



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

Behandelopties voor patiënten met pseudomyoclonieën *Vele wegen leiden naar Rome*

Conversieve stoornissen worden vaak genoemd naar de neurologische stoornissen waarmee een gelijkenis lijkt te bestaan. In de nieuwe DSM-5 wordt als synoniem voor de diagnose 'conversiestoornis' 'functionele neurologische symptoomstoornis' (FNSS) opgevoerd (www.dsm5.org).

De DSM-5 geeft de volgende diagnostische criteria voor FNSS (conversiestoornis): 'Symptomen of gebreken op het gebied van de motoriek of van de zintuigen met of zonder veranderingen in het bewustzijn. Voorts moet er een inconsistentie van de klachten en een incompatibiliteit met de kenmerken van een neurologische of medische ziekte aanwezig zijn.' Van oudsher worden de beelden getypeerd door gebruik van het voorvoegsel 'pseudo', bijvoorbeeld pseudomyoclonieën ('myoclonie' betekent schoksgewijze motorische activiteit) of pseudotremor ('tremor' wil zeggen trillen van een lichaamsdeel).

In de loop van de geschiedenis zijn er meerdere theorieën ontwikkeld over het ontstaan van conversiesymptomen. De dissociatietheorie van Kihlström (1992) is de meest invloedrijke theorie voor het begrijpen van conversiestoornissen. Deze theorie vindt haar oorsprong in de vaak waargenomen inconsistenties bij conversiesymptomen. Kihlström gaat ervan uit dat conversiesymptomen het gevolg zijn van een dissociatie of breuk tussen impliciete en expliciete informatieprocessen. De eerste vinden plaats in het automatische systeem, gericht op het uitvoeren van activiteiten; de tweede in het intentionele systeem, gericht op het plannen en programmeren van activiteiten. Deze breuk zou kunnen ontstaan als gevolg van stressvolle gebeurtenissen. Terwijl de impliciete, automatische informatieprocessen relatief in tact blijven, worden er problemen in de expliciete, intentionele informatieprocessen ervaren.

In aansluiting op de dissociatietheorie zou een psychologische behandeling van conversiestoornissen gericht moeten zijn op de impliciete informatieverwerking. Nu kan het iedereen overkomen dat de verbinding tussen het expliciete en impliciete systeem moeizaam verloopt. Door vermoeidheid of slaapttekort overkomt het

iedereen wel eens niet op de naam van een schrijver te kunnen komen. De naam wil maar niet te binnen schieten, terwijl de persoon wel weet dat de naam hem bekend is. Om toch op de naam van de auteur te komen is het zinvol om te denken aan de titel van een boek van de auteur in kwestie of aan de plaats waar het boek in de boekenkast staat. Aldus wordt er een zoekstrategie toegepast waarbij gebruikgemaakt wordt van andere associatieve verbanden. Het gebruik van dergelijke zoekstrategieën vormt de basis van succesvol toegepaste psychologische interventies bij patiënten met een conversiestoornis. Met name het gebruik van hypnose en katalepsie-inductie lijken, omdat hierbij ook van andere associatieve verbanden gebruik wordt gemaakt, aangewezen.

Recent is een protocol verschenen voor de behandeling van de conversiestoornis (de Kleine, Hoogduin & van Minnen, 2011). Het protocol is opgebouwd uit een algemeen en klachtspecifiek deel. Het algemene deel bestaat uit een zitting psycho-educatie waarna wordt geadviseerd afhankelijk van de stoornis te kiezen voor behandeling met behulp van hypnose of een training in katalepsie. Aansluitend wordt voor deze vaak kwetsbare patiënten een stressmanagementprogramma aangeboden. Door hun een andere manier aan te leren met stress om te gaan, kan soms verdere verbetering worden bewerkstelligd en eventueel recidief worden voorkomen. Een relatie van stresserende omstandigheden met het ontstaan van de klachten is immers in een aantal gevallen zeker aanwezig (Roe-lofs, Spinhoven, Sandijck, Moene & Hoogduin, 2005). In dit protocol wordt voor patiënten met hyperkinetische motorische stoornissen, pseudotremor en pseudomyoclonieën zowel hypnose als katalepsie genoemd als behandelmogelijkheid.

Ondanks het bestaan van dit protocol is er tot op heden geen overeenstemming dat behandeling met hypnose en katalepsie de effectiefste behandeling is voor patiënten met een motorische conversiestoornis. Publicaties over de behandeling van conversiestoornis beperken zich meestal tot gevalbeschrijvingen van succesvolle behandelingen, waardoor er nog geen uitspraak over de behandeling van voorkeur mogelijk is. Onderzoek naar de effecten van psychologische behandeling van conversiestoornissen is dus zeer gewenst.

In de tussentijd willen we hier drie patiënten beschrijven die gebukt gingen onder schoksgewijze spiercontracties zonder dat er een neurologische verklaring gevonden werd. De diagnose FNSS (pseudomyoclonieën) werd bij alle drie de patiënten gesteld. De behandeling heeft bestaan uit hypnose, katalepsietraining of stressmanagement. Ondanks de verschillende manieren van aanpak konden de drie behandelingen succesvol worden afgesloten.

