



[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, RIANNE DE KLEINE, AGNES VAN MINNEN,  
MARLEEN TIBBEN, CLAUDIA STORMINK, ELINE ANDEWEG   
PATRICIA ROGGEVEEN

## Overzicht van de toepassing van hypnose en katalepsie bij de conversiestoornis

In de DSM-5 (APA, 2013) is de conversiestoornis ingedeeld in de categorie van de somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen, en wordt ze ook wel aangeduid als de functioneel-neurologisch-symptoomstoornis (FNSS). De diagnose conversiestoornis kan namelijk worden gesteld als er sprake is van een functiestoornis van de willekeurige spieren of van de zintuigen. Deze symptomen kunnen zich voordoen met of zonder veranderingen in het bewustzijn. Van een stoornis wordt pas gesproken als deze symptomen ook significant ongemak of hinder in sociaal of beroepsmatig functioneren veroorzaken. Daarnaast dient de diagnose conversiestoornis (FNSS) pas te worden overwogen als neurologisch-somatisch onderzoek geen verklaring voor de klachten heeft opgeleverd en er positieve signs aanwezig zijn voor bevestiging van de diagnose conversiestoornis, bijvoorbeeld een uitval van het gevoel zonder dat deze verschijnselen zich houden aan de anatomische verhoudingen. In de DSM-5 kan de conversiestoornis als volgt nader getypeerd worden:

- ▶ met spierzwakte of paralyse;
- ▶ met abnormale bewegingen;
- ▶ met slikproblemen;
- ▶ met spraakproblemen;
- ▶ met convulsies;
- ▶ met pijn of gevoelsverlies;
- ▶ met zintuiglijke problemen;
- ▶ met gemengde symptomen.

In de DSM-IV-TR (APA, 2000) was een van de diagnostische criteria dat psychologische factoren geacht werden verband te houden met het ontstaan of verergeren van de symptomen. In de DSM-5 is ervoor gekozen om dit criterium te los te laten om discussies over etiologische factoren te vermijden. Er bestaan echter wel onderzoeksgegevens die laten zien dat nare ervaringen in de vroege jeugd én stress voorafgaand aan de klachten een relatie hebben met de ernst van de conversieve klachten (Roelofs, Keijsers, Hoogduin,

Näring, & Moene, 2002b; Roelofs, Spinhoven, Sandijck, Moene, & Hoogduin, 2005). Ook het criterium dat 'de symptomen niet opzettelijk worden veroorzaakt of geveinsd' is in de DSM-5 geschrapt.

Een van de diagnostische criteria van alle tijden is dat er inconsistenties in het klachtenpatroon zijn aan te wijzen. Een patiënt met conversieve blindheid is bijvoorbeeld soms in staat auto te rijden zonder gevaarlijke situaties op de weg te veroorzaken. Daarmee geconfronteerd zal de patiënt in verwarring raken, omdat hij zelf werkelijk niet begrijpt hoe dat mogelijk is. Er is blijkbaar sprake geweest van waarneming, hoewel de patiënt daar geen weet van blijkt te hebben. In 1992 werden de conversiestoornissen in het ICD-10-classificatiesysteem van de World Health Organisation dan ook ondergebracht bij de dissociatieve stoornissen (WHO, 1992). Dat is niet zo vreemd, aangezien er zowel bij de conversiestoornissen als bij de dissociatieve stoornissen dergelijke inconsistenties in het klachtenpatroon kunnen worden aangetoond. Met de dissociatietheorie van Kihlström (1992a; 1992b) kan ook goed de psychopathologie van een conversiestoornis verduidelijkt worden.

Kihlström gaat ervan uit dat conversiesymptomen het gevolg zijn van een dissociatie, of breuk, tussen impliciete informatieprocessen (automatisch systeem, gericht op het uitvoeren van activiteiten) en expliciete informatieprocessen (intentioneel systeem, gericht op planning en voorbereiding en daarmee aansturing van activiteiten). Deze breuk zou kunnen ontstaan als gevolg van stressvolle gebeurtenissen. Terwijl de impliciete, automatische informatieprocessen relatief intact blijven, worden er problemen in de expliciete, intentionele informatieprocessen ervaren. Volgens recente inzichten zou de breuk in de verbinding tussen het expliciete en het impliciete systeem te wijten zijn aan een verstoring van de met aandacht samenhangende processen op het niveau van intentionele planning en voorbereiding van een beweging of zintuiglijke waarneming (Roelofs, Hoogduin, & Keijsers, 2002a). Onder normale omstandigheden beïnvloedt en stuurt het expliciete systeem het impliciete systeem. Andersom gebeurt dat echter ook: het impliciete systeem beïnvloedt door het waarnemen en doorzenden van somatosensorische informatie het expliciete systeem.

Ook bij gezonde mensen gebeurt het wel eens dat de verbinding tussen het expliciete en impliciete systeem moeizaam verloopt, bijvoorbeeld door slaapttekort, vermoeidheid, intense emoties, stress of heftige pijn, maar soms ook zonder reden: het lukt bijvoorbeeld niet op de naam van een schrijver te komen. De naam wil maar niet te binnen schieten, terwijl de naam toch bekend is bij de persoon. Om een dergelijk woord te vinden is het zinvol een andere zoekstrategie te gebruiken, zoals het denken aan de titel van een boek van de auteur in kwestie of aan de plaats van het boek in de boekenkast, of

door de titel van het boek te visualiseren. Deze zoekstrategieën maken gebruik van andere impliciete, associatieve verbanden en blijken daarmee vaak succesvol.

In dit licht lijkt de anekdote dat de verlamde conversiepatiënt in geval van brand toch snel het gebouw kan verlaten eveneens te berusten op dit principe. Immers, bij gevaar ontstaat er een geautomatiseerde snelle vluchtreactie (Hoogduin, 2001). Tevens zijn er anekdotes over afone patiënten die wanneer de dokter hun vraagt om 'aaa' te zeggen soms ook werkelijk 'aaa' zeggen en de stem dus terug is. Ook hierbij gaat het om een geautomatiseerde reactie waardoor de stembanden weer worden aangespannen (Hoogduin, Verbraak, de Kleine, & Keijsers, 2011).

Mogelijk berust ook het vaak gerapporteerde gunstige effect van hypnose bij de behandeling van patiënten met conversie op het leggen van alternatieve, impliciete en associatieve verbanden. Van oudsher wordt er een relatie gezien tussen verschijnselen die met hypnose kunnen worden opgewekt en conversiesymptomen. Bovendien zijn er aanwijzingen dat patiënten met een conversiestoornis een hogere hypnotiseerbaarheid vertonen. Oakley (1999) geeft het volgende overzicht van overeenkomsten. Conversiesymptomen zijn relatief gemakkelijk op te wekken bij goed hypnotiseerbare personen (Spinhoven, van Dyck, & Hoogduin, 1991). Zowel conversiepatiënten als gehypnotiseerde patiënten vertonen een zekere berusting in de symptomen of opgewekte verschijnselen. Bij beiden is er een subjectieve onvrijwilligheid om bijvoorbeeld een verlamde arm te bewegen. Er lijkt een *implicit knowledge* te zijn. Zo kunnen patiënten met een conversieve blindheid of gehypnotiseerde proefpersonen met een geïnduceerde blindheid door een kamer lopen zonder tegen meubels aan te stoten (Moene & Roelofs, 2008). Maar er bestaan ook verschillen tussen hypnose en conversie volgens deze zelfde Oakley (1999). Zo werken mensen die onder hypnose worden gebracht actief mee om de fenomenen op te wekken, conversiepatiënten niet. Hypnotische fenomenen duren kort, sommige conversiesymptomen lang. De verschillen zijn minder spectaculair dan de overeenkomsten. De laatste bieden ondersteuning aan de opvatting dat conversiesymptomen middels een autosuggestief mechanisme zouden kunnen ontstaan, dus vergelijkbaar aan hypnose.

Onderzoek verricht met behulp van Positron Emission Tomography (PET-scan) biedt voor bovengenoemde hypothese enige ondersteuning. Marshall, Halligan, Fink, Wade, en Frackowiak (1997) vonden dat verhoogde activiteit waarneembaar was in de inhiberende regio's van de cortex: de cingularis anterior en de orbitofrontale cortex, wanneer een patiënt met een conversieve verlam-

ming van een been probeerde dat been te bewegen. Halligan, Athwal, Oakley, en Frackowiak (2000) herhaalden dit onderzoek met een proefpersoon bij wie in een been met behulp van hypnose een verlamming was gesuggereerd. Wanneer de proefpersoon probeerde dit verlamde been te bewegen, bleken de geactiveerde hersengebieden dezelfde te zijn als die geactiveerd werden bij aanspanning van het verlamde been bij de patiënt met de conversieve verlamming.

Sinds Charcot (1892) is er aandacht voor de toepassing van hypnose bij de behandeling van de conversiestoornis. Meestal gaat het om gevalbeschrijvingen die succesvol zijn verlopen. Er bestaat slechts een beperkt aantal gecontroleerde studies en enkele open studies met grotere aantallen patiënten. De resultaten van deze onderzoeken zullen hier kort worden besproken.

Moene, Spinhoven, Hoogduin, en van Dyck (2002; 2003) voerden twee gecontroleerde studies uit waarbij het effect van hypnose bij de behandeling van de motorische conversiestoornis werd onderzocht. Eén studie bestond uit een gerandomiseerd wachtlijstgecontroleerd onderzoek bij poliklinische patiënten waarbij de experimentele groep met hypnose werd behandeld. De verbeteringen in de experimentele groep bleken significant groter in vergelijking met de wachtlijstconditie. De patiënten in de experimentele groep vertoonden substantiële tot zeer grote verbeteringen bij de *post-test* en bij *follow-up* (respectievelijk 60% en 84% klachtenreductie). De wachtlijstconditie toonde geen verbetering (Moene et al., 2003). Bij een gerandomiseerde vergelijkende studie bij opgenomen patiënten met een conversiestoornis waarbij aan de experimentele groep behandeling met hypnose werd toegevoegd naast het reguliere behandelprogramma dat ook aan de controlegroep werd aangeboden, werden geen verschillen in resultaten gevonden (Moene et al., 2002).

In de studie van Ataoglu (zie Ruddy & House, 2005) werd bij patiënten met een conversiestoornis met convulsies toediening van diazepam (poliklinisch) vergeleken met paradoxale intentie bij opgenomen patiënten. De onderzoekspopulatie was klein en de behandelcondities zeer verschillend: klinisch met psychologische interventie versus poliklinisch met een psychofarmakon. Beide behandelingen bleken effectief. Er werd geen verschil in behandelresultaat gevonden.

Hafeiz (1980) vergeleek bij patiënten met conversieverschijnselen vier verschillende behandelstrategieën: elektrische stimulatie van de ledematen, een behandeling met een elektroslaapmachine, intraveneuze toediening van het barbituraat amytal en intraveneuze toediening van amfetamine. De verbeterpercentages waren, volgens een globaal klinisch oordeel van de behandelaars, voor drie

van deze behandelingen uitstekend: 90% voor de elektrische stimulering, en ruim 80% voor de elektroslaapmachine en voor de amfetamine-injecties. De behandeling met het barbituraatinfuus was in 20% van de gevallen succesvol. Dit lage percentage is waarschijnlijk een gevolg van de hoge dosering, waardoor patiënten in slaap vielen.

Hoogduin en van Dyck (1992) beschreven in een open studie acht patiënten met een conversieve slappe verlamming die werden behandeld met hypnose en bij wie een relatief gunstig resultaat werd bereikt. Na afloop van de behandeling hadden alle patiënten een dusdanige verbetering bereikt dat ze dertig minuten zonder verdere hulpmiddelen konden lopen (voorafgaand aan de behandeling waren vijf patiënten rolstoelafhankelijk en drie patiënten bewogen zich voort met krukken; de duur van de klachten bedroeg gemiddeld 25 maanden). Ook Moene, Hoogduin, en van Dyck (1998) rapporteren bij acht patiënten met slappe verlammingen een vergelijkbaar gunstig resultaat.

Drost (1996) beschrijft in een open studie drie behandelingen van ruim tweehonderd patiënten met conversieve spraakstoornissen: een 'klassieke' therapie, bestaande uit ontspannings-, ademhalings- en stemoefeningen (duur: gemiddeld vijf zittingen), een manuele techniek, waarbij het strottenhoofd wordt gemanipuleerd (duur: één à twee zittingen), en de zogenaamde visualiseringsmethode, waarbij de patiënt zich moet voorstellen hoe hij vroeger sprak en hoe zijn stem vroeger klonk (duur: gemiddeld drie zittingen). Deze laatste techniek bevat hypnose-elementen, in ieder geval suggestieve elementen. Met de klassieke methode bereikte Drost in 45% van de gevallen een goed resultaat ( $n = 51$ ), met de manuele strategie in 85% ( $n = 68$ ) en met de visualisatie werd in 79% herstel van de normale spraak bewerkstelligd ( $n = 127$ ).

Wanneer we al deze studies samen bezien, valt op dat de resultaten van de hypnosebehandelingen zonder uitzondering gunstig zijn. De meerderheid van de patiënten met een conversiestoornis lijkt van een behandeling met hypnose of suggestieve therapie klinisch relevant te herstellen. Maar wetenschappelijk gezien is het allemaal nog niet zo sterk. Ruddy en House (2005) komen in hun review naar de wetenschappelijke evidentie voor keuzes van bepaalde behandelstrategieën bij de conversiestoornis tot nogal sombere conclusies. Na hun kritische selectie van het onderzoek voor hun Cochrane-review blijven er drie gerandomiseerde, gecontroleerde studies over die zij de moeite waard vinden. Slechts bij één studie werd een verschil gevonden tussen de experimentele conditie en de controleconditie. Het gaat hier om de Moene-studie waarbij hypnose wordt vergeleken met de wachtlijstgroep (Moene et al., 2003).

## TOEPASSING VAN HYPNOTISCHE (DEEL)TECHNIEKEN BIJ DE CONVERSIESTOORNIS

In deze paragraaf wordt een opsomming gegeven hoe vaak gebruikte hypnosetechnieken, eventueel in combinatie of opeenvolgend, ingezet kunnen worden bij de verschillende conversiestoornissen. Verderop in deze bijdrage zal aan de hand van casuïstiek uitgebreider bij de toepassing van deze verschillende technieken worden stilgestaan.

Gemeenschappelijk aan alle hypnosetechnieken is de hypnotische trance die ze beogen op te wekken, te versterken of te benutten. De hypnotische trance laat zich omschrijven als een veranderde toestand van het bewustzijn, waarbij het mogelijk is de aandacht selectief te richten en waarbij een grote mate van spierontspanning wordt bereikt. Tijdens deze toestand is het mogelijk pijn, koude, warmte en andere zintuiglijke sensaties op een andere manier waar te nemen. Tevens treedt een vervorming van de tijdsbeleving op en een toegenomen bereidheid bepaalde suggesties op te volgen (Frankel, 1978). In box 1 wordt een voorbeeld van trance-inductie door middel van oogfixatie gegeven.

## BOX 1: TRANCE-INDUCTIE DOOR MIDDEL VAN OOGFIXATIE

Therapeut: '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 kunnen gaan plaatsvinden... 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 hebt als u op het punt staat in slaap te vallen. U zult echter merken dat u niet echt gaat slapen, en dat terwijl u in trance bent, u zich bewust bent van de dingen die er 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 uw ogen gewoon terug naar het vaste punt. Als u goed fixeert en u kunt zich een beetje ontspannen, dan 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 hebt 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 loom, 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 hebt de ogen open te houden, een soort verlangen de ogen te sluiten. Als dat gebeurt, dan 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 knipperen. Naarmate ze meer en meer knipperen 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 kunt terugkomen naar de situatie in het hier en nu...'



### ¶ *Langdurende trancetoestand*

Bij de behandeling van conversiesymptomen is de gebruikelijke duur van een psychotherapiezitting (drie kwartier) meestal te kort. Twee of soms zelfs drie aaneensluitende zittingen zijn in de beginfase van de behandeling gewenst. De inductie en verdieping van de trance, het doen bereiken van de distantie van de patiënt voor de eigen cognitieve processen, die nodig zijn om de inhibitie van de patiënt te beëindigen, en het suggereren van alternatieve strategieën vragen meer tijd dan de gebruikelijke drie kwartier (Kihlström, 1992a).

Van belang is de vaardigheid die de therapeut moet hebben om met veel geduld en vasthoudendheid conversiepatiënten te behandelen. Zittingen van anderhalf tot twee uur, waarbij de strategie voortdurend wordt aangepast, vragen veel van de therapeut. Tijdens deze langere zittingen ontstaat een bijzondere situatie, vooral als niet duidelijk is voor de patiënt hoe lang de zitting zal duren. De inzet van de therapeut ('Die neemt pas de tijd voor mij') en de lange duur van de zittingen bevorderen een context die de kans op veranderingen kan doen toenemen.

### ¶ *Diepe spierrelaxatie*

Relaxatie is een toestand van ontspanning die vergelijkbaar is met de bij hypnose opgewekte trancetoestand. De patiënt beleeft in het algemeen diepe spierontspanning als aangenaam, met begeleidend lichamelijke verschijnselen van loomheid en zwaarte, en verminderde neiging om spontaan te bewegen of te spreken. Deze techniek is bijvoorbeeld geïndiceerd bij patiënten met tremoren.

### ¶ *Suggestie*

Bij hypnose dient het geven van suggesties altijd voorbereid te worden door een context aan te brengen waarin de suggesties en het opvolgen ervan bijna vanzelfsprekend zijn. Daarom volgt steeds pas na een aantal observaties en interpretaties door de therapeut, gedeeld met de patiënt — die door de patiënt op juistheid kunnen worden getoetst aan de hand van zijn eigen gedragingen en ervaringen — een voorspelling (de suggestie). Deze suggestie of voorspelling is de beschrijving van de reactie die de therapeut bij de patiënt wil oproepen (Spinhoven, 1991). Maar het geven van een suggestie kan ook worden voorbereid door eerst een ander hypnotisch fenomeen te bewerkstelligen, bijvoorbeeld door het veranderen van de perceptie van zwaarte of warmte. Wanneer deze verandering van perceptie vervolgens plaatsvindt, zal daarmee de geloofwaardigheid van de daaropvolgende suggestie voor de patiënt toenemen. Spinhoven (1991) spreekt in dit kader als effectieve strategie over de 'dakpanstructuur'. Hierbij wordt iedere zogenaamde 'afstemmings-

uitspraak' gevolgd door een sturende suggestie die eenmaal door de patiënt opgevolgd direct weer als afstemmingsuitspraak wordt herhaald. Een voorbeeld kan deze strategie verhelderen: 'Uw ogen zijn nu zo zwaar (afstemming) dat ze straks vanzelf dicht zullen vallen (suggestie)'. Wanneer de ogen zich vervolgens sluiten volgt: 'En nu uw ogen gesloten zijn (afstemming) zult u merken hoe de rest van uw lichaam ontspannen wordt (suggestie).'

In de praktijk is er een duidelijke voorkeur voor permissieve suggesties boven autoritaire: 'Het kan zijn dat u merkt dat uw hand zwaar wordt' (permissief: het mag zo zijn dat...) heeft de voorkeur boven: 'Uw hand wordt nu zwaar' (autoritair: het moet zo zijn dat...). De permissieve manier geeft meer mogelijkheden om op een natuurlijke wijze suggesties nog eens te herhalen en eventueel te versterken. Daarbij komt dat vanwege het permissieve karakter het niet opgevolgd worden van de suggesties geen grote problemen oplevert. Bij autoritair gegeven suggesties levert het niet opgevolgd worden van de suggesties risico's op voor de geloofwaardigheid van de procedure.

Meestal worden suggesties direct gegeven, maar in het kader van een permissieve benadering kan een suggestie indirect gegeven worden, bijvoorbeeld door de patiënt een keuzemogelijkheid te bieden. Bij de handlevitatie kan aan het begin van de procedure de volgende permissieve suggestie gegeven worden: 'Richt uw aandacht op uw rechterhand en wacht rustig af wat er gaat gebeuren. Door de aandacht en het fixeren van uw aandacht op de hand kunnen er veranderingen optreden in de gevoelens van de hand. Het kan zijn dat u tintelingen voelt of een warm gevoel. Sommige mensen merken kleine spiertrekkingen op, andere ervaren een licht gevoel in de hand.' Al deze sensaties hebben een gemeenschappelijk kenmerk, namelijk dat de hand en arm anders wordt beleefd: de bedoeling van de suggesties.

#### ¶ Verandering in perceptie

Wanneer de patiënt na suggesties de hand bijvoorbeeld als zwaar zal waarnemen of juist als licht, als warm of als koud, zijn deze verschijnselen bruikbaar om de geloofwaardigheid van de procedure te bevorderen. Zo is het mogelijk om bij goed te hypnotiseren personen, door aan de ene hand koudesensaties en tegelijkertijd aan de andere hand warmtesensaties te suggereren, een temperatuurverschil van 5 tot 10 graden Celsius te bewerkstelligen. Dit is het gevolg van optredende vasoconstrictie, respectievelijk vasodilatatie (Udolf, 1987). Zo was het mogelijk om een patiënt met een ernstige vorm van de ziekte van Raynaud, die bij blootstelling aan kou paarszwarte vingers kreeg, met dergelijke hypnotische suggesties weer roze handen te geven (Hoogduin, 2007). Het veranderen van de perceptie is van belang bij patiënten met pijn of gevoelsverlies.

### ¶ Posthypnotische suggestie

De posthypnotische suggestie is gedefinieerd als een suggestie die tijdens een hypnosezitting wordt gegeven, maar waarvan het effect pas optreedt als de persoon niet meer in trance is. Een posthypnotische suggestie kan gegeven worden in aansluiting op een bepaalde cue (Udolf, 1987). Er zijn diverse mogelijkheden deze strategie toe te passen bij conversiepatiënten. Men kan bijvoorbeeld een patiënt met een conversieve blindheid die in trancetoestand weer kan zien de posthypnotische suggestie geven dat zij wanneer zij uit de trance komt in staat blijft om te zien.

Een ander voorbeeld is dat men aan patiënten met een aanvalsgewijs optredend conversieverschijnsel (insult, tremoren) de posthypnotische suggestie geeft dat wanneer de eerste verschijnselen van een nieuwe aanval optreden zij in een prettige aangename diep ontspannen toestand geraken. De bedoeling ervan is dat de aanval niet doorzet. Hierbij wordt de posthypnotische suggestie gebruikt als een interventie van de sequentie die leidt tot de aanval.

### ¶ Provocatie van aanvalsgewijs optredende symptomen

Conversiestoornissen kunnen aanvalsgewijs optreden. Bij pseudo-epileptische aanvallen is dat vanzelfsprekend, maar ook trillen, beven en myoclonieën (spiercontracties) komen soms aanvalsgewijs voor. Voor de behandeling is het nodig dat de klachten ook in de behandelkamer zichtbaar zijn. Het is vaak opvallend eenvoudig om een dergelijke aanval tijdens de zitting te provoceren. Daarbij is het nodig de omstandigheden die voorafgaan aan een dergelijke aanval precies in kaart te hebben gebracht. Patiënten zeggen soms dat niet te weten. Wanneer hun echter wordt gevraagd de situatie te beschrijven die voorafging aan hun laatste aanval, wordt vaak duidelijk dat er op dat moment iets bijzonders aan de hand was, zoals een ruzie of een teleurstelling. Sommige patiënten beschrijven bij pseudo-epileptische aanvallen dat de aanval voorafgegaan werd door bepaalde sensaties, bijvoorbeeld tintelingen in de handen, een naar gespannen gevoel of een licht gevoel in het hoofd.

Bij een provocatie van een aanval wordt de patiënt gevraagd de ogen te sluiten en zich te concentreren op de omstandigheden voorafgaand aan de laatste aanval. Wanneer er ook sprake is van sensaties voorafgaand aan de aanval worden op permissieve wijze deze sensaties gesuggereerd, bijvoorbeeld door: 'Het kan zijn dat u de tintelingen in de vingers al voelt.'

Daar de conversiestoornis vooral voorkomt bij goed te hypnotiseren personen is het meestal relatief eenvoudig aanvallen te provoceren (zie Roelofs, Hoogduin, & Keijsers, 2002a; Spinhoven et al., 1991). De mogelijkheid aanvallen te provoceren biedt een goed uitgangspunt om interventies te toetsen op hun effectiviteit.

### ¶ Opwekken van automatische spierbewegingen

Bij de handlevitatietechniek wordt uitleg gegeven over de procedure en de te verwachten resultaten, namelijk dat de hand geleidelijk lichter wordt en langzaam of met schokjes omhoog zal gaan. De patiënt wordt gevraagd de ogen te fixeren op een hand en er worden suggesties gegeven over de bijzondere gevoelens die door de patiënt kunnen worden waargenomen, zoals een dof gevoel, tintelingen, een warm of een licht gevoel, alsof de hand gewichtloos is. Tijdens deze procedure ontstaan er spontaan kleine bewegingen van de spieren in de hand. De patiënt wordt gevraagd de aandacht te richten op die spontane spierbewegingen, zoals kleine schokjes in de vingers, soms in de hele hand. De hand komt vervolgens langzaam los en gaat een beetje omhoog. Uiteindelijk verplaatst deze zich, zonder dat de patiënt er actief aan meewerkt, met kleine schokjes omhoog. Bij de patiënt met een conversieve verlamming wordt deze levitatie in een niet aangedane hand uitgevoerd.

Voor de toepassing van de techniek bij conversiepatiënten is het niet nodig deze hele procedure te volgen. De patiënt ervaart dat spontane, niet geplande bewegingen automatisch kunnen optreden, wat een goede start is om vervolgens suggesties te geven over een verlamde arm of een verlamd been.

### ¶ Leeftijdsregressie en revivificatie

Bij deze techniek wordt de patiënt er met behulp van hypnose toe gebracht in een bepaalde context een nare ervaring uit het verleden opnieuw te beleven. Deze techniek is soms bruikbaar bij patiënten met een conversieve verlamming die is ontstaan in aansluiting op een traumatische ervaring. Er dient in dat geval ook voor de patiënt een duidelijke relatie te bestaan tussen het trauma en het ontstaan van de klachten. De rationale bestaat eruit dat het herbeleven van deze traumatische gebeurtenis mogelijk kan leiden tot een beleven van de onvoldoende verwerkte emoties, waarna een eerste verbetering zou kunnen optreden. Het gaat hierbij niet om een *exposure*-strategie, zoals bij de behandeling van de posttraumatische stressstoornis, maar om een suggestieve techniek. Wanneer er duidelijk sprake is van een PTSS heeft exposure of EMDR de voorkeur. Bij de herbeleving in trance worden suggesties gegeven dat spontane bewegingen als schokken of spiertrekkingen kunnen gaan plaatsvinden als een gevolg van verwerking.

### ¶ Induceren van katalepsie

Katalepsie is een toestand van tonische immobiliteit die in bedreigende situaties bij zowel dieren als mensen voorkomt (Abrams, Carleton, Taylor, & Asmundson, 2009). De veronderstelling is dat deze reactie een adaptief geautomatiseerd optredend defensieme-

chanisme is, met als doel een grotere kans om te overleven (Marx, Forsyth, Gallup, Fusé, & Lexington, 2008). Sacerdote (1970) heeft de techniek ontwikkeld voor therapeutische doeleinden. Hij beschreef de techniek in eerste instantie als een inductietechniek voor hypnose, maar bemerkte dat de perceptie van pijn in een kataleptische hand verminderde.

Hagenaars, Roelofs, en Hoogduin (2006) vergeleken bij proefpersonen de sensorische sensaties in een geïnduceerde kataleptische arm met de andere niet-kataleptische arm (controleconditie). Er werd een significant verschil in perceptie van stijfheid en rigiditeit gevonden tussen beide armen. Bovendien bleek een significant verschil in dissociatieve verschijnselen, zoals tinteling, een licht gevoel, een vreemd gevoel, alsof de arm niet langer de eigen arm is, en een dof, zwaar gevoel.

Het is mogelijk armen in een kataleptische toestand te brengen, maar ook benen en ook het gehele lichaam. Met behulp van katalepsie kunnen de patiënten leren zichzelf in een stabiele houding te brengen en deze houding vast te houden, waardoor ze weer kunnen leren te lopen en te staan. Katalepsie is geschikt voor patiënten met tremoren of krachtverlies in armen en benen, of bij patiënten met problemen in de coördinatie en balans. Hulpverleners opgeleid in hypnosetechnieken hebben helaas vaak nauwelijks ervaring met katalepsie-inductie. Reden om er hier (zie box 2) wat uitvoeriger op in te gaan.

#### BOX 2: KATALEPSIE-INDUCTIE

Als opmerking vooraf: het is het meest praktisch dat er bij de katalepsie-inductie ook een begeleider van de patiënt, een partner of een ouder bijvoorbeeld, aanwezig is. Waarom zal hieronder duidelijk gemaakt worden.

De katalepsie wordt in de regel eerst in een niet aangedaan lichaamsdeel geïnduceerd, bij voorkeur een arm. De patiënt gaat daarvoor rechtop in de stoel zitten, voeten op de grond, armen op de stoelleuning ('koetsiershouding'). De arm van de patiënt wordt dusdanig op de stoelleuning gelegd dat de arm erdoor wordt ondersteund, maar dat hij de onderarm kan bewegen. De therapeut pakt dan de pols vast met beide handen, de duimen boven en de vingers onder. Hij tilt vervolgens de onderarm naar boven en duwt de arm dan weer langzaam naar beneden, afwisselend de arm optillend en weer omlaag brengend, terwijl er ook een tegenkracht wordt uitgeoefend. Als de arm opgetild wordt, geeft de therapeut een tegendruk

met de duimen; als de therapeut de arm omlaag duwt, oefent hij een tegendruk uit met de vingers. De therapeut brengt de arm langzaam naar boven (het gaat maar om millimeters) tot er een punt komt dat hij een zekere weerstand voelt tegen de beweging. Daarna volgt weer een lichte beweging naar beneden. Tijdens de inductie benoemt de therapeut telkens wat hij in de arm voelt, bijvoorbeeld 'een beetje stijf nu' en merkt hij op dat dit een eerste teken is dat de katalepsie gaat optreden. 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 de katalepsie na één tot vijf minuten op. Soms al na enkele seconden. Het is eenvoudig te onderzoeken of de katalepsie aanwezig is: de therapeut laat de hand los, een kataleptische arm zal in die stand blijven. Wanneer een lichte druk op de arm wordt uitgeoefend, waarbij de arm een halve tot één centimeter uit de ingenomen positie wordt geduwd, zal de kataleptische arm terugveren naar de oorspronkelijke stand. Tijdens de katalepsie-inductie kunnen verbale suggesties helpen om de inductie te laten slagen. Bruikbare suggesties zijn: 'Wanneer deze bijzondere toestand ontstaat, kan het zijn dat u gevoelens waarneemt van stijfheid, tinteling, een slapend gevoel, een dof gevoel of een wattig gevoel, of het gevoel dat de hand niet meer bij het lichaam hoort.' De therapeut vraagt na wat de patiënt in de arm ervaart en laat de patiënt proberen dat gevoel sterker te laten worden, bijvoorbeeld door de patiënt zich erop te laten concentreren. Het kan ook helpen de patiënt zich een beeld voor te laten stellen dat onbeweeglijkheid symboliseert, bijvoorbeeld dat de arm van hout is of van staal, onbeweeglijk en onwrikbaar.

Meegaande patiënten proberen soms te helpen tijdens de inductie door wanneer de arm omlaag of omhoog wordt gebracht mee te bewegen. Dit heeft echter tot gevolg dat de katalepsie juist niet optreedt, doordat de spieren steeds actief bewogen worden. Door de patiënt af te leiden of suggesties te geven over stijfheid in die arm kan dit probleem worden opgelost. Hetzelfde geldt voor patiënten die ervaring hebben met ontspanningstechnieken en die proberen bij de inductie hun arm te ontspannen. De arm wordt dan zwaar, wat evenmin de bedoeling is. De katalepsie treedt in die toestand niet op. Als de patiënt de inductie eng vindt, dan demonstreert de therapeut de katalepsie door deze eerst bij een aanwezige partner of ouder te induceren. Hij beschrijft wat hij doet. Vervolgens laat hij de patiënt de kataleptische arm van de begeleider voelen.

De therapeut demonstreert ook dat de katalepsie verdwijnt zodra het lichaamsdeel wordt bewogen.

Als de katalepsie succesvol is geïnduceerd, laat de therapeut de patiënt onderzoeken hoe de katalepsie aanvoelt door hem te vragen met de andere hand de kataleptische arm aan te raken. Laat de begeleider ook de arm voelen. Vervolgens wordt de begeleider geïnstrueerd hoe de katalepsie geïnduceerd kan worden, zodat er thuis verder geoefend kan worden. De therapeut induceert de katalepsie ook bij de begeleider, waardoor deze bekend is met het gevoel. Daarna induceert de begeleider de katalepsie bij de therapeut en vervolgens bij de patiënt. De therapeut coacht de begeleider bij de inductie en controleert of de arm goed kataleptisch wordt. De patiënt krijgt als huiswerk de opdracht mee om vijf tot tien keer per dag te oefenen samen met de begeleider. Na enige weken kan de patiënt de katalepsie meestal zelf tot stand brengen. Het vele oefenen heeft als doel dat de patiënt leert de katalepsie snel te induceren, zodat het uiteindelijk een automatisme wordt. Daarbij leert de ervaring dat wanneer gevraagd wordt tien keer te oefenen, patiënten dit hooguit acht keer doen.

#### ¶ *Aanwezigheid van gezinslid*

Er zijn redenen om een gezinslid bij de behandeling te betrekken, zodat deze ingeschakeld kan worden bij het oefenen thuis. Een ander argument is dat patiënten het ondergaan van hypnose vaak een beetje eng vinden. Als een vertrouwd iemand daarbij aanwezig is, kan dit helpen om de patiënt minder gespannen de behandeling te laten ondergaan.

#### ¶ *Combinatie van hypnose en gedragstherapie: shaping en fading*

Casestudies maken aannemelijk dat een operant conditioneringsschema effectief kan zijn bij de behandeling van conversies (Kop, van der Heyden, Hoogduin, & Schaap, 1995). De elementen van een dergelijk programma zijn *shaping* en *fading*. Eerst wordt de keten van gedragingen die tot het gewenste gedrag leidt geanalyseerd. Vervolgens wordt het gedrag dat nog wel mogelijk is sterk bekrachtigd. Bij iemand met een fluisterspraak (afonie) bijvoorbeeld kan het geluid dat geproduceerd wordt bij hoesten het eerste gedrag zijn dat wordt bekrachtigd. *Shaping* wil zeggen dat gedrag wordt beloond wanneer verwacht kan worden dat het leidt tot het uiteindelijk gewenste gedrag. Met *fading* wordt bedoeld dat wanneer patiënten in de relatief veilige spreekkamer weer kunnen spreken, hun wordt geleerd het nieuwe gedrag in steeds moeilijker omstandigheden uit te voeren.

Vooraf shaping is goed toepasbaar in combinatie met hypnose. Wanneer bijvoorbeeld met behulp van hypnose bij een verlamde patiënt een eerste beweging wordt verkregen, kan tijdens de trance-toestand de hiervoor genoemde shaping-procedure worden toegepast. Iedere beweging wordt door de therapeut gemeld en kan met indirecte suggesties verder beïnvloed worden: 'We zien een eerste beweginkje. We kijken of de volgende ongeveer gelijk is, of misschien wel groter', waarna de beweging met enthousiasme wordt bekrachtigd.

#### ¶ *Verdere behandeling na herstel van de conversie*

Na het succesvol verhelpen van de symptomen kan het nodig zijn factoren die hebben geleid tot het ontstaan van de klachten, of die de klachten in stand hielden, tot focus van de behandeling te maken. Patiënten die jarenlang verlamd zijn geweest zullen moeten worden gerevalideerd. De revalidatie van deze patiënten verloopt soms niet anders dan van patiënten die op grond van een lichamelijke aandoening worden gerevalideerd. Bij sommige patiënten die jarenlang de benen niet hebben gebruikt, kan het revalideren maanden in beslag nemen.

#### BEHANDELPROTOCOL VOOR CONVERSIESYMPTOMEN

In 2011 verscheen een behandelprotocol voor de motorische conversiestoornis (de Kleine, Hoogduin, & van Minnen, 2011), gebaseerd op het werk van Moene (2001) en Hoogduin (2007). Dit protocol is opgebouwd uit twee voorbereidende zittingen, gevolgd door een aantal klacht-specifieke bijeenkomsten. Opvallend bij dit protocol is dat de behandeling in zes zittingen voltooid zou kunnen zijn. In de praktijk blijkt dit ook regelmatig het geval. In een open studie naar de effecten van hypnose bleken acht patiënten met slappe verlamming na drie tot vier zittingen hun verlamde ledematen weer enigszins te kunnen bewegen (Hoogduin & van Dyck, 1992).

De eerste voorbereidende zitting bestaat uit het geven van uitleg en voorlichting (psycho-educatie). De patiënt wordt uitgelegd dat er sprake is van een 'functiestoornis'. Hoewel er verschillende termen worden gebruikt om de klachten van de patiënt te beschrijven, zoals conversiestoornis, onverklaarde lichamelijke klachten, psychogene klachten of histerie, sluiten deze psychiatrische termen vaak niet aan bij de beleving van de patiënt. De patiënt is namelijk van mening geen psychisch probleem te hebben. Ook de term 'onverklaarde lichamelijke klacht' wekt de indruk dat er nog geen somatische diagnose kan worden gesteld, maar dat de mogelijkheid wordt opengelaten dat er nog eens kanker of MS als verklaring tevoorschijn komt. De term 'functiestoornis' sluit het beste aan bij



moderne theorieën over de symptomen en roept doorgaans weinig negatieve associaties op. De therapeut legt 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. Box 3 geeft een formulering voor de rationale van de behandeling.

BOX 3: FORMULERING VOOR DE RATIONALE VAN DE  
BEHANDELING

Therapeut: 'Het belangrijkste kenmerk van een functiestoornis zoals u die hebt, is dat iemand last heeft van klachten die lijken te worden veroorzaakt door een neurologische aandoening, maar die na onderzoek gelukkig niet lichamelijk blijken te zijn. Veelvoorkomende symptomen bij dergelijke functiestoornissen zijn verlammingen, beven, loop-, sta- of evenwichtsproblemen en toevallen. Een periode van spanning of nare leefomstandigheden gaat vaak vooraf aan het begin van de klachten. Een bepaalde functie, zoals het gebruik van de spieren die nodig zijn om te lopen of te praten, is niet meer goed mogelijk. Bekende voorbeelden van dergelijke functiestoornissen, die meestal vanzelf overgaan, zijn de stem kwijt-raken van schrik of verlamd zijn van angst.

Bij een behandeling van een dergelijke functiestoornis wordt gezocht naar een andere manier om de stoornis te beïnvloeden, omdat gewoon oefenen of fysiotherapie niet blijkt te helpen. Hypnose kan een dergelijke manier zijn. De behandeling van deze klachten met hypnose gaat terug tot in het begin van de negentiende eeuw. Uit recent neurowetenschappelijk onderzoek is gebleken dat onder bepaalde omstandigheden bij hypnose en de functiestoornis in dezelfde hersengebieden een verhoogde activiteit aanwezig is.

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 een toestand waarbij de aandacht van personen goed te richten is. Wanneer u bijvoorbeeld heel geconcentreerd een boek leest, vergeet u vaak de omgeving om u heen. U bent dan in een soort lichte trance-toestand. Tijdens een dergelijke trance-toestand voelen mensen zich meestal ontspannen. Tijdens de trance weet u precies wat er gebeurt en doet u geen dingen die u niet wilt.

In de behandeling wordt geprobeerd om met hypnose uw klachten te beïnvloeden. Een belangrijk deel van de behande-

ling bestaat uit het zelf leren toepassen van de hypnose. Dit noemen wij zelfhypnose. Vervolgens krijgt u ook oefeningen voor thuis, die u verder helpen de functiestoornis te overwinnen. Uit wetenschappelijk onderzoek is gebleken dat ongeveer tachtig procent van de mensen baat heeft bij deze behandeling. Overigens blijkt uit onderzoek dat bij meer dan de helft van de patiënten de klachten bij follow-up spontaan over zijn gegaan.'

De tweede zitting wordt gebruikt om de patiënt vertrouwd te maken met hypnose- of katalepsie-inductie. De toepassing van hypnose of katalepsie verschilt bij patiënten met een conversie niet van de toepassing bij patiënten met een andere stoornis of proefpersonen. In het geval dat gebruik wordt gemaakt van katalepsie-inductie wordt de patiënt verteld dat katalepsie een natuurlijk fenomeen is, dat voorkomt bij dieren en mensen, en dat er geen nadelige gevolgen aan de techniek zitten (zie box 4 hoe deze informatie kan luiden (ontleend aan Hagenaars et al., 2006)).

**BOX 4: INFORMATIE OVER KATALEPSIE-INDUCTIE AAN DE PATIËNT**

Therapeut: '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 dit niet beïnvloeden. Als gevolg van de 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 houden. Het lijkt of het allemaal vanzelf gaat. Om dit te bereiken is het nodig dat ik uw arm vastpak en langzaam een beetje omhoog en omlaag beweeg, terwijl ik intussen tegendruk geef. Wanneer de procedure beëindigd is, kunt u door de arm te schudden de stijfheid weer kwijtraken.'

Het protocol wordt voortgezet met een specifieke symptoomgerichte strategie. De verschillende mogelijke strategieën worden in het hiernavolgende besproken.

## BEHANDELING VAN DE SPECIFIEKE CONVERSIESTOORNISSEN

Bij de bespreking van de diverse typen van conversiestoornissen wordt de indeling van de DSM-5 gevolgd.

¶ **Conversiestoornis bestaande uit spierzwakte en/of verlamming**  
Verlammingen kunnen volledig zijn (paralyse), gedeeltelijk (parese), slap of spastisch. De slappe paralyse is het meest voorkomende symptoom bij de conversiestoornis. In het onderzoek van Moene (2001) wordt bij 70 van 89 patiënten een gehele of gedeeltelijke slappe verlamming gevonden. De verlamming kan één of meer ledematen betreffen. Soms is de verlamming halfzijdig. Een enkele keer zijn alle ledematen erbij betrokken. De spastische verlamming komt veel minder vaak voor. In die gevallen is het zaak er zeker van te zijn dat er werkelijk een goed neurologisch onderzoek heeft plaatsgevonden, omdat conversieve spastische verlammingen relatief zeldzaam zijn en bij neurologische ziekten juist vaak voorkomen. Bij de behandeling van slappe verlamming (paralyse) van een of meer ledematen zijn de volgende technieken beschikbaar:

► **INDIRECTE EN DIRECTE SUGGESTIES** De therapeut geeft 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, bijvoorbeeld: *‘In de diepe ontspanning die hoort bij de trance verandert het beleven van het gevoel. Er kunnen bijvoorbeeld tintelingen in het verlamde lichaamsdeel optreden, soms een dof gevoel, soms ook pijn. Ook kan het zijn dat er in de spieren spontaan trillingen of schokjes gaan optreden.’* Vervolgens wordt een diepe trance geïnduceerd. Suggesties worden gegeven dat er veranderingen kunnen optreden, zoals tintelingen, een dof gevoel of gevoelens van warmte. De mogelijkheden dat er door de diepe ontspanning ook spontaan spierrillingen of schokjes kunnen gebeuren worden eveneens besproken. Regelmatig vraagt de therapeut naar eventuele veranderende gevoelssensaties. Wanneer die optreden — vrijwel altijd — dan geeft hij suggesties die leiden tot het toenemen ervan. Wanneer er ook maar een minuscule trilling of beweging plaatsvindt, meldt de therapeut dat aan de patiënt: *‘Ik zie een eerste trilling van (bijvoorbeeld) de duim. We kijken wat er verder gebeurt, of de trillingen zich herhalen of toenemen. We wachten rustig af.’* De patiënt wordt ontmoedigd om tijdens de trance zelf te proberen te bewegen, maar aangemoedigd rustig te wachten tot een bepaalde sensatie of beweging spontaan optreedt. Daarbij wordt duidelijk gemaakt dat tijd onbelangrijk is en dat in alle rust wordt gewacht. De therapeut kiest een positie waarin hij de patiënt goed kan zien. Nauwlettend wordt elke beweging in het aangedane lichaamsdeel gevolgd.

Elke beweging wordt benoemd en positief bekrachtigd. Er blijft herhaald worden dat de patiënt zelf niets hoeft te doen, dat er alle tijd is en dat hij kan laten gebeuren wat er gebeurt. Bijvoorbeeld: 'Het kan zijn dat u tintelingen voelt, of een dof 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 therapeut houdt dus een rustig tempo aan. Hij haast zich niet tijdens de oefening, maar wacht zelf ook rustig af of er iets gebeurt. Een verwachtingsvolle context wordt gecreëerd waarin de patiënt niet kan falen. Stiltes van een halve minuut of een minuut kunnen rustig vallen. De kleinste bewegingen of veranderingen worden als betekenisvol benoemd. Voor het beëindigen wordt tot slot de posthypnotische suggestie gegeven dat bepaalde sensaties of ongecontroleerde spierbewegingen ook na het beëindigen van de zitting kunnen optreden, tijdens de oefeningen thuis of spontaan in ontspannen toestand voor of tijdens het slapen.

Meestal vindt binnen enkele zittingen een eerste beweging plaats (Hoogduin & van Dyck, 1992). Met behulp van shaping worden deze bewegingen uitgebreid, bijvoorbeeld door de patiënt zich te laten concentreren op een bepaald gevoel, zoals pijn of spanning, met de suggestie dat dit kan leiden tot een schok of een nieuwe trilling. Vervolgens wordt dit een aantal keren geoefend. Zo lukt het de patiënt om tijdens de trance een beweging min of meer op commando uit te voeren. Als het de patiënt lukt tijdens de hypnose het lichaamsdeel te bewegen, dan wordt een posthypnotische suggestie gegeven dat het lichaamsdeel in normale bewustzijnstoestand mogelijk ook kan bewegen. De overgang van bewegen tijdens trance naar bewegen zonder trance wordt als volgt uitgevoerd: eerst trance induceren en de patiënt zich op dat bepaalde gevoel laten concentreren, om dan te vervolgen met het uitvoeren van die beweging. Vervolgens wordt de suggestie gegeven dat wanneer de patiënt uit hypnose is en hij zich concentreert op dat gevoel, de beweging ook weer plaatsvindt. De hypnose wordt afgesloten en patiënt wordt uitgenodigd zich opnieuw te concentreren op dat gevoel en te kijken of de beweging gaat plaatsvinden. De volgende stap is dat geoefend wordt om de tijd voor het concentreren steeds korter te laten worden, zodat de patiënt ten slotte door alleen aan het been of de arm te denken het been of de arm beweegt.

Als de klachten kort bestaan hebben, is het mogelijk dat de patiënt direct in staat is het aangedane lichaamsdeel weer goed te gebruiken. Wanneer de klacht jaren bestaat is revalidatie nodig. Een complicatie van deze behandeling kan zijn dat er als gevolg van de suggesties om een arm of been met een verlamming weer te bewegen 'spontane' bewegingen in een gezond lichaamsdeel ontstaan.

Een vrouw van middelbare leeftijd heeft sinds twee jaar een geheel verlamd linkerbeen. Het been is licht gezwollen en paars-rood van kleur. Ze heeft er geen gevoel meer in. Patiënte heeft een zeer traumatische periode doorgemaakt voorafgaand aan het ontstaan van de verlamming.

Er worden suggesties gegeven dat er zich mogelijk plotseling een trilling of zelfs schokken kunnen voordoen in het verlamde been. Plotseling tilt ze het gezonde been met een ruk op en laat het met een klap op de voetenplank van de rolstoel vallen. Deze bewegingen herhalen zich met een frequentie van ongeveer één per seconde. De schokken worden geïnterpreteerd als tekenen van 'onbewuste' drijfveren om het aangedane been weer te gaan bewegen. Vervolgens worden suggesties van zwaarte gegeven. De bewegingen verlopen trager en stoppen. Vrijwel aansluitend ontstaat er daarna een eerste beweging in het verlamde been.

► **BEHANDELING MET REVIVIFICATIE** Wanneer een patiënt na een traumatische ervaring een posttraumatische stressstoornis ontwikkelt met herbelevingen, sterke *arousal* en vermijdingsgedrag, zal de behandeling moeten bestaan uit *exposure in vitro* en *in vivo*, of EMDR. Wanneer we over een aan een trauma gerelateerde conversie spreken zonder een posttraumatische stressstoornis, kan de hier voorgestelde strategie toegepast worden.

Met een geleide herbeleving (revivificatie) wordt een relatie gelegd tussen de bij het trauma geactiveerde hevige emoties en het ontstaan van de conversiestoornis. Bij de gegeven rationale wordt verondersteld dat de klachten een gevolg kunnen zijn van de heftige emoties die daarbij zijn ontstaan. Bij de herbeleving kunnen deze emoties alsnog worden 'verwerkt', waarna de klachten mogelijk zullen verminderen. Ter illustratie van de relatie tussen stress en lichamelijke klachten kunnen er voorbeelden van worden gegeven, zoals de stem kwijtraken van schrik of verlamd zijn van angst.

Voor deze rationale bestaat wetenschappelijk niet veel ondersteuning. Veel meer lijkt de strategie een suggestieve techniek om de verwachting te wekken dat wanneer de patiënt deze nare emoties opnieuw beleeft er mogelijk (spontane) bewegingen in het verlamde been optreden.

Mevrouw Jansen, een 40-jarige onderwijzeres, wordt aangemeld met een paralyse van haar beide benen. De verlamming is acht jaar eerder ontstaan. Mevrouw had in die tijd rugklachten. Er bestonden in die tijd relatieproblemen met haar man. Na een heftige ruzie besloot haar man haar te verlaten. Hij gaf daarbij de indruk nooit meer terug te zullen keren. In wanhoop liep patiënte hem na, waarbij ze ten val kwam. Daarna bleek ze aan beide

benen verlamd. De man keerde diezelfde avond nog terug. De verlamming bleef echter bestaan. Patiënte bewoog zich voort in een rolstoel. Ze kreeg een aangepaste woning.

Bij onderzoek blijken de onderbenen volledig verlamd. Er is alleen nog enige kracht in de bovenbenen aanwezig. Ook 's nachts, zo vertelt haar echtgenoot, bewegen de benen niet. Neurologisch onderzoek heeft geen lichamelijke verklaring voor de klacht opgeleverd. Aan patiënte wordt als rationale gegeven dat soms onder invloed van extreme stress, spanningen en emoties bepaalde functies tijdelijk verloren kunnen gaan. Daarbij wordt de suggestie gegeven dat wanneer dergelijke emoties alsnog verwerkt worden, de functiestoornis mogelijk kan worden opgeheven.

Bij mevrouw Jansen heeft de behandeling bestaan uit een trance-inductie met revivificatie. Na de trance-inductie wordt mevrouw gevraagd in gedachten terug te gaan naar het moment van de ruzie met haar man en het moment dat hij op het punt stond het huis te verlaten. Van tevoren is haar verteld dat een dergelijke herbeleving tot hevige emoties zou kunnen leiden, waarbij deze ervaringen verwerkt worden en waarna mogelijk haar benen spontaan zouden gaan schokken of andere bewegingen gaan maken. Al na enkele minuten wordt duidelijk dat mevrouw de traumatische situatie opnieuw meemaakt. Ze ademt snel en roept: 'Frans, je moet niet weggaan.' (Frans is de naam van haar echtgenoot.) Ze kreunt, en zwaait heen en weer in haar rolstoel. Na enkele minuten worden haar suggesties gegeven van zwaarte, ontspanning en kalmte, waarna ze weer wat rustiger wordt. Vervolgens wordt de procedure enige malen herhaald, steeds met een opnieuw emotioneel beleven van de noodlottige avond. De zitting wordt na tweeënhalve uur afgesloten met de posthypnotische suggestie dat dergelijke herbelevingen zich de komende nachten kunnen herhalen en dat ze niet moet schrikken als er plotseling 's nachts schokken optreden in haar benen.

Voor het begin van de tweede zitting, een week later, vertelt ze dat ze veel last heeft gehad van nachtmerries over het verleden. Ze zou eenmaal 's morgens wakker zijn geworden met een blauwe plek op een been, alsof ze 's nachts tegen de bedrand heeft geschopt. De zitting wordt net als de voorgaande opgebouwd. Op het moment dat ze opnieuw emotioneel raakt en heftige armbewegingen maakt, tilt ze plotseling de voet op en beweegt deze naar voren. Een eerste beweging van een van de verlamde benen heeft plaatsgevonden. Bij de nabespreking wordt deze positieve ontwikkeling doorgenomen, en de verwachting wordt geuit dat na een dergelijke eerste beweging er een reële kans bestaat op verdergaande verbetering. Ze vertelt dat ze, voordat haar been bewoog, een gespannen, pijnlijk gevoel in haar bovenbeen voelde.

Van dit gegeven wordt in de volgende (derde) zitting gebruikgemaakt door dit gespannen, pijnlijke gevoel als uitgangspunt te nemen voor een eerste controle over de bewegingen in haar voet. Vervolgens blijkt ze haar linker onderbeen ook intentioneel te kunnen bewegen. Tijdens de vierde zitting blijkt mevrouw goed in staat ook haar andere been te bewegen. De revalidatie die nu mogelijk wordt, neemt vijf maanden in beslag. Op het moment dat de behandeling wordt beëindigd, is zij in staat om met een stok een half uur te lopen. Het bijzondere feit doet zich vervolgens voor dat er na haar herstel weer ernstige relationele spanningen ontstaan, terwijl die er gedurende de jaren van haar klachten niet meer waren. Er volgt een relatietherapie om de problemen te verhelpen. Bij follow-up na achttien maanden is mevrouw Jansen vrijwel geheel hersteld. Ze gebruikt geen stok meer en ze kan meer dan een uur zonder problemen wandelen. Het echtpaar heeft de aangepaste woning verlaten en heeft in een nieuw huis het bestaan weer opgepakt.

Spastische verlammingen als conversiestoornis zijn relatief zeldzaam. Zoals eerder gezegd is een spastische verlamming een reden om de patiënt opnieuw naar een ervaren neuroloog te verwijzen om een organische verklaring uit te sluiten.

Een oudere man komt in behandeling voor een twee jaar bestaande, langzaam verergerende, gedeeltelijke halfzijdige spastische verlamming en krampaanvallen in die aangedane lichaamshelft. Lopen gaat nog wel, maar de functie van de arm is verloren gegaan. Tijdens een opname op een neurologische afdeling is er geen verklaring voor de klachten gevonden. Patiënt wordt behandeld met hypnose. Tijdens de derde zitting lukt het hem zijn spastische hand weer iets te openen. Een eerste stap naar herstel lijkt ingezet. Tijdens deze zitting vertoont de patiënt echter plotseling een typisch focaal-epileptisch insult. De kramp begint in de rechterhand en breidt zich langzaam uit over de rechterlichaamshelft. Bij hernieuwd neurologisch onderzoek wordt nu een tumor uitgaande van het hersenvlies gevonden.

#### ¶ *Conversiestoornis bestaande uit abnormale bewegingen*

In deze rubriek zijn de conversiestoornissen opgenomen die gekenmerkt worden door (vaak bizar) motorisch afwijkend gedrag. Hieronder vallen beven en trillen (tremoren), spierverkrampingen (dystonie), spierschokken (myoclonieën) en het onvermogen te staan of te lopen (abasia en astasia).

► **BEHANDELING VAN BEVEN** Psychogeen parkinsonisme is een diagnose die door neurologen vrijwel nooit wordt gesteld. In de neurologische handboeken wordt dan ook niet over conversief of psychogeen parkinsonisme gerept. In een relatief recent overzicht over de diagnose en diagnostiek van parkinsonisme wordt in een schema betreffende een opsomming van de oorzaken psychogeen nog wel als rubriek genoemd (Tolosa, Wenning, & Poewe, 2006). In de tekst wordt er echter geen letter aan besteed. Patiënten zien beven als belangrijkste kenmerk van de ziekte van Parkinson. Zij zijn niet op de hoogte van het feit dat het ziektebeeld, naast de tremor, vooral gekenmerkt wordt door rigiditeit en traagheid van bewegingen. Patiënten met een psychogeen parkinsonisme hebben meestal geen van die andere klachten, maar hebben alleen last van beven.

Een zestienjarige scholiere wordt aangemeld na een analyse van een parkinsonachtige tremor van de rechterarm en het rechterbeen op de afdeling neurologie. De klacht bestaat sinds een maand. Behalve het beven is er geen ander symptoom dat doet denken aan parkinsonisme. Patiënte heeft drie keer eerder vier tot zes dagen last gehad van deze tremor. Die keren verdween de klacht spontaan. Er bestaan grote spanningen in het gezin. Van belang is dat een familielid op jeugdige leeftijd de ziekte van Parkinson kreeg. Ook patiënte heeft het idee aan de ziekte van Parkinson te lijden.

Besloten wordt de inductie van katalepsie bij patiënte als behandelingsstrategie te kiezen. Bij patiënte wordt eerst in haar gezonde linkerarm de kataleptische toestand geïnduceerd. Dit verloopt vlot. Desgevraagd vertelt ze dat haar arm vreemd, verstijfd en dof aanvoelt. Ze heeft de indruk de arm niet meer vrijwillig te kunnen bewegen. Ook in haar been blijkt de katalepsie gemakkelijk te induceren. Patiënte is onder de indruk van het verschijnsel.

Wanneer patiënte nu bij de aangedane rechterpols wordt gepakt om de katalepsie te bewerkstelligen, neemt de tremor in heftigheid toe. Terwijl de katalepsie-inductie wordt gestart, worden tegelijkertijd suggesties gegeven dat de bovenarm minder zal bewegen en langzaam stijver zal worden, net als zojuist met de linkerarm gebeurde. Wanneer dit inderdaad gebeurt, wordt deze suggestie herhaald voor de onderarm. De arm wordt vanaf de bovenarm langzaam kataleptisch. Ten slotte bewegen alleen haar duim en wijsvinger nog in een op de Parkinson-tremor lijkende beweging van 'geld tellen'. Met de suggestie dat weldra de duim en wijsvinger ook zullen stoppen, verdwijnt de tremor. Vervolgens wordt de katalepsie van het been geïnduceerd. Ook nu wor-



den suggesties gegeven dat het been, net als de arm, stijf zal worden: eerst het bovenbeen, dan het onderbeen en dan de voet. Dit verloopt volgens plan en ook het been boven in het been houdt op. Nadat de katalepsie vijftien minuten is gehandhaafd, wordt deze beëindigd. De tremor blijkt verdwenen te zijn en keert niet meer terug.

De zitting heeft ongeveer een uur in beslag genomen. Patiënte is vervolgens in behandeling gekomen voor begeleiding van de problemen thuis. Tijdens de zes maanden durende behandeling is de klacht niet teruggekeerd.

► **BEHANDELING VAN SPIERVERKRAMPINGEN** Spierverkrampingen staan in de neurologie bekend onder de naam ‘dystonieën’. Het is een bewegingsstoornis waarbij verkramping optreedt, met als gevolg een abnormale positie van de ledematen, hoofd, nek, rug of gezichtsspieren. Uit onderzoek is gebleken dat hypnose voor bepaalde patiënten met een dergelijke neurologische stoornis ook effect kan hebben. Dystone beelden zonder neurologische basis die als conversieverschijnselen voorkomen zijn bijvoorbeeld samengeknepen hand of handen, en dichtgeknepen ogen. Ook nu is het weer van belang dat er zorgvuldig neurologisch onderzoek plaatsvindt voordat de diagnose mag worden gesteld.

Een patiënte heeft sinds elf maanden een verkrampde linkerhand. De hand is tot een vuist gebald en ze is niet in staat deze te openen. De duim functioneert wel normaal. De verkramping is ontstaan na een schrikreactie. Eenmaal is haar hand onder narcose geopend. Na de narcose kwam de verkramping terug. Een eerdere behandeling met hypnose moest worden afgesloten omdat de aangedane hand wild heen en weer begon te zwaaien.

Besloten wordt bij de behandeling met hypnose eerst te proberen de heen en weer bewegende arm tot rust te brengen om vervolgens de behandeling van de hand zelf te kunnen uitvoeren. De bewegingsonrust van de arm tijdens de hypnose wordt uitgelegd als een technisch probleem, dat in principe op te lossen moet zijn. De eerste doelstelling bij de hypnose zal zijn het stil krijgen van de arm.

Na de hypnose-inductie wordt snel duidelijk waarom de vorige therapeut de behandeling met hypnose had beëindigd. De linkerarm van patiënte vliegt van links naar rechts waarbij zij zichzelf dreigt te verwonden door met de arm tegen de muur te slaan.

Eerst worden suggesties gegeven van rust en zwaarte in de niet aangedane, niet onrustige rechterarm. Nadat deze arm diep ontspannen is, worden suggesties van zwaarte in de onrustige

linkerarm gegeven. Daarna wordt gewacht op het moment dat de ontspanning in de linkerarm plaatsvindt. Van belang hierbij is te vermelden dat de zitting aan het einde van de middag is gepland, zodat de zitting twee, eventueel drie uur kan duren.

Na ongeveer twee uur komt er ook enige rust in de linkerhand en na enige tijd zakt de linkerarm naar de schoot van patiënte. Tijdens de volgende zitting verdwijnt de onrust van de linkerarm geheel. Patiënte krijgt een audio-opname mee om thuis te oefenen. Tijdens de volgende twee zittingen gebeurt er niet veel. Patiënte heeft de hoop op herstel opgegeven en de oefeningen gestaakt. De therapeut bespreekt het beperkte nut van een behandeling wanneer patiënten thuis niet meer oefenen. Aan patiënte wordt voorgesteld om, als er tijdens deze zitting geen verbetering plaatsvindt, er een therapiepauze van drie maanden wordt ingelast. Patiënte en haar man reageren teleurgesteld, zij willen toch graag doorgaan.

De therapeut begint vervolgens de behandeling met wat waarschijnlijk het beste een confusietechniek kan worden genoemd: eerst een handlevitatie van de rechterhand, die niet is aangedaan; daarna de suggestie dat de linkerhand rigide en zwaar wordt. Ook wordt de suggestie gegeven dat het voorwerp dat patiënte in haar hand draagt (een groot schuimplastic ei ter verlichting van de spanning) afwisselend groter en kleiner wordt en aldus de hand opendruwt. Na anderhalf uur zijn de vingertoppen van bleekroze rozerood geworden. De therapeut pakt een verkrampte vinger en ontmoet niet langer weerstand. De hand is ontspannen en de verkramping is verdwenen. Vervolgens wordt de suggestie gegeven dat patiënte wanneer ze uit trance komt de arm in dezelfde ontspannen toestand houdt. Dat lukt. Tijdens de volgende zitting blijkt de verkramping niet te zijn teruggekeerd.

► **BEHANDELING VAN ONWILLEKEURIGE SPIERSCHOKKEN (MYOCLONIEËN)** Met onwillekeurige spiertrekkingen of myoclonieën worden bedoeld plotselinge snelle onwillekeurige bewegingen, solitair of in serie, die worden veroorzaakt door spiercontracties. Net als de myoclonieën bij een neurologische stoornis kunnen de uitingsvormen bij de conversiestoornis divers zijn. De trekkingen kunnen solitair optreden of snel achter elkaar. Het kunnen kleine contracties zijn of zeer grove trekkingen, waarbij een arm of been gebogen of gestrekt wordt.

De meest eenvoudige behandeling is de patiënt in een diepe trance te brengen en voortdurend suggesties van ontspanning en vooral zwaarte van de aangedane ledematen te geven. Wanneer de zitting maar lang genoeg duurt, gaan de suggesties ertoe leiden dat de spieren van armen of benen ten slotte zeer ontspannen worden,

waardoor de intensiteit van de schokken afneemt. De patiënt krijgt een audio-opname mee naar huis en moet vijf tot tien keer per dag een korte zelfhypnose-oefening doen, met daarin suggesties van ontspanning en zwaarte.

Een man van middelbare leeftijd wordt verwezen voor de behandeling van spiertrekkingen. Bij onderzoek worden grove, qua intensiteit en amplitude sterk wisselende schokbewegingen van de benen gezien. Na een formele trance-inductie met oogfixatie worden suggesties gegeven een loom en zwaar gevoel in de spieren van de benen te gaan voelen. Dit lukt. Er ontstaat enige rust in de schokken. De zitting verloopt zonder problemen. Van de behandeling wordt een audio-opname gemaakt. Hij krijgt vervolgens de instructie om met behulp van de opname minstens vijfmaal per dag zelf te oefenen. Tijdens de volgende zitting een week later zijn de klachten aanmerkelijk verbeterd. Deze verbetering zet verder door en op de derde en laatste zitting blijken de klachten geheel verdwenen.

Soms zijn patiënten door hun motorische klachten erg onrustig. In de volgende casus heeft een patiënt heftige spiertrekkingen. Door de schokken is de hypnose-inductie niet goed mogelijk.

Een vrouwelijke patiënt van middelbare leeftijd wordt aangemeld met een conversiestoornis bestaande uit onwillekeurige halfzijdige schop- en slagbewegingen. De behandeling met hypnose om weer controle te verwerven over die bewegingen dreigt te mislukken, omdat de hypnose-inductie door de wilde bewegingen niet lukt. Aan mevrouw wordt gevraagd hoe ze ondanks deze schokkende bewegingen toch in staat is te slapen. Ze blijkt daar een trucje voor te hebben bedacht. Ze gaat op haar zij liggen en fixeert haar ogen op een punt 'achter haar voorhoofd'. Daarna blijken de schokken minder te worden en valt ze in slaap. Deze strategie wordt vervolgens bij de behandeling gebruikt. Ze gaat in de behandelkamer op een bank liggen in deze slaaphouding en fixeert haar ogen op een punt achter haar voorhoofd, zoals ze thuis doet bij het inslapen. Bovendien wordt haar de suggestie gegeven dat ze op het punt staat om in slaap te vallen. Langzaam worden de trekkingen minder en geraakt ze in een trancetoestand.

Een andere geschikte strategie die een therapeut kan aanwenden wanneer hypnose-inductie niet lukt bij een patiënt met heftig schokkende armen en benen, is gebruik te maken van de zwaarte-

kracht. Wanneer de patiënt met de armen zwaait, zal een verzoek om de armen voor zich uit te houden leiden tot vermoeidheid, met het gevolg dat de armen zwaar aanvoelen en er een verlangen ontstaat de armen te laten zakken.

..... Een veertigjarige man wordt aangemeld door de neuroloog met het verzoek de patiënt in behandeling te nemen. Hij is al jaren bekend met een langzaam progressieve motorische stoornis van onverklaarde oorsprong, waarbij vrijwel alle spieren betrokken zijn. Patiënt vertoont spiertrekkingen over het gehele lichaam. Hij kan niet meer lopen omdat de benen bij iedere beweging spiertrekkingen geven. Daarbij zwaait hij met de armen van links naar rechts en omgekeerd. Hij is volledig invalide geworden en moet met alles worden geholpen. Bij deze patiënt is alleen de vraag om de ogen te sluiten een reden om met armen en benen te zwaaien, waarbij de armen door de lucht maaien. Een formele trance-inductie is niet mogelijk. Desgevraagd vertelt hij van tv-kijken kalm te worden. Zo had hij recent een prachtige film gezien die zich afspeelde in een dicht bos. Deze film wordt als uitgangspunt genomen voor de trance-inductie. Aan patiënt wordt gevraagd de ogen te sluiten en de mooie beelden van het bos te visualiseren. Hij zal daarbij de armen voor zich uit houden, al zwaaiend en schokkend. Intussen worden door de therapeut suggesties gegeven van zwaarte van de armen en de plezierige rustige omgeving van het bos. Na enige minuten vertonen de armen minder bewegingen en zakken langzaam omlaag. Ook de frequentie van de andere schokken neemt af. Ten slotte lukt het een trance-inductie te bewerkstelligen waarbij de schokken geheel stoppen. Na één jaar behandeling is patiënt in staat om met een wandelstok ongeveer één kilometer te lopen.

Wanneer de klachten zich aanvalsgewijs voordoen, kan het zijn dat ze in de spreekkamer niet te zien zijn. In een dergelijke situatie kan de therapeut de patiënt vragen thuis een opname te laten maken wanneer een aanval zich wel voordoet. Het blijft echter ingewikkeld om de werkzaamheid van een bepaalde interventie bij een dergelijke patiënt te onderzoeken. Het blijkt in de praktijk vaak goed mogelijk om bij de patiënten een aanval te provoceren door hen in trance een situatie te laten visualiseren waarin recent een dergelijke aanval plaatsvond. Wanneer patiënten rapporteren dat er bepaalde sensaties aan een aanval voorafgaan, kan de therapeut met suggesties die sensatie proberen op te wekken. Daarna kan tevens het optreden van een dergelijke aanval bevorderd worden.

► **KATALEPSIE-INDUCTIE BIJ PATIËNTEN MET EEN LOOPSTOORNIS (ABASIA)** De conversieve loopstoornis laat zich relatief eenvoudig onderscheiden van neurologische loopstoornissen. Typische neurologische loopstoornissen zijn: langzaam schuifelend lopen met kleine pasjes (parkinsonisme); atactisch (schokkend) lopen bij uitval van het diepe gevoel (alcoholisme) of de coördinatie (aandoening van de kleine hersenen); lopen met verbreed gangspoor, wijdbeens lopen om meer steun te hebben of met een been dat opzij zwaait en een halve cirkel beschrijft bij iedere stap (na een herseninfarct). De conversieve loopstoornis oