



[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)

KEES HOOGDUIN

## Mislukking en succes bij de behandeling van een scholier met een pseudoapraxie van de oogleden

Moene, Spinhoven, Hoogduin en Van Dyck (2002, 2003) hebben voor de behandeling van de conversiestoornis een succesvolle strategie ontwikkeld. Een ambulante behandeling van tien zittingen leidt tot een klachtenreductie bij negentig procent van de patiënten. Bij follow-up blijkt de gemiddelde verbetering 6.3 op een 7-puntsschaal, gemeten met behulp van de Video Rating Scale for Motor Conversion Symptoms (VRMC) (Moene, 2001; Hoogduin 2007a, p. 151 e.v.).

Sinds kort is er een gedetailleerd behandelprotocol beschikbaar (zie: De Kleine, Hoogduin & Van Minnen, 2011; Hoogduin, Verbraak, Keijsers & De Kleine, 2011).

Recent verscheen er ook een publicatie over een weliswaar ongecontroleerde studie, waarbij patiënten met een conversiestoornis bijzonder goed reageerden op antidepressiva (Voon & Lang, 2005). Op de 7-puntsschaal was de gemiddelde verbeteringsscore 6.5; niet minder dan zeven van de tien patiënten herstelden geheel. Bij follow-up na gemiddeld ruim een jaar bleken vier patiënten na het staken van de medicatie een recidief te ontwikkelen dat weer verdween na opnieuw innemen van de medicatie. Deze behandeling bestaat uit het geven van citalopram of paroxetine (10–40 mg per dag) en venlafaxine (tot maximaal 300 mg per dag) als tweede stap. De resultaten zijn dusdanig spectaculair dat voor patiënten met een conversiestoornis die geen baat hebben bij de hier voorgestelde behandeling een antidepressivum als tweede stap is te overwegen.

In het hiernavolgende behandelingsverslag van een 13-jarige gymnasiaste worden na een niet succesvolle behandeling met hypnose en gedragstherapie de resultaten van een proefbehandeling met een antidepressivum beschreven. In de discussie worden kort enige interessante nieuwe experimentele behandelstrategieën besproken.

### GEVALSBESCHRIJVING

Johanna, een 13-jarig meisje, wordt aangemeld met de klacht dat ze niet langer in staat is de ogen open te houden. Ze houdt, om te kun-

nen kijken, de oogleden met haar vingers omhoog. De klacht bestaat op het moment van aanmelding vier weken. Ze werd wakker en kon toen haar ogen niet meer opendoen. Ook vertoonde ze enige tijd trekkingen in beide armen. Later bleken evenwichtsproblemen bij het lopen en zakte ze twee keer door haar benen. Ze wordt opgenomen op de kinderafdeling van een ziekenhuis, waar ze neurologisch wordt onderzocht. De neuroloog kan geen neurologische afwijkingen vinden, bloedonderzoek vertoont geen afwijkingen, evenmin als EEG- en MRI-onderzoek. Johanna wordt uit het ziekenhuis ontslagen met de diagnose ‘functionele stoornis’. Alleen het onvermogen de ogen te openen en open te houden is gebleven, de overige klachten zijn spontaan verdwenen.

Johanna heeft één jonger zusje. Het gezin heeft geen grote problemen gekend in het verleden. Beide ouders werken, moeder halftime. De ouders maken een vriendelijke en begrijpelijk ook een bezorgde indruk. De maanden voorafgaand aan de klachten waren voor Johanna bijzonder stressvol. De resultaten op school waren niet goed, ze dreigde te blijven zitten. Ook haar tenniscarrière – zij behoorde regionaal tot de sterkere tennisspeelsters – stagneerde. Ze had blessure na blessure en dit had tot gevolg dat ze niet langer de toptraining kon volgen waarvoor ze was geselecteerd.

Ze is al enige tijd stiller dan anders. Ze was altijd al wat verlegen en heeft, behalve bij de tennisvereniging, geen echte vriendinnen. De ouders omschrijven haar als een vriendelijk, wat gesloten meisje. Ze heeft enige weken geleden een nare ruzie op de tennisclub gehad. Ze is toen huilend thuisgekomen omdat ze, zoals ze vertelde, de laatste tijd veel werd gepest op de club. Dat pesten gebeurde ook op school.

Johanna gebruikt geen alcohol of drugs. Ze vindt dat haar geheugen en concentratievermogen de laatste maanden minder zijn geworden. Bij onderzoek zien we een rustig, vriendelijk meisje dat met haar vingers de ogen openhoudt. Ze is adequaat in het beantwoorden van de vragen. Ze is niet depressief. Bij afname van het semigestructureerde interview worden geen andere psychische stoornissen vastgesteld. In het ziekenhuis was een paar keer gezien dat ze, bijvoorbeeld na het ontwaken, de ogen soms enige seconden open had.

Diagnostische overwegingen: het beeld imponeert als een dubbelzijdige ptosis, een neurologisch verschijnsel waarbij de oogleden beiderzijds slap verlamd omlaag hangen. Dit kan veroorzaakt worden door een spieraandoening: *myasthenia gravis*, een neurologische uitval (bij het zogenaamde syndroom van Horner ten gevolge van een aandoening van het autonome zenuwstelsel of een beschadiging van de derde hersenzenuw, de *nervus oculomotorius*; dit laatste komt dubbelzijdig vrijwel nooit voor). Het symptoom kan ook

gezien worden als een verlies van de vaardigheid de oogleden te laten bewegen: apraxie van de oogleden. Dit verschijnsel wordt soms gezien bij neurologische degeneratieve stoornissen, zoals de ziekte van Parkinson. Soms, in het geval van een dystone stoornis (verkramping) kan de patiënt de ogen eveneens niet openen, maar is hij ook niet in staat dat met de handen te doen als gevolg van die verkramping (*blepharospasmus*).

Gelet op de negatieve bevindingen van de neuroloog wordt nogal arbitrair besloten tot de diagnose 'conversieve pseudoapraxie van de oogleden'; 'dubbelzijdige pseudoptosis' had ook gekund.

#### BEHANDELINGSSTRATEGIE

##### ¶ Psycho-educatie

De klachten worden samengevat voor de patiënt als een functie-stoornis waar gelukkig geen nare zenuw- of hersenziekte aan ten grondslag ligt. Besproken wordt dat dergelijke klachten gelukkig soms de neiging hebben vanzelf over te gaan. De klachten ontstaan vaak na een periode van spanning en stress. 'Ook bij jou kan dat het geval zijn. De mindere resultaten op school, het pesten op de tennisclub en op school, en de blessures waardoor ook je ontwikkeling tot tennisster tot stilstand is gekomen zouden hierbij een rol gespeeld kunnen hebben.'

Als rationale voor de behandeling wordt gegeven dat het automatisch aanspannen van de spiertjes van de oogleden niet meer lukt en dat met behulp van hypnose zal worden geprobeerd de bewegingen van de spieren – automatisch, als het ware vanzelf – weer op gang te helpen. Hypnose is een toestand waarin automatische bewegingen in het algemeen makkelijk kunnen plaatsvinden. Met behulp van een cd-opname van de zitting zal ze ook thuis kunnen oefenen.

##### ¶ Behandeling met hypnose

De eerste zitting wordt besteed aan analyse van ooglidbewegingen die nog wel mogelijk zijn. Bij het naar boven kijken bijvoorbeeld, trillen de oogleden licht. Bij het optrekken van de wenkbrauwen gebeurt er niets. Op commando lukt het haar niet de oogleden te bewegen. Dit onderzoek wordt gevolgd door een eerste trance-inductie middels oogfixatie. Ze fixeert een oog (dat ze met de vingers openhoudt) op een vast punt en ze verplaatst zich in gedachte naar een plek waar ze zich rustig en prettig voelt. Ze kiest voor liggend op een handdoek op het strand. Vervolgens worden suggesties gegeven van ontspanning door een zwaar en loom gevoel te suggereren in de benen. Binnen tien minuten geraakt ze in een lichte trance. Van deze inductie wordt een cd-opname gemaakt die zij

thuis tienmaal (!) per dag zal oefenen. Daar ze sinds de klacht niet meer naar school gaat, heeft ze daar ook tijd voor.

Zitting twee: Johanna heeft goed geoefend. De situatie is onveranderd. De hypnose wordt uitgebreid met het geven van directe en indirecte suggesties. Johanna wordt gevraagd haar gezonde linkerhand tegen haar niet goed functionerende ooglid te houden en te wachten op eventuele spontane knipperbewegingen van het ooglid (indirecte suggestie). Wanneer het ooglid vervolgens licht begint te trillen, wordt gesuggereerd dat het oog mogelijk ook nog gaat knippen. Ook dit gebeurt en soms is een halve centimeter van het oogwit zichtbaar. Een eerste stap lijkt gezet. Ook van deze opname krijgt Johanna een cd mee om thuis weer intensief te oefenen.

