richten – wat er was gezegd, waar ze was geweest, wat

ze had gevoeld en gedacht – konden de uitvalverschijnselen eenvoudig worden geprovoceerd.

Als de patiënt specifieke situaties kent waarin de klacht geprovoceerd wordt, zoek deze situaties dan in de sessie op of geef dit mee als huiswerk: bijvoorbeeld drukke plaatsen, traplopen, bepaalde emoties, kleine ruimtes. De patiënt zal dan het onverenigbare gevoel inzetten, zodra hij of zij zich in deze situaties bevindt en niet wachten tot de aanval daadwerkelijk begint.

#### Voorbeeld

Een patiënt met een loopprobleem kon zijn linkerbeen niet goed aansturen. Door middel van katalepsieoefeningen kreeg hij steeds meer controle over het lopen. Bij het in kaart brengen van situaties die de klachten provoceeden, noemde de patiënt het oversteken van een drukke weg. Hij voelde op zo'n moment veel druk om goed te lopen. Zodra hij een voet op het zebrapad zette, kreeg hij last van het loopprobleem. De therapeut ging samen met de patiënt naar een zebrapad aan het eind van de weg waar de instelling aan lag. De patiënt zette de katalepsie in, zodra hij het zebrapad zag liggen. Vervolgens stak hij zonder problemen over.

#### *Huiswerk*

1. Bijhouden klachtenregistratie.
2. Dagelijks vijf tot tien keer oefenen met de provocatie en dit registreren met het Oefeningendagboek.

#### Discussie

In de wetenschappelijke literatuur wordt door vele onderzoekers aangegeven dat patiënten met een conversiestoornis een zeer heterogene patiëntengroep vormen. Sommige auteurs stellen om die reden dat een op maat gemaakt behandelprogramma voor deze patiënten het meest geschikt is. Toch blijkt een gestandaardiseerde hypnosebehandeling effectief (Moene et al., 2003). De vraag is of er mogelijk subtypen patiënten te onderscheiden zijn bij wie de behandeling met hypnose en katalepsie beter aanslaat dan bij anderen. Daarover zijn

nog geen onderzoeksgegevens beschikbaar. De klinische ervaring is dat als er comorbide neurologische klachten zijn, de behandeling moeizamer verloopt. Bij conversiepatiënten is er vaak ook sprake van een comorbide stemmings- of angststoornis. In studies wordt bij 33 tot 75% van de conversiepatiënten een additionele as-I-stoornis gevonden (Van Beilen, Vogt, & Leenders, 2010). Bij die patiënten verdient het vaak aanbeveling om de behandeling eerst op de conversieklachten te richten, omdat deze klachten vaak op de voorgrond staan en voor veel beperking zorgen. Er zijn ook situaties te bedenken waarin voorrang wordt gegeven aan behandeling van de comorbide stoornis, bijvoorbeeld wanneer deze voor de meeste beperking zorgt. In ieder geval is een verandering in de behandelfocus aangewezen, als er na zes sessies nog onvoldoende vooruitgang is behaald.

Wanneer de psychologische behandeling met behulp van hypnose en katalepsie tot onvoldoende resultaat leidt, zijn ook psychofarmaca te overwegen. Een mogelijk effect van antidepressiva werd eerder gevonden (Voon & Lang, 2005). Sommige auteurs suggereren echter dat de werkzaamheid van bijvoorbeeld antidepressiva gelegen is in de behandeling van de onderliggende depressie of angststoornis. Vooral nog is evenmin uitgesloten dat de resultaten van de behandeling met antidepressiva een gevolg zijn van een placebo-effect.

De beschreven behandeling bestaat uit zes sessies. Na zes sessies is doorgaans goed te beoordelen of de behandelstrategie succes heeft. Als er klachtvermindering optreedt, kunnen de interventies uit de sessies door de therapeut herhaald worden. Hierbij is het van belang de vooruitgang voortdurend in de gaten te houden en de behandeling pas te beëindigen als verdere vooruitgang uitblijft. Nodig de patiënt na drie maanden uit voor een follow-up gesprek en bekijk dan of de behandeling een nieuwe kans moet worden gegeven als er nog klachten aanwezig zijn.

Aan het einde van dit artikel brengen we een aantal punten naar voren, die, als ze niet goed opgepakt of aangepakt worden, problemen kunnen veroorzaken bij de behandeling van patiënten met motorische conversiestoornis met behulp van hypnose en katalepsie. Het eerste en belangrijkste aandachtspunt bij de behandeling is dat patiënten thuis veel oefenen. Automatisering van gedrag is immers vereist. Een behandeling heeft geen zin als patiënten slechts enkele keren per week een oefening doen. Om grip te krijgen op de klacht is een intensieve aanpak nodig. Dit vraagt een grote investering van de patiënt. Niet elke patiënt zal daartoe in staat zijn.

Een tweede punt betreft uitlokkende en instandhoudende factoren. De therapeut dient zich bij aanvang en gedurende de behandeling een



oordeel te vormen over de uitlokkende en instandhoudende factoren van de klachten. In sommige gevallen zijn de conversiesymptomen ontstaan in situaties van grote stress en vaker nog zorgt stress voor een verergering van klachten. In aansluiting op de klachtgerichte sessies kan een stressmanagementprogramma worden aangeboden. Door patiënten op een andere manier met stress om te leren gaan, kunnen de klachten verder worden verminderd of terugval worden voorkomen.

Een derde aandachtspunt betreft behandelervaring met hypnose. Niet elke therapeut zal bekend zijn met hypnose. Ondanks bestaande opvattingen over de eigenschappen van een goed hypnotiseur, vraagt het behandelen met hypnose geen bijzondere kwaliteiten van de therapeut. De therapeut hoeft niet zelf hoogsuggestibel te zijn. Wel vraagt de behandeling om een bepaalde context. Omdat het om een suggestieve techniek gaat, is het belangrijk dat de therapeut geloof en vertrouwen in de behandelmethode uitstraalt. De patiënt zal soms anders of tegenovergesteld reageren dan gesuggereerd was. Bij sommige patiënten worden conversiesymptomen (soms heel andere symptomen dan de aanmeldingsklacht) geprovoceerd tijdens hypnose. Een valkuil is dat de therapeut hiervan schrikt en de hypnose, of zelfs de gehele behandeling, stopt.

Weer een ander punt is dat sommige patiënten niet in trance raken. Ook hierbij is het een valkuil te vroeg te stoppen. Vaak helpt het om nog een keer de verwachtingen over hypnose te bespreken. Rustig blijven proberen en vanuit de kleinste veranderingen proberen te shapen in de juiste richting is telkens de oplossing. Ook zal niet elke therapeut voldoende kennis van de neurologie hebben om sommige gedrags- en bewegingspatronen goed te kunnen beoordelen. Om die reden is samenwerking met of het in consult roepen van een neuroloog vaak verstandig.

De hier beschreven behandeling is in eerste studies onderzocht, maar uiteraard is verder onderzoek naar de behandel-effecten nodig. Mogelijk ook dat de hier beschreven aanpak verder kan worden verfijnd. Hopelijk ook gaat het in de toekomst lukken om de effecten van de behandeling verder theoretisch te onderbouwen met passend sociaal-psychologisch of neurowetenschappelijk onderzoek en is het vanuit deze nieuwe theoretische inzichten mogelijk verdere verbeteringen in de behandeling van conversiestoornis aan te brengen.

---

ABSTRACT This article displays a chapter of the book *Protocollaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten*, edited by Ger Keijsers, Agnes van Minnen en Kees Hoogduin (available november 2011). In this chapter strategies are given to treat patients who suffer

from conversion disorder. The main ingredient in their treatment is a form of hypnosis.

---

#### Referenties

- Abrams, M.P., Carleton, R.N., Taylor, S., & Asmundson, G.J.G. (2009). Human tonic immobility: measurement and correlates. *Depression and Anxiety, 26*(6), 550-556.
- American Psychiatric Association (APA) (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th edition)*. Washington, DC: Author.
- Beilen, M. van, Vogt, B.A., & Leenders, K.L. (2010). Increased activation in cingulate cortex in conversion disorder: What does it mean? *Journal of the neurological sciences, 289*, 155-158.
- Bruin, A.F., Diederiks, J.P.M., Witte, L.P. de, Stevens, F.C.J., & Philipsen, H. (1994). The Development of a short generic version of the sickness impact profile. *Clinical Epidemiology, 47*, 407-418.
- De Kleine, R.A., & Hoogduin, K. (2010). Een 16-jarig meisje met klappende armen en benen. *Dth, 30*(3), 222-228.
- Guy, W. (1976). The Clinical Global Impression Scale. In *ECDEU assessment manual for psychopharmacology* (pp. 217-222). Rockville, Md: National Institute of Mental Health.
- Halligan, P.W., Athwall, B.S., Oakley, D.A., & Frackowiak, R.S.J. (2000). Imaging hypnotic paralysis: Implications for conversion hysteria. *The Lancet, 355*, 986-987.
- Hagenaars, M.A., Roelofs, K., Hoogduin, K., & Minnen, A. van (2006). Motor and sensory dissociative phenomena associated with induced catalepsy: A brief communication. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 54*(2), 234-244.
- Hoogduin, K. (2007). *Psychologische interventies bij conversiestoornissen*. Amsterdam: Boom.
- Janet, P. (1907). *The major symptoms of hysteria*. New York, NY: Macmillan Publishing.
- Kihlstrom, J.F. (1992). Dissociative and conversion disorders. In: D.J. Stein & Y.E. Young (eds.), *Cognitive science and clinical disorders* (pp. 247-270). San Diego: Academic Press.
- Kop, P.F.M., Heijden, H.P. van der, Hoogduin, C.A.L., & Schaap, C.P.D.R. (1995). Operant procedures applied to a conversion disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 2*, 59-66.
- LaFrance Jr. C.W., Miller, I.W., Ryan, C.E., Blum, A.S., Solomon, D.A., Kelley, J.E., & Keitner, G.I. (2009). Cognitive behavioral therapy for psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy and Behavior, 14*, 591-596.
- Lauerma, H. (1993). Nocturnal limb movements in conversion paralysis. *Journal of Nervous and Mental Disease, 181*, 707-708.

- Marx, B.P., Forsyth, J.P., Gallup, G.G., Fusé, T., & Lexington, J.M. (2008). Tonic immobility as an evolved predator defense: Implications for sexual assault survivors. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15(1), 74-90.
- Moene, F.C., Hoogduin, C.A.L., & Dyck, R. van (1998). The inpatient treatment of patients suffering from (motor) conversion symptoms: A description of eight cases. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 2, 171-190.
- Moene, F.C., Spinhoven, P., Hoogduin, K.A., & Van Dyck, R. (2002). A randomised controlled clinical trial on the additional effect of hypnosis in a comprehensive treatment programme for in-patients with conversion disorder of the motor type. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71(2), 66-76.
- Moene, F.C., Spinhoven, P., Hoogduin, K.A., & Van Dyck R. (2003). A randomized controlled clinical trial of a hypnosis-based treatment for patients with conversion disorder, motor type. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 51, 29-50.
- Oakley, D. (1999). Hypnosis and conversion hysteria: An unifying model. *Cognitive Neuropsychiatry*, 43(3), 342-265.
- Roelofs, K., Galen, G.P. van, Keijsers, G.P.J., & Hoogduin, C.A.L. (2002). Motor initiation and execution in patients with conversion paralysis. *Acta Psychologica*, 110, 21-34.
- Roelofs, K., Hoogduin, C.A.L., Keijsers, G.P.J., Näring, G.W.B., Moene, F.C., & Sandijck, P. (2002). Hypnotic susceptibility in patients with conversion disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(2), 390-395.
- Roelofs, K., Spinhoven, P., Sandijck, P., Moene, F.C., & Hoogduin, C.A.L. (2005). The impact of early trauma and recent life-events on symptom severity in patients with conversion disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(8), 508-514.
- Ruddy, R. & House, A. (2005). Psychosocial interventions for conversion disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4. Art. No.: 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.
- Spinhoven, Ph. (1991). Het geven van een hypnotische suggestie. In: R. Van Dyck, Ph. Spinhoven, & A.J.W. Van der Does (red.), *Hypnose en hypnotherapie* (pp. 152-176). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Voon, V. & Lang, A.E. (2005). Antidepressant treatment outcomes of psychogenic movement disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66(12), 1529-1534.

**Bijlage 1 Doorlopende klachtregistratie**

Geef op een schaal van 0 (helemaal geen) tot 100 (extreem veel) aan in welke mate u last heeft van: \_\_\_\_\_

| Datum         |  |
|---------------|--|
| 6.00 – 7.00   |  |
| 7.00 – 8.00   |  |
| 8.00 – 9.00   |  |
| 9.00 – 10.00  |  |
| 10.00 – 11.00 |  |
| 11.00 – 12.00 |  |
| 12.00 – 13.00 |  |
| 13.00 – 14.00 |  |
| 14.00 – 15.00 |  |
| 15.00 – 16.00 |  |
| 16.00 – 17.00 |  |
| 17.00 – 18.00 |  |
| 18.00 – 19.00 |  |
| 19.00 – 20.00 |  |
| 20.00 – 21.00 |  |
| 21.00 – 22.00 |  |
| 22.00 – 23.00 |  |
| 23.00 – 00.00 |  |
| 00.00 – 1.00  |  |
| 1.00 – 2.00   |  |
| 2.00 – 3.00   |  |
| 3.00 – 4.00   |  |
| 4.00 – 5.00   |  |
| 5.00 – 6.00   |  |
| Gemiddeld     |  |