HYPNOSE

¶ *De aanmelding*

Anja, een 29-jarige vrouw, heeft sinds een jaar last van onvrijwillige spiertrekkingen in haar benen en in haar schouders, waarbij haar heupen en bovenlichaam vooroverbuigen. Haar benen trekken in een snelle beweging naar haar romp. Ook haar schouders trekt ze in een snelle beweging hoog op. De klachten zijn plots ontstaan. Ze kreeg op een bepaalde avond opeens een urenlang durende aanval van spiertrekkingen. Naast de spiertrekkingen rapporteert Anja klachten als vermoeidheid, duizeligheid, rugpijn en maag- en darmklachten.

Het ontstaan van de klachten is volgens Anja het gevolg van overbelasting. Anja heeft naast haar vaste baan van 28 uur in de week jarenlang veel vrijwilligerswerk gedaan. Anja geeft aan veel spanning in haar werk te ervaren. Als gevolg van haar klachten heeft ze zich ziek moeten melden en is ze gestopt met haar vrijwilligerswerk. Tijdens het re-integreren kreeg ze een andere manager met wie de communicatie moeizaam verliep. Sinds een maand is haar contract ontbonden. Anja is het hier niet mee eens en is verwikkeld geraakt in een rechtszaak met haar werkgever.

Anja omschrijft zichzelf als iemand die het altijd goed wil doen voor anderen.

Op een algemene klachtenlijst, de SCL-90, scoort zij 167 punten. Deze score is indicatief voor matig ernstige klachten. Bij neurologisch onderzoek werden geen bijzonderheden gevonden. De diagnose conversiestoornis wordt gesteld. Tijdens de intake wordt Anja uitgelegd dat haar klachten voldoen aan de diagnose FNSS. Naast de diagnose conversiestoornis wordt er ook een ongedifferentieerde somatoforme stoornis vastgesteld. Deze werkgerelateerde neurasthenie (burn-out), die is ontstaan als gevolg van jarenlange overbelasting door intensief vrijwilligerswerk naast haar gewone baan, hetgeen haar veel energie kost, zal na de conversiestoornis behandeld worden. Er wordt namelijk afgesproken de behandeling eerst te richten op de FNSS. Gekozen wordt voor een behandeling met hypnose. Aansluitend op de intake wordt meteen afgesproken dat Anja voorafgaand aan het eerste behandelgesprek het aantal spiersamentrekkingen zal registreren.

¶ *De behandeling*

In het eerste behandelgesprek geeft Anja aan dat ze de afgelopen week 31 spiertrekkingen in haar schouders heeft gevoeld. Zij krijgt uitleg over hypnose. Daarbij wordt verteld dat hypnose wordt gekenmerkt door een tweetal fenomenen. Het eerste fenomeen is dat mensen tijdens de trance vaak een diepe relaxatie ervaren. De

patiënt beleeft trance als aangenaam en ervaart lichamelijke verschijnselen zoals 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 dat mensen mogelijk een verandering in de perceptie ervaren. De patiënt kan, na suggesties dat een 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. Na de uitleg volgt een eerste kennismaking met hypnose. Door middel van oogfixatie gevolgd door een verdiepingstechniek (het afdalen van een trap, waarbij de suggestie wordt gegeven dat je bij iedere tree dieper in trance raakt) kan Anja zich gemakkelijk ontspannen en geraakt zij vrij eenvoudig in trance. Van de oefening die ongeveer tien minuten duurt, wordt een geluidsopname gemaakt die ze meekrijgt om thuis mee te oefenen. Het is de bedoeling dat zij de komende week thuis vijf tot tien keer per dag (!) oefent. Anja zal ook de komende tijd bijhouden hoe vaak de spiertrekkingen in haar schouders voorkomen.

In het tweede gesprek, een week later, is er sprake van een duidelijke verbetering van de klachten. Anja geeft aan dat ze het moeilijk vond om tijd vrij te maken om zo vaak te oefenen. Het is haar dan ook maar vier keer per dag gelukt om te oefenen met de geluidsopname. Desondanks heeft zij de afgelopen week slechts negen keer spiertrekkingen gehad.

Tijdens de sessie legt de therapeut aan Anja uit dat een loom en zwaar gevoel niet verenigbaar is met het schokken van haar schouders. Dit incompatibele gevoel kan ze gaan inzetten om het schokken van haar schouders tegen te gaan. Tijdens de hypnoseoefening worden suggesties van een zwaar gevoel in de armen gegeven. De hypnoseoefening wordt beëindigd met het verbinden van een cue aan het zware gevoel. Anja wordt gevraagd haar linkervuist te ballen. Als Anja de linkervuist heeft gebald wordt de suggestie gegeven dat het ballen van haar linkervuist zal maken dat haar armen zwaar worden. Anja krijgt de opdracht om thuis vijf tot tien keer per dag te oefenen met de hypnose en de incompatibele respons.