Zitting drie: Het oefenen is goed verlopen, echter zonder zichtbare veranderingen. De behandeling wordt uitgebreid met het induceren van automatische bewegingen van een hand en een arm (handlevitatie) met als uiteindelijke doelstelling dat de automatische beweging van de hand en arm de suggestie wekt dat oogleden mogelijk ook weer vanzelf gaan bewegen. In het hiernavolgende is een verbatim fragment opgenomen van deze techniek.

‘Ik vraag je je nu te concentreren op de linkerhand (deze ligt op het bovenbeen) en je voor te stellen dat die hand licht wordt alsof een bandje rond je pols is verbonden met een luchtballon.’ Vervolgens wordt iedere beweging die de vingers vertonen – kleine trekkingen, schokjes die bij vrijwel iedereen plaatsvinden in een positie waarbij de aandacht gefocust wordt op een stil liggende hand – aan Johanna gemeld als eerste tekenen dat de hand lichter wordt. De suggestie wordt gegeven dat de hand bij lichter worden de neiging zal vertonen zich los te maken van het been en langzaam omhoog te komen (handlevitatie). Binnen 30 seconden komt de hand los van het been. ‘Je zult nu merken dat de hand langzaam en vanzelf verder naar boven gaat en ten slotte je gezicht aan zal raken met dat vreemde, lichte gevoel in je hand. Als het zover is, zullen we proberen dat lichte gevoel van de hand over te brengen naar de spieren van je gezicht (haar hand bereikt de linkerkant van haar gezicht). Het kan zijn dat er nu spontaan trekkingen rond de mondhoeken ontstaan, ook weer vanzelf, zoals je hand vanzelf naar je mondhoek ging (de mondhoek begint trekkingen te vertonen). Laat je hand maar langzaam zakken en concentreer je nu op dat vreemde, eigenaardige gevoel van lichtheid in je gezicht. Zo kan het gebeuren dat, als je je concentreert op dat lichte gevoel, ook daar spontaan spiertrekkingen gaan optreden. Concentreer je nu eens op de rechterkant van je gezicht, je wangen en je mondhoek, ik zie direct al de spontane bewegingen (zichtbaar is dat de rechtermondhoek ticachtig naar opzij getrokken wordt). Het is duidelijk dat het begint. Nu concentreer je je op de linkerkant van je gezicht, eens kijken of het daar ook trilt. Dat lukt ook heel

goed. Nu weer even alle spieren ontspannen. Concentreer je nu op dat vreemde, lichte gevoel van je voorhoofd (de wenkbrauwen worden min of meer ritmisch op en neer bewogen, ook de spieren rond het oog trekken zich samen).

We zien de wenkbrauwen bewegen en nu ook het samentrekken en ontspannen van de spieren rond het linkeroog. Net als het bewegen van de spieren van de linkerhand. Zoals de spieren van de hand en de arm spontaan bewegen, zien we ook de spieren van het gezicht bewegen. We gaan kijken of ook de spieren van de ogen spontaan gaan meebewegen. Dan kan het zijn dat de oogleden eerst beginnen te trillen, dan gaan knipperen en zo verder. Je hoeft niets anders te doen dan te proberen dat bijzondere lichte gevoel in het gezicht vast te houden. We gaan nu weer de oefening doen van het voorhoofd naar de mondhoeken en dan weer terug naar de ogen. Nu terug naar het voorhoofd en we zien onmiddellijk dat de wenkbrauwen gaan bewegen. Concentreer je op het voorhoofd, nu naar de rechtermondhoek. We zien alweer direct spontaan spiertrekkingen. Nu naar de linkermondhoek en ook daar beginnen de spieren spontaan te bewegen. Nu concentreren rond de ogen. We zagen al eerder spontane spierbewegingen bij de wenkbrauwen en de mondhoeken. Nu kijken we naar de ogen. Kijk of je het gevoel over kan brengen naar het gebied rond de ogen. Als dat lukt, is te verwachten dat de oogleden spontaan gaan knipperen. Ja, dat lukt, we zien dat beide ogen beginnen te knipperen. Nu rustig wachten om te zien of het knipperen sterker wordt en overgaat in spontane bewegingen van de oogleden. We wachten rustig af. We zien nu allerlei spontane spiertrekkingen van de wenkbrauwen, van de spieren rond de ogen en knipperen van de oogleden. We gaan dat lichte gevoel nog wat versterken door de linkerhand weer naar je gezicht te laten gaan. Daar gaat de hand al. Probeer dat lichte gevoel van je hand over te brengen naar je voorhoofd, wangen en oogleden. Zo is het goed. Nu gaan we terug naar de oefeningen. Concentreer je op het voorhoofd, daar gaan de wenkbrauwen bewegen. Nu naar de rechtermondhoek. We zien direct weer de spierbewegingen. Nu naar de ogen en de oogleden. Als het gevoel in dat gebied ook komt, zullen we dat ook zien aan de spierbewegingen. De oogleden beginnen nu te knipperen. Wat jij moet doen, is je alleen concentreren op dat gevoel. De oogleden knipperen sterker. Concentreer je op dat lichte gevoel. Nu weer concentreren op het gevoel in je voorhoofd. Onmiddellijk zien we de wenkbrauwen, maar nu ook de oogleden, bewegen. Zo, en nu weer naar de rechtermondhoek. Ook nu zien we direct spiertrekkingen. Nu naar de linkermondhoek en we zien zowel links als rechts grote spiertrekkingen. Nu ook het voorhoofd. Nu is het een grote spierbeweging: de wenkbrauwen, de mondhoeken, de spieren rond de ogen, alles beweegt. Bij de spiertrekkingen van de linkermondhoek zien we voor het eerst ook een beweging van het linkerooglid. Concentreer je nu op de ogen. We zien beide oogleden gedurende enkele seconden heftig knipperen. Nu weer op dat gevoel concentreren. Nu begint alleen je rechterooglid te knipperen met flinke bewegingen. Concentreer je nu weer op de linkerhand, de linkerhand

gaat weer naar boven. We gaan kijken of het gevoel in de gezichtsspieren weer kunnen versterken. Daarna gaan we opnieuw kijken of we weer de spontane bewegingen van de gezichtsspieren krijgen...' Enzovoort.

De zitting wordt in een optimistische sfeer afgesloten. Er lijkt een opening te zijn gekomen. Johanna krijgt een cd-schijfje mee met de oefeningen.

Zitting vier. Johanna heeft goed geoefend. De ontwikkelingen zijn positief. Haar vader heeft haar bezig gezien in de tuin met de ogen open. Ook liep ze een keer in de gang te zingen met de ogen open. Tijdens de intake bleek bij een poging haar ogen open te maken een weerstand van de oogleden. Nu blijkt bij herhaling van dit onderzoek deze niet meer aanwezig; de ogen laten zich gemakkelijk openen. Ook Johanna zegt dat ze veel minder moeite heeft de ogen met haar vingers open te houden. Tijdens de hypnose en het concentreren op het lichte gevoel rond de ogen beginnen beide oogleden heftig te knippen.

Zitting vijf, zes, zeven. Er treedt geen verdere verbetering op. Johanna oefent goed. Tijdens de zittingen knippen de ogen. Thuis is Johanna opnieuw enkele keren gezien met haar ogen open. Wanneer haar vader dat tegen haar zegt, vallen de ogen onmiddellijk weer dicht. Op zitting zeven wordt besloten, mede gelet op de geringe vorderingen en de tijdsdruk van het begin van het nieuwe schooljaar, een behandeling met een antidepressivum (paroxetine) in te stellen.

#### ¶ Het verdere beloop

De behandeling in de zin van controle krijgen over de bewegingen van de oogleden is mislukt. Dit ondanks het feit dat Johanna op allerlei momenten de ogen spontaan seconden tot minuten open heeft. Sinds Johanna de paroxetine gebruikt, is vanaf dag één een grote verbetering ingetreden. De ogen zijn nu grote delen van de dag open. Alleen als ze zich dat realiseert, vallen ze weer dicht.

Twee weken na de medicatie-instelling is ze klachtenvrij als ze actief bezig is. Ze besluit om op te houden met toptennis en alleen nog voor haar plezier te spelen. Bovendien blijkt na haar terugkeer op school dat de schoolleiding ook van ouders van andere kinderen klachten heeft gekregen over het pesten op school. Daartegen worden maatregelen getroffen. Drie maanden na het begin van de medicatie is Johanna vrijwel klachtenvrij. Ze speelt tennis op een lager niveau en ze is ook weer volledig op school. Na nog twee maanden is zij geheel klachtenvrij en kan de medicatie gestopt worden. Bij telefonische follow-up na drie maanden blijkt ze nog steeds klachtenvrij. Ze is opgewekt en vrolijk.

## DISCUSSIE

¶ *Conversiestoornissen en succesvolle behandelingen*

Het interessante bij de behandeling van conversiestoornissen is dat van vrijwel iedere benadering soms spectaculaire resultaten worden gemeld. Er bestaat echter vrijwel geen gecontroleerd onderzoek. Zeker is dat spontaan herstel en suggesties bijdragen aan spectaculaire successen (Hoogduin, 2007a, p. 15 e.v.). Op zich hoeft dat geen verbazing te wekken, omdat ook bij organisch-neurologische stoornissen successen zijn beschreven van behandelingen waarvan later vast kwam te staan dat die geen enkele werkzaamheid hebben. Berucht is de remedie die in het begin van de vorige eeuw werd ingesteld om patiënten met een *torticollis spasmodica* (verkrampde scheefhals, een neurologische stoornis die behoort tot de dystonieën) van hun klacht te verlossen. Door middel van het trekken van alle tanden en kiezen en het verwijderen van keelamandelen werd verondersteld dat een eventuele infectiebron verwijderd werd, waarvan ten onrechte werd aangenomen dat die de scheefhals veroorzaakte. De patiënten verbeterden desondanks na die ingreep (Hoogduin, 2007b, p. 109 e.v.). Ook met hypnose bleken dergelijke patiënten significant te verbeteren in open studies. Bij gecontroleerd onderzoek echter helaas niet (Reijnders, 1996).

In het hier beschreven geval lijkt met de hypnose met directe en indirecte suggesties aanvankelijk een eerste verbetering bereikt te worden. De spontane bewegingen van de aangezichtsspieren in aansluiting op de suggesties van het beleven van veranderde gevoelsensaties in het gezicht en het daarbij optredende knippen van de oogleden wekt positieve verwachtingen. Helaas zetten de verbeteringen niet door. Wel bleken thuis vaker de ogen 'spontaan' open te zijn wanneer Johanna geconcentreerd met iets bezig was. Wanneer onder enige tijdsdruk wordt besloten een behandeling met het antidepressivum paroxetine 20 mg in te stellen is het effect spectaculair; direct de volgende dag blijkt er een relevante klachtenreductie.

Kan dit gezien worden als een specifiek medicamenteus effect? Helaas is dat onzeker. Na de publicatie van de open studie van Voon en Lang (2005) is er nu, zes jaar later, nog steeds geen goede replicatie of gecontroleerde studie gepubliceerd. Een open onderzoek met vijf patiënten leverde bij slechts één patiënt een positief resultaat op (Van Minnen, 2011).

Bij de beoordeling van de resultaten van behandelingen bij kort bestaande klachten moet zeker 'spontaan' herstel als meest plausible reden van het herstel gezien worden. De conversiestoornis gaat, zeker in de acute fase, meestal vanzelf weer over. Ron (2001) laat in een overzichtsartikel zien dat niet minder dan 79% van de



acut opgenomen patiënten met een conversiestoornis hersteld of bijna hersteld het ziekenhuis verlaat. In gecontroleerde studies met, zeg maar, indruk makende apparatuur, zoals de elektroslaapmachine (hierbij wordt een galvanische stroom bitemporaal door de hersenen geleid; deze zogenaamde Somlec-methode zou ontspanning en mogelijk ook slaap induceren), elektrische stimulering van de ledematen, maar ook met amfetamine treedt bij tachtig tot negentig procent van de patiënten een relevante verbetering op, terwijl er geen aanwijzingen zijn dat aan deze strategieën een specifieke werking toe te schrijven is (Scallett, Cloninger & Othmer, 1976; Hafeiz, 1980). Spectaculaire behandelresultaten worden ook al jaren gemeld bij toepassing van acupunctuur, terwijl het ook hier om een placebo-effect gaat (Nuenen, Wohlgemuth, Wong Chung, Abdo & Bloem, 2007).

Recent zijn naast de behandeling met antidepressiva ook gunstige resultaten gemeld van een drietal nieuwe benaderingen: transcutane elektrische neurostimulatie, transcraniale magnetische stimulatie en fysieke training. De transcutane elektrische neurostimulatie (TENS) bestaat eruit dat elektrische stroom (laag voltage) door de huid heen wordt gegeven om zenuwen te beïnvloeden. De TENS kent een brede toepassing bij de bestrijding van dystoniën en pijnklachten. Het werkingsmechanisme is onbekend, maar aangenomen wordt dat TENS invloed heeft op de sensorische en motorische neurotransmissie.

Ferrara, Stamey, Strutt, Adam en Jankovic (2011) onderzochten in een open studie de effecten van TENS bij negentien conversiepatiënten met een motorische stoornis. Aan het eind van de behandeling en bij follow-up bleken de klachten significant te zijn verbeterd. Op de Psychogenic Movement Disorder Rating Scale (PMDRS; Hinson, Cubo, Comella, Goetz & Leurgans, 2005) bleek bij follow-up na 6,9 maanden een verbetering van zeventig procent. Vijf patiënten waren volledig hersteld. De enige predictor van verbetering bleek een relatief korte duur van de klachten. Van belang is nog te vermelden dat de toepassing van deze techniek bij de patiënt een duidelijke huidsensatie veroorzaakt. De patiënt weet dus dat er een 'werkzame' machine actief is.

De toepassing van transcraniële magnetische stimulatie van de motorische cortex heeft wel heel spectaculaire resultaten. Weliswaar vond het onderzoek retrospectief plaats en bij patiënten met een acute conversieverlamming, maar niettemin. Transcraniële magnetische stimulatie (TMS) bestaat eruit dat via een spoel op de schedel een magnetisch veld ontstaat dat een inductiestroom in de hersenen doet ontstaan. Aldus is het mogelijk invloed uit te oefenen op hersenprocessen. De techniek wordt al jaren toegepast in de psychiatrie. Uit een meta-analyse is vastgesteld dat bij therapiere-

sistente depressieve patiënten deze techniek in enige mate effectief is. Ook bij de behandeling van hallucinaties bij schizofrene patiënten is effectiviteit aangetoond (Gezondheidsraad, 2008).

Chastan en Parain (2010) analyseerden 72 patiënten die opgenomen waren op diverse afdelingen met motorische verlammingen. De patiënten vertoonden naast de verlamming soms een combinatie met een sensorisch symptoom (27%), soms met pijn (16%), of soms met pijn en sensorische symptomen (11%). Bij 55 patiënten waren de klachten acuut ( $M = 4$  dagen) en 15 subacuut ( $M = 240$  dagen). TMS werd toegepast, waarbij de patiënten eenmaal of tweemaal een sessie ondergingen. De plek van toediening was de motorische cortex, heterolateraal van de aangedane kant, of beiderzijds bij bilaterale verlammingen. Nogmaals, de effecten waren spectaculair: 43 patiënten herstelden onmiddellijk na de toediening van de TMS, 8 nog binnen enkele uren en 2 binnen een paar dagen (89% herstel). Er bleek een significant verschil tussen patiënten met een klachtenduur van minder dan dertig dagen en patiënten met een klachtenduur van langer dan dertig dagen. Pikant is dat de 8 patiënten die binnen een halfjaar na aanmelding een recidief kregen, opnieuw behandeld met TMS weer geheel herstelden.

De verklaring voor de werkzaamheid van TMS is zeer plausibel. Onder invloed van TMS worden zenuwcellen die dicht onder de oppervlakte van de schedel liggen – maximaal enkele centimeters diep – geprikkeld. Bij stimulering van de motorische schors bij normale proefpersonen blijken bij een bepaalde sterkte van de TMS onwillekeurige spierbewegingen te ontstaan, bijvoorbeeld van een vinger. Met TMS is het dus mogelijk bepaalde spiergroepen onwillekeurig te laten bewegen, ook bij patiënten met een conversieve verlamming dus. Bij een frequentie van 5–10 Hertz en 1,5 tot 2 Tesla (Tesla is een eenheid van intensiteit van een magnetisch veld) treden dergelijke spierbewegingen op. Bij de behandeling van Chastan en Parain (2010) bedroeg de frequentie 4–5 Hertz en de intensiteit 2,5 Tesla: voldoende dus om bewegingen uit te lokken. De auteurs verklaren de effectiviteit als een gevolg van de opgewekte motorische activering. Ze veronderstellen dat door het zich weer bewust worden van de mogelijkheid om te kunnen bewegen de patiënten geholpen worden de controle over hun spieren weer terug te krijgen. Met behulp van functionele-MRI-studies is een dergelijke veranderde activering van de motorische regio's en een verhoogde activiteit van de prefrontale regio's naar de motorische regio bij conversiepatiënten vastgesteld kunnen worden.

Van *running therapy* is de effectiviteit voor sommige psychische aandoeningen aangetoond; bijvoorbeeld angststoornissen en depressieve stoornissen (Dallocchio, Arbasino, Klersy & Marchioni, 2010). Bij het onderzoek naar de effecten van fysieke training moes-

ten de deelnemende patiënten driemaal per week maximaal veertig minuten wandelen gedurende twaalf weken. Dit waren patiënten met een milde psychogene bewegingsstoornis (met diverse pseudoneurologische symptomen zoals tremoren, dystone klachten en spraakstoornissen); slechts twee patiënten van de zestien patiënten hadden een milde tot matig ernstige loopstoornis. De resultaten werden vastgesteld met de Psychologic Movement Disorder Rating Scale (PMDRS). Tien van de zestien patiënten verbeterden relevant (zeventig procent klachtenreductie). Een interessant resultaat, vooral ook gelet op de relatief lange gemiddelde duur van de klachten van vijftien maanden.

Concluderend kan gesteld worden dat vrijwel iedere benadering bij ongecontroleerd onderzoek succesvol lijkt te zijn. De vraag die zich opdringt is of het hierbij werkelijk gaat om een specifieke werking. Voor acupunctuur, fysieke training en TENS – TENS is mogelijk effectief door een zeker effect op de pijnklachten – lijkt een specifieke werking niet aannemelijk. Antidepressiva hebben mogelijk wel specifiek effect wanneer we de conversiestoornis opvatten als een epifenomeen van PTSD, een andere angststoornis of een depressie. In de open studie naar de werking van antidepressiva bij patiënten met een conversiestoornis bleek bij het merendeel van de patiënten ook sprake van comorbide angst of een depressieve stoornis (Voon & Lang, 2005). De ernst van de depressieve klachten nam na behandeling relevant af (score op de Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) daalde van 12 naar 4,5). De conclusie kan niet anders zijn dan dat de antidepressiva in ieder geval de depressieve klachten ook hebben verholpen, met mogelijk daarnaast een effect op de conversiestoornis. Een voorzichtige conclusie kan zijn dat voor patiënten met zowel een conversie- als een depressieve stoornis een indicatie bestaat voor behandeling met antidepressiva.

Tot slot lijkt vooral de transcraniële magnetische stimulatie veelbelovend voor de behandeling van de conversiestoornis. Het harde klikkende geluid van de magneet tijdens het aanbrengen van het magnetisch veld, dat door veel patiënten als zeer storend wordt ervaren, is natuurlijk ook een bewijs voor een zeer actieve machine. Het onderzoek van Scallet et al. (1976) met een slaapmachine liet ook een dergelijk hoog succespercentage zien, ook wanneer de machine niet aanstond. Van de aansluiting op de machine ging blijkbaar een sterk suggestieve werking uit. Er blijkt voor TSM een eenvoudige methode beschikbaar voor het uitvoeren van gecontroleerd onderzoek. De controlepatiënten kunnen behandeld worden met een sham-TMS, een placebobehandeling die nauwelijks van de echte TMS is te onderscheiden. Met spanning wachten we de resultaten van dit onderzoek af (Gezondheidsraad, 2008).

### ¶ De casus

Nog even terug naar onze patiënte. Ze is goed hersteld. Helaas is niet duidelijk of patiënt als gevolg van de psychologische behandeling met een soort vertraagde uitwerking beter is geworden. Of als gevolg van een ongebruikelijk snel effect van het antidepressivum, hoewel uit onderzoek bij depressies een dergelijk snelle verbetering bij behandeling met antidepressiva altijd als een placebo-effect wordt beschouwd (zie bijvoorbeeld Hoogduin, Moleman & Verbraak, 1993, p. 96).

De laatste mogelijkheid, en werkelijk niet de minst plausible, is dat de veranderde omstandigheden – thuis van school, ophouden met de ambitie een toptennisster te worden en vervolgens het stoppen van het gepest op school – bijgedragen hebben aan het herstel.

PROF.DR. C.A.L. HOOGDUIN is zenuwarts. Hij is verbonden als adviseur aan de HSK Groep en is voorzitter van de Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie (VGCT).

### Referenties

- Chastan, N. & Parain, D. (2010). Psychogenic paralysis and recovery after motor cortex transcranial magnetic stimulation. *Movement Disorders*, 25, 1501–1504. doi:10.1002/mds.23187
- Dalocchino, C., Arbasino, A., Klersy, C. & Marchioni, E. (2010). The effects of physical activity on psychogenic movement disorders. *Movement Disorders*, 25: 421–425. doi:10.1002/mds.22952
- Ferrara, J., Stamey, W., Strutt, A.M., Adam, O.S. & Jankovic, J. (2011). Transcutaneous electrical stimulation (TENS) for psychogenic movement disorders. *The Journal of Neuro-psychiatry & Clinical Neurosciences*, 23, 141–148.
- Gezondheidsraad (2008). *Transcraniële magnetische stimulatie in de psychiatrie en de neurologie*. Den Haag: Gezondheidsraad.
- Hafeiz, H.B. (1980). Hysterical conversion, a prognostic study. *British Journal of Psychiatry*, 136, 548–551.
- Hinson, V.K., Cubo, E., Comella, C.L., Goetz, C.G. & Leurgans, S. (2005). Rating scale for psychogenic movement disorders: Scale development and clinimetric testing. *Movement Disorders*, 20, 1592–1597.
- Hoogduin, C.A.L. (2007a). *Psychologische interventies bij conversiestoornissen*. Amsterdam: Boom.
- Hoogduin, C.A.L. (2007b). *Psychologische interventies bij ongewone stoornissen*. Amsterdam: Boom.
- Hoogduin, C.A.L., Moleman, P.M. & Verbraak, M.J.P.M. (1993). De identificatie van non-responders bij de behandeling van depressieve patiënten met antidepressiva. In: C.P.F. van der Staak & C.A.L. Hoogduin (red.), *Depressie, psychopathologie en preventie* (pp. 91–101). Nijmegen: Beta.
- Hoogduin, C.A.L., Verbraak, M.J.P.M., Keijsers, G.P.J. & Kleine, R.A. de (2011). *Protocollaire behandeling van patiënten met conversieve fluisterspraak*. In: G.P.J. Keijsers, A. van Minnen & C.A.L. Hoogduin (red.), *Protocollaire behandelingen van volwassenen met psychische klachten, deel 2* (pp. 157–169). Amsterdam: Boom.
- Kleine, R.A. de, Hoogduin, C.A.L. & Minnen, A. van (2011). *Protocollaire behandeling van patiënten met een*

- motorische conversiestoornis. In: G.P.J. Keijsers, A. van Minnen & C.A.L. Hoogduin (red.), *Protocolaire behandelingen van volwassen met psychische klachten, deel 2* (pp. 119–157). Amsterdam: Boom
- Minnen, A. van (2011). *Persoonlijke communicatie*.
- Moene, F.C. (2001). *Hypnosis and conversion disorder: Assessment and treatment issues*. Proefschrift K.U. Nijmegen. Zeist: Cure & Care Publishers.
- Moene, F.C., Spinhoven, Ph., Hoogduin, C.A.L. & Van Dyck, R. (2002). A randomised controlled clinical trial of hypnosis in patients with conversion disorder, motor type. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 71, 66–76.
- Moene, F.C., Spinhoven, Ph., Hoogduin, C.A.L. & Van Dyck, R. (2003). A randomised controlled clinical trial of a hypnosis-based treatment for patients with conversion disorder, motor type. *The International Journal of Clinical & Experimental Hypnosis*, 51, 29–50.
- Nuenen, B.F.L., Wohlgemuth, M., Wong Chung, R.E., Abdo, W.F. & Bloem, B.R. (2007). Acupuncture for psychogenic movement disorders: Treatment of diagnostic tool? *Movement Disorders*, 22, 1353–1355.
- Ron, M.A. (2001). The prognosis of hysteria/somatization disorder. In: P.W. Halligan, C. Bass & J.C. Marshall (Eds.). *Contemporary approaches to the study of hysteria* (pp. 271–282). Oxford: University Press.
- Reinders, M.J. (1996). *Psychologische interventies bij focale dystonieën* (Proefschrift K.U. Nijmegen). Haarlem: Paswerk.
- Scallet, A., Cloninger, C.R. & Othmer, E. (1976). The management of chronic hysteria: A review and double-blind trial of electrosleep and other relaxation methods. *Diseases of the Nervous System*, 37, 347–356.
- Voon, V. & Lang, A.E. (2005). Antidepressant treatment outcomes of psychogenic movement disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 1529–1534.