### **Bijlage 5 Trance-inductie door middel van oogfixatie**

*Ontleend aan C.A.L. Hoogduin, G.W.B. Näring en K. Roelofs, de Nederlandse vertaling SHSS-C (Interne publicatie Radboud Universiteit Nijmegen, 1997).*

Gaat u maar op uw gemak zitten met de handen op de armleuningen en kijkt u naar het vaste punt. Ik zal u instructies geven om wat te ontspannen en geleidelijk zal de toestand van hypnose plaats kunnen gaan vinden. Richt de ogen maar op het vaste punt. Blijf goed naar het vaste punt kijken. En terwijl u kijkt, blijft u luisteren naar wat ik zeg. Concentreert u zich maar op dat vaste punt en luister aandachtig naar wat ik zeg en laat maar gebeuren wat er gaat gebeuren. Laat uzelf maar gewoon gaan, terwijl u aandachtig luistert naar wat ik zeg. Als uw gedachten afdwalen, dan brengt u ze gewoon weer terug en dan concentreert u zich weer op dat vaste punt en het geluid van mijn stem.

U zult merken dat er bepaalde verschijnselen gaan optreden, die gewoonlijk optreden als mensen hun ogen op een vast punt fixeren. De ontspanning die bij hypnose hoort lijkt erg op het gevoel dat u heeft als u op het punt staat in slaap te vallen. U zult echter merken dat u niet echt gaat slapen en dat u zich, terwijl u in trance bent, bewust bent van de dingen die gebeuren. U weet dat u hier zit in deze kamer. Blijf maar rustig zitten, fixeert de ogen op het vaste punt en wacht maar op de dingen die gaan gebeuren.

Ontspan u zich maar, rustig en kalm en blijf de ogen fixeren op dat vaste punt. Als de ogen afdwalen is dat niet erg; u brengt de ogen gewoon terug naar het vaste punt. Als u goed fixeert en u zich een beetje kunt ontspannen, zult u merken dat het beeld van het vaste punt kan veranderen. Het kan zijn dat het wazig wordt en dan weer helder. Het kan zijn dat er schaduwen omheen spelen. Het kan zijn dat u vage kleuren, zachtgeel, ziet. Het kan ook zijn dat het beeld een beetje beweegt. Allemaal verschijnselen die optreden als iemand langere tijd naar een vast punt staart. Het kan ook zijn dat u na een tijdje de behoefte krijgt om uw ogen te sluiten of dat u het gevoel heeft dat de ogen vanzelf sluiten. Wanneer dit gebeurt, kunt u dit gewoon laten gebeuren.

Meer en meer ontspannen. Het lichaam gaat zwaar voelen, zwaarte in armen en benen, alsof het hele lichaam diep in de stoel zakt. Zwaarder en zwaarder. De oogleden worden zwaar, zwaar en moe, een wat lomig, slaperig gevoel. Rustig en kalm. Prettige en vrije ademhaling, prettig ontspannen, een beetje doezelig. De oogleden worden zwaarder, meer en meer, en zwaar.

Zo lang staren naar een vast punt maakt de ogen vermoeid. Er



ontstaat een gevoel van zwaarte en loomheid in de ogen. Het zou kunnen gebeuren dat uw ogen zich dadelijk sluiten en dat u moeite heeft de ogen open te houden, een soort verlangen de ogen te sluiten. Als dat gebeurt, kunt u daar gewoon aan toegeven. Meer en meer ontspannen. De ontspanning van de ogen neemt toe en toe. Prettig zou zijn om die ogen gewoon te sluiten en helemaal te ontspannen. Als de ogen zich sluiten zult u een plezierige ontspannen toestand bemerken.

De ogen zijn moe, loom en zwaar. Het lichaam voelt zwaar en ontspannen, u voelt een aangenaam warm gevoel, een prettig ontspannen gevoel, steeds meer vermoeid en slaperig, moe en slaperig, prettige ontspanning. Loom en zwaarder, zware oogleden. Het kan zijn dat de ogen gaan knippen. Naarmate ze meer en meer knippen zal de neiging om ze te sluiten verder toenemen. Rustig en kalm zakken de oogleden omlaag, een gevoel om aan toe te geven. Als het gebeurt, laat u ze maar gaan. Zwaar en zwaar en ten slotte kunnen ze gaan sluiten. Zo is het goed, sluit u de ogen maar, zo is het goed.

Wanneer de ogen gesloten zijn, voelt u zich kalm en ontspannen en dat gevoel neemt geleidelijk toe, een prettige, aangename, weldadige ontspanning. U kunt uw ogen gesloten houden tot ik zeg dat u ze kunt openen, of wanneer ik zeg dat u terug kunt komen naar de situatie in het hier en nu.