Aan het eind van de sessie geeft Anja aan dat aanstaande maandag de eerste zitting is van de rechtszaak die ze tegen haar werk heeft aangespannen. Ze vertelt dat ze opziet tegen maandag. Een week later komt Anja voor het derde gesprek. Ze geeft aan dat ze baat heeft bij de hypnose. Ze hoeft niet meer per se de hypnoseoefening te doen. Het ballen van haar linkervuist maakt dat ze echte spierontspanning voelt. Anja vertelt dat ze de afgelopen week maar

twee spiertrekkingen had, alleen ten tijde van de rechtszaak liep de spanning voor haar zo hoog op dat ze toen wel vijftig spiertrekkingen had.

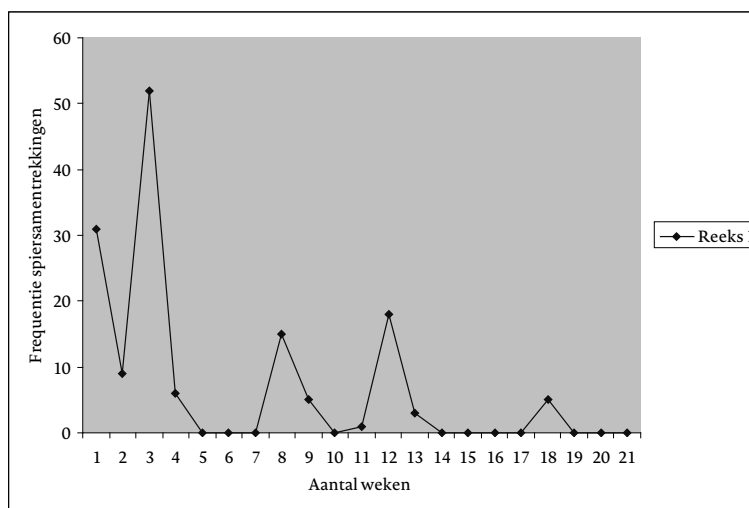
In de vierde sessie wordt er geïnventariseerd welke situaties spanning opleveren bij Anja. Anja geeft aan dat de spiertrekkingen ontstaan bij vermoeidheid of als ze aan haar werk denkt. De therapeut vraagt Anja om een situatie op haar werk die spanning oplevert in gedachten te nemen. De therapeut vraagt Anja om haar ogen te sluiten en zich voor te stellen dat ze een gesprek heeft met haar manager. Daarbij worden suggesties gegeven dat Anja zich voorstelt dat zij spiertrekkingen in haar schouders krijgt. (*Mogelijk denk je dat als je nu iets zou moeten pakken, dit niet zou lukken door de spiertrekkingen.*) Terwijl de spiertrekkingen ook daadwerkelijk plaatsvinden, vraagt de therapeut Anja om alles zwaar te maken. (*Maak je armen maar helemaal zwaar, zo zwaar dat het lijkt alsof ze door de stoelleuning zakken.*) Vervolgens vraagt de therapeut aan Anja om haar ogen weer te openen. Er worden nog drie vergelijkbare situaties op het werk op dezelfde manier aangepakt.

In de daaropvolgende sessie wordt er begonnen met het burn-outprotocol, terwijl Anja de hypnoseoefening blijft doen. Door middel van stressmanagement, cognitieve therapie en timemanagement leert Anja anders met spanningen om te gaan. Tijdens het opstellen van het stressmanagementprogramma wordt gevraagd welke stressvolle omstandigheden en symptomen voorafgingen aan de eerste aanval met spiertrekkingen. Achteraf denkt zij dat overbelasting als gevolg van intensief vrijwilligerswerk naast haar gewone baan mogelijk een rol gespeeld heeft. Daarnaast is zij van mening dat ze, doordat ze het goed wil doen voor anderen, geen ontspannende momenten voor zichzelf inplande, zowel thuis als op het werk. Ze vindt het moeilijk om 'nee' te zeggen en keuzes ten gunste van zichzelf te maken. Zij maakt een overzicht met signalen waaraan zij merkt dat zij overbelast dreigt te raken, en stelt een lijst op van stressreducerende maatregelen. Zij geeft aan voorlopig geen vrijwilligerswerk op te pakken en investeert de daarmee vrijgekomen tijd in ontspannende activiteiten. Binnen de behandelsetting volgt ze naast haar individuele behandeling ook een assertiviteits-training. Anja rapporteert een aantal weken achtereen geen enkele spiersamentrekking meer te hebben ervaren. Anja heeft uiteindelijk ook de rechtszaak gewonnen. Zij heeft ingezet op re-integratie op haar oude werkplek, omdat zij zo haar kansen op de arbeidsmarkt denkt te vergroten. Na acht weken heeft zij een gesprek met de bedrijfsarts; dit heeft vijftien spiertrekkingen tot gevolg. Als zij na twaalf weken behandeling start met re-integreren zorgt ook dit even opnieuw voor een aantal spiertrekkingen.

Na zestien weken behandeling wordt in onderling overleg de behandeling afgerond. In de afsluitende sessie vertelt Anja zich over het algemeen beter te voelen. Zij heeft meer energie, onderneemt meer ontspannende activiteiten en heeft geen last meer van duizeligheid, rugpijn en maag- en darmklachten. Anja is voornemens om op een andere werkplek te gaan re-integreren en wil nooit meer dan 28 uur in de week gaan werken. Bij ontslag scoort Anja op de SCL-90 in totaal 119 punten.

Een half jaar na aanvang van de behandeling vindt er een follow-upgesprek plaats. Anja geeft aan dat ze nog één keer vijf spiertrekkingen heeft gehad. Ten tijde van het follow-upgesprek is Anja gestart met een outplacementtraject, wat ervoor zorgt dat zij op een andere werkplek mag re-integreren.

Figuur 1 laat zien hoe het klachtenverloop voor, tijdens en na de behandeling verliep.



FIGUUR 1
Aantal spiertrekkingen per week

KATALEPSIE

¶ De aanmelding

Janneke wordt aangemeld voor de behandeling van een continu schokken en trillen van de rechterarm en -hand. De klachten zijn bijna twee jaar geleden begonnen; ze was toen 12 jaar oud. Ze ontstonden zonder duidelijke aanleiding. In het begin waren de klachten nog wisselend aanwezig, maar na enige dagen ontstond het huidige ziektebeeld. De klachten bestaan uit trillen en schudden van de

hand en de arm. Deze schokken zijn onregelmatig en soms wordt de arm gebogen. De arm is moeilijk geheel te strekken. De spieren van de arm zijn gespannen. Bovendien heeft ze tijdens het aanspannen last van pijn in de arm en de schouder. Het is niet langer mogelijk dagelijkse bezigheden, zoals schrijven en eten, met de rechterarm uit te voeren. Ze is met haar andere hand gaan schrijven en ze gebruikt een laptop. Ook is ze met sporten gestopt. De ouders delen mee dat de arm ook 's nachts zou schudden.

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

De taxatie wordt afgesloten met een aanbod voor een proefbehandeling met katalepsie-inductie van drie zittingen van elk twee uur. Wanneer na drie zittingen nog geen beïnvloeding mogelijk is, zal de behandeling worden gestopt. In het algemeen kan van deze benadering een eerste effect binnen drie zittingen verwacht worden. Zo niet, dan is de kans op verbetering met dezelfde strategie niet meer te verwachten.

¶ De behandeling

Zoals eerder vermeld kan in het behandelprotocol worden gekozen voor hypnose of katalepsietraining. Katalepsie is een techniek waarmee onder andere een gevoel van stijfheid in de spieren te bewerkstelligen is bij patiënten met tremoren of schoksgewijze spiercontracties, met krachtverlies in armen of benen of met problemen van coördinatie en balans. Patiënten kan geleerd worden de toestand van katalepsie bij zichzelf aan te brengen, waardoor ze zich in een stabiele houding kunnen brengen en deze ook kunnen vasthouden. Op deze wijze kunnen ze weer leren lopen of goed blijven staan. Bij katalepsie-inductie oefent de therapeut tegengestelde krachten uit op een arm of been. De therapeut pakt bijvoorbeeld de pols en duwt die vervolgens omlaag; tegelijkertijd houdt hij hem echter tegen en beweegt de arm toch een beetje omhoog. Deze verwarrende informatie leidt tot het ontstaan van de katalepsie (zie voor een beschrijving bijvoorbeeld Hoogduin, 2007, p. 151 en verder). Janneke verschijnt tijdens de sessie in gezelschap van haar ouders. Hun aanwezigheid maakt het mogelijk hen in te schakelen bij de behandeling. Zij kunnen dagelijks frequent assisteren bij de hiernavolgende training als cotherapeut.

Bij een proefinductie lukt de katalepsie-inductie van de gezonde arm bij Janneke binnen een minuut. De immobiliteit is goed te demonstreren door zachtjes de arm omlaag te duwen en weer los te laten; de arm veert naar de oorspronkelijke positie terug. Ook bij de

ouders kan zonder probleem de katalepsie geïnduceerd worden. Dit wordt gedaan om ze vertrouwd te maken met de techniek, zodat ze later met hun dochter goed kunnen oefenen. De ouders induceren de katalepsie om beurten bij de therapeut en ten slotte ook met succes bij de niet aangedane arm van Janneke. Het oefenen en bespreken vraagt bijna drie kwartier. De rest van de zitting wordt besteed aan onderzoek naar mogelijkheden om de katalepsie in de aangedane arm te bewerkstelligen. Daartoe wordt eerst de gezonde arm in een kataleptische toestand gebracht en Janneke wordt gevraagd zich te concentreren op de daarbij optredende gevoelens. In de niet aangedane arm rapporteert ze zwaarte en tintelingen. Ze wordt verzocht goed op deze sensaties te letten en te proberen deze te versterken. De bedoeling hiervan is om haar de aandacht te laten richten op de gezonde arm en de bij de katalepsie behorende gevoelens. Later kan dit helpen bij de katalepsie-inductie van de aangedane arm. Terwijl de linkerarm in een kataleptische stand blijft, wordt gestart met de inductie in de aangedane arm. Bij Janneke lukt dit aanvankelijk niet; de schudbewegingen maken het de therapeut onmogelijk om de inductie correct uit te voeren.

Na een twintigtal minuten lijkt het of de schokken iets minder heftig worden, ook lijkt de frequentie iets af te nemen. Janneke wordt aangespoord goed op te letten of ze in de aangedane arm sensaties waarneemt die ze ook in de linkerarm voelt. Weer enige minuten later meldt ze enig getintel te voelen in de vingers van haar rechterhand. Ze wordt aangemoedigd zich te concentreren op die sensaties en te proberen deze te versterken. Janneke meldt dat de tintelingen en het zware gevoel zich van de vingers naar de hand uitbreiden. Na ruim een halfuur is het trillen en schudden van karakter veranderd. De grove schokken komen minder voor en de uitslag is kleiner. Janneke rapporteert dat het tintelen in de rechterarm nu net zo sterk is als links.

Na 42 minuten is de tremor gedurende enkele seconden afwezig. Aansluitend wordt de inductie beëindigd en wordt Janneke geholpen de tintelingen en het zware gevoel kwijt te raken door de handen te openen en te sluiten en de arm te schudden. De seconden durende rust van de arm maakt heftige emoties los bij de ouders. Er wordt een oefenprogramma afgesproken voor de niet aangedane arm. De ouders zullen driemaal per dag de katalepsie induceren. Deze eerste sessie heeft zo'n twee uur geduurd. Janneke en haar ouders vinden dat er echt iets is bereikt.

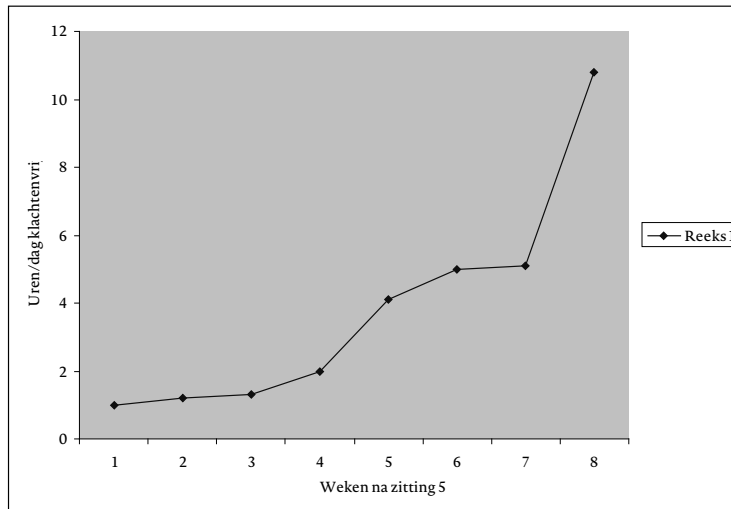
Janneke heeft goed geoefend, blijkt tijdens de volgende zitting één week later. Opnieuw wordt de katalepsie-inductie in de aangedane arm toegepast. Na 27 minuten lukt het haar arm en hand zes seconden stil te houden. Het huiswerk zal opnieuw bestaan uit oefenen met de gezonde arm. Tijdens zitting drie lukt het om na

vijftien minuten de arm gedurende twaalf seconden stil te krijgen. Er wordt nu ook thuis geoefend met de aangedane arm. Tijdens deze derde zitting wordt een geluidsopname gemaakt met suggesties om de tintelingen en het zware gevoel in haar hand en arm te versterken. Dit is bedoeld om haar thuis bij het oefenen te helpen.

Het is duidelijk dat een eerste resultaat is geboekt en de proefbe-handeling kan worden voortgezet.

Tijdens zitting vier is haar arm na twaalf minuten een halve minuut stil. Het lukt haar ook om thuis de arm soms even katalep-tisch en in rust te krijgen. Bij zitting vijf lukt het om de hand na zeven minuten rustig te krijgen. Daarna blijft deze dertig minuten rustig zonder schokken. Tijdens de zitting doet ze op verzoek een eerste succesvolle poging weer te schrijven. Nu wordt ook het tril-len geprovoceerd door haar te vragen de arm gebogen te houden, terwijl de therapeut deze probeert te strekken. Daarna wordt de katalepsie weer geïnduceerd. Ook blijkt de voorkeursstand – ze houdt de arm namelijk steeds licht gebogen – minder geworden. Ze is nu goed in staat de arm te strekken en deze stand ook enige tijd te handhaven. Vanaf deze zitting zal ze thuis met een stopwatch de totale tijd registreren dat de arm in rust is. Het tot rust brengen van de arm lukt haar thuis gemiddeld na tien minuten.

De eerste vijf zittingen hebben plaatsgevonden met een frequen-tie van een zitting per week. Vanaf zitting vijf lukt het haar snel con-trole te krijgen over de bewegingen. Tijdens de volgende zeven weken loopt de tijd dat de arm geen symptomen heeft op van een halfuur per dag naar meer dan tien uur per dag (zie figuur 2).



FIGUUR 2
Uren klachtenvrij per dag

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

Bij follow-up na anderhalf jaar blijkt ze volledig hersteld van de klachten. Op school en thuis gaat het goed (zie ook Hoogduin, 2009).

STRESSMANAGEMENT

¶ De aanmelding

Jolanda (15 jaar) wordt verwezen door de afdeling neurologie van een academisch medisch centrum met als hulpvraag behandeling van spierschokken van armen en benen, links erger dan rechts. De spierschokken treden op tijdens het lopen of wanneer ze een andere beweging uitvoert met armen of benen. De klachten in haar benen zijn afwezig wanneer ze zit. Neurologisch worden geen afwijkingen vastgesteld.

De klachten zijn een jaar geleden ontstaan toen zij op een feestje plotseling niet goed meer kon staan als gevolg van heftige schokken in haar linkerbeen. Sindsdien zijn de klachten toegenomen. Er is ten tijde van de aanmelding sprake van spierschokken in zowel armen als benen.

Het gevolg van de klachten is dat ze niet meer kan lopen. Met behulp van krukken strompelt ze korte stukken. Zodra ze gaat staan ontstaat een heftig schokken. Ze is gestopt met sporten en ook haar krantenwijk heeft ze opgezegd. Van belang is dat ze op de lagere school problemen had om mee te komen. Ze deed wel haar best, maar het ontbrak haar aan capaciteiten. Haar ouders, beiden van academisch niveau, hebben haar met bijlessen en ondersteuning geholpen. Ten tijde van de intake volgt Jolanda een vwo-opleiding.

In de voorgeschiedenis zijn geen aanwijzingen voor verwaarlozing of mishandeling (zie Roelofs et al., 2005). Wel is er sprake van jarenlange stresserende omstandigheden op school, als gevolg van het ontbreken van capaciteiten om te kunnen voldoen aan de eisen die haar huidige vwo-opleiding haar stelt. Als diagnose wordt de diagnose conversiestoornis: pseudomyoclonieën, gesteld.

¶ De behandeling

Jolanda is een halfjaar na het begin van de klachten in behandeling gekomen bij een psycholoog. Deze heeft haar een tiental zittingen behandeld volgens het protocol voor conversiestoornissen met hypnose, gevolgd door een katalepsiëtraining. Dit alles zonder suc-

ces. De psycholoog verwijst Jolanda vervolgens door naar ons centrum.

Bij onderzoek valt op dat Jolanda naast de spierschokken ook een klassieke conversiegang heeft met scharen van de benen en door de knieën zakken. Dit alles zonder werkelijk te vallen. De spierschokken van de linkerarm vertonen een sterke toename wanneer ze er iets mee wil doen, of wanneer de therapeut de hand beetpakt in een poging tot een katalepsie-inductie. Daarnaast heeft ze ook last van dystone krampen van de bovenarm en schouders. Dit heeft ernstige pijnklachten tot gevolg.

Ze blijkt niet in trance te kunnen geraken. Bij de katalepsie-inductie lukt het alleen in de gezonde arm deze op te wekken. In de voortdurend schokkende arm lukt het niet om de katalepsie-inductie op te wekken, net zomin als in de benen. Ook niet als ze met afhangende benen op een tafel zit. De benen vertonen dan geen schokken. Maar de katalepsie-inductie lukt op geen enkele manier.

Hypnose noch katalepsie lijkt een toegang voor behandeling te bieden. Gekozen wordt voor een stressreductieprogramma waarbij zowel de gevolgen van de stress, de spanning en onrust, als de bron, het te hoge ambitieniveau met de stresserende schoolsituatie, onderdeel van de interventie zal zijn.

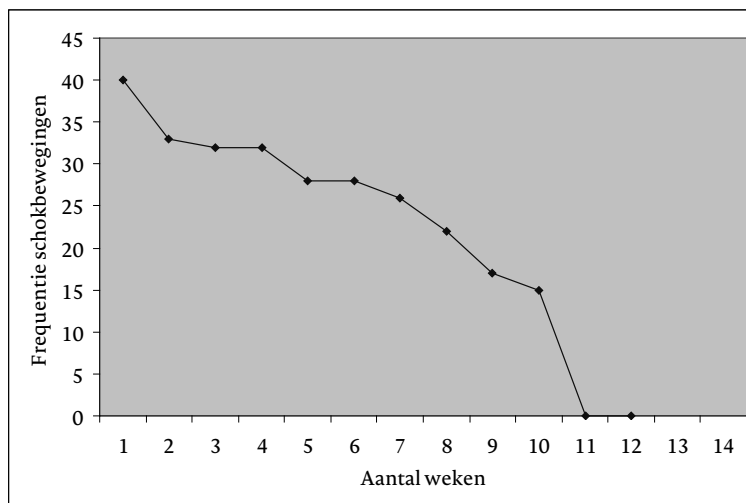
Zo wordt de behandeling ook uitgevoerd. Systematisch worden de inspanningen op school besproken en wordt haar idee om hbo verpleegkunde te gaan doen ter discussie gesteld. De vraag of ze mentaal wel opgewassen is tegen de grote inspanningen die deze nog zwaardere opleiding van haar zou vragen, wordt uitvoerig besproken. Duidelijk wordt dat dit haar oplucht. Zij vond zelf al tijden dat een dergelijke opleiding voor haar eigenlijk te zwaar was. Tijdens zitting één wordt zij getraind in een ontspanningstechniek. Een ontspannen, zwaar, tintelend gevoel in de gezonde arm leidt tot een aangenaam lichamelijk ontspannen gevoel. Tijdens de eerste oefening waarbij ze naar haar rechterhand kijkt, vertelt ze een gevoel van zwaarte en lichte tintelingen te voelen.

Afgesproken wordt, mede gelet op de eerdere mislukte behandeling, dat als er binnen de sessie enige verbetering wordt bereikt, dit als voorwaarde geldt om door te gaan met de behandeling. Het aantal schokbewegingen per vijftien seconden wordt als maat van verbetering gekozen. De zittingsduur is anderhalf tot twee uur. Er wordt een geluidsopname van de ontspanningsoefening gemaakt die zij vijf tot tien keer per dag thuis zal oefenen. Aan het einde van de zitting worden de resultaten besproken, het huiswerk vastgesteld en de behandeling geëvalueerd.

Tijdens de eerste zitting bleek dat oefenen met de rechterhand een effect had op de ernst van de schokbewegingen van de linkerhand. De frequentie buiten de ontspanningsoefening daalde van

meer dan 60 per 15 seconden naar gemiddeld 40 per 15 seconden. De registratie van de frequentie, door moeder thuis bijgehouden, vertoont eveneens een reductie van de schokbeweging. Zij observeert haar dochter daartoe driemaal per dag. De frequentie schommelt tussen de 15 en 125 met een gemiddelde frequentie van 38 per 15 seconden gedurende de periode tussen de eerste en de tweede zitting (zie figuur 3).

Zoals uit de grafiek blijkt, nemen de schokken af. Na 11 zittingen (24 weken) is Jolanda klachtenvrij.



FIGUUR 3
Gemiddelde frequentie van de schokbewegingen per vijftien seconden

Naast de oefening in ontspanning wordt na zitting vier ook aandacht besteed aan zelfstandig staan en lopen. De loopstoornis bestaat zoals gezegd uit een typisch conversief looppatroon. De rationale is dat door zich te ontspannen haar benen weer spontaan zoals vroeger zullen gaan bewegen. Opnieuw wordt afgezien van een formele trance-inductie. Op ons verzoek even te gaan staan blijkt ze in staat te zijn om even te staan en vier stappen te lopen zonder haar krukken te gebruiken, slechts licht ondersteund door de therapeut. Aansluitend gaat ze thuis in toenemende mate zonder krukken lopen, waarbij ze steeds minder gebruikmaakt van muren en stoelen als steun. Ze krijgt na zitting vier, zoals haar moeder rapporteert, steeds vaker momenten dat de arm helemaal rustig is.

Aan het lopen is verder weinig specifieke aandacht besteed. Haar moeder vertelt dagelijks vooruitgang te zien. Gedurende de behandeling besluit ze eerst maar eens ziekenverzorger te worden. Wanneer ze daarna alsnog verpleegkundige wil worden kan dat

immers altijd nog. In overleg met haar ouders leidt dat tot een andere schoolkeuze en een minder ambitieus toekomstperspectief.

Bij follow-up vier maanden later is Jolanda nog steeds geheel klachtenvrij. Soms verstapt ze zich nog wel eens.

DISCUSSIE

Het is bekend dat patiënten met een conversiestoornis een relatief gunstige prognose hebben. De meeste patiënten blijken bij follow-up te herstellen en ook na jaren klachtenvrij te zijn (zie Hoogduin, 2007, p. 39).

In de hierboven gerapporteerde casuïstiek is gekozen voor verschillende behandelmethoden. Bij de behandeling van pseudomyoclonieën is zowel hypnose als katalepsie geïndiceerd. Er is geen voorkeur voor een van de technieken. De afweging van de keuze voor hypnose of katalepsie is afhankelijk van de affiniteit van de therapeut met een bepaalde techniek of van de voorkeur van de patiënt. Wisseling van techniek is altijd mogelijk, er wordt echter aangeraden om de ingezette techniek minstens drie sessies vol te houden om het effect van de techniek goed te kunnen bepalen.

In de eerste gevalsbeschrijving was er sprake van pseudomyoclonieën bij een 29-jarige vrouw die ten tijde van de intake een jaar aanwezig waren. Het ontstaan van de klachten was volgens patiënte het gevolg van overbelasting. Binnen de behandeling is patiënte getraind in het toepassen van hypnose. Door middel van *cue conditioning* met provocatie was patiënte zestien weken na het starten van de behandeling zo goed als klachtenvrij. Een follow-upgesprek, zes maanden na het starten van de behandeling, liet zien dat de klachten vrijwel verdwenen waren.

In de tweede gevalsbeschrijving was er sprake van pseudomyoclonieën en tremor bij een 14-jarig patiënte die sinds twee jaar aanwezig waren. De klachten ontstonden zonder duidelijke aanleiding. Binnen de behandeling is patiënte getraind in het toepassen van katalepsie-inductie, waardoor ze vijf maanden na het begin van de behandeling vrijwel klachtenvrij was.

Bij de eerste casus had behandeling net zo goed kunnen plaatsvinden door middel van katalepsie-inductie. Het resultaat was hetzelfde geweest. Evenzo zou de tweede casus prima met hypnose kunnen worden behandeld.

Bij de laatste casus bleek zowel hypnose als katalepsie geen ingang voor klachtenreductie te bieden. De overbelasting als gevolg van te hoge verwachtingen van ouders over het te behalen schoolniveau, zorgde voor spanning bij patiënte, wat uiteindelijk resulteerde in conversieklachten. Deze zienswijze verklaart waarom een

interventie uitsluitend gericht op de conversieklachten niet werkte. Door middel van ontspanningsoefeningen en door de behandeling te richten op de in stand houdende factoren, namelijk het te hoge ambitieniveau, was patiënte na vier maanden klachtenvrij.

Pleit de derde casus nu voor een behandelaanpak waarbij het beste gestart kan worden met het relatief simpele stressmanagement? Het antwoord is 'nee'. Hypnose en katalepsie-inductie zijn interventies specifiek gericht op de conversiestoornis, waarbij patiënten weer leren lopen, of armen en benen weer schokvrij krijgen. Een behandeling met enkel stressmanagement zal een patiënt bij wie sprake is van pseudomyoclonieën niet klachtenvrij de deur uit laten gaan. Bij de derde casus zie je dat de ontspanningsoefeningen de pseudomyoclonieën doen afnemen. Het stressmanagement zorgde ervoor dat de in stand houdende factoren werden aangepakt. Een behandeling met enkel hypnose of katalepsie-inductie is geen complete behandeling, net zo min als enkel stressmanagement dat is.

In de drie hierboven gegeven rapportages van succesvolle behandelingen van een zeer hinderlijk symptoom werden de patiënten behandeld met hypnose, katalepsie-inductie en een stressmanagementprogramma. De behandelingen vertonen sterke overeenkomsten. Steeds gaat het erom de patiënt controle te laten krijgen over het symptoom, zonder dit intentioneel te proberen.

Verder onderzoek naar de effectiviteit van psychologische interventies bij conversiestoornissen is gewenst. Maar ook naar waarom of hoe psychologische interventies werken bij deze aandoening. Vanuit PET-scanonderzoek weten we dat bepaalde hersengebieden betrokken zijn bij het ontstaan van de conversiestoornis. Het gaat vooral om de gyrus cingularis anterior (zie bijvoorbeeld Marshall, Halligan, Fink, Wade & Frackowiak, 1997). Uit dergelijk onderzoek is ook vast komen te staan dat hypnose en katalepsie-inductie tot veranderingen in dezelfde hersengebieden leiden.

De behandeling van katalepsie verscheen eerder in een uitvoerige versie, zie Hoogduin (2009).

DRS. MARLEEN TIBBEN, is gz-psycholoog en gedragstherapeut, en manager expertise conversie van de HSK Groep.

PROF.DR. KEES HOOGLUIN, zenuwarts, is adviseur van de HSK Groep en voorzitter van de VGCT.

Referenties

- de Kleine, R.A., Hoogduin, C.A.L. & van Minnen, A. (2011). Protocollaire behandeling van patiënten met een motorische conversiestoornis. In: G.P.J. Keijsers, A. van Minnen & C.A.L. Hoogduin (red.), *Protocollaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten*, 2 (pp. 119-156). Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Hoogduin, C.A.L. (2007). *Psychologische interventies bij conversiestoornissen*. Amsterdam: Boom.
- Hoogduin, C.A.L. (2009). Een adolescent met een schokkende arm: Conversieve myoclonische dystonie. *Directieve Therapie*, 29, 48-61.
- Kihlström, 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.
- Marshall, J.C., Halligan, P.W., Fink, G.R., Wade, D.T. & Frackowiak, R.S.J. (1997). The functional anatomy of a hysterical paralysis. *Cognition*, 69, B1-B6.
- Roelofs, K. Spinhoven, Ph., 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. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 193, 508-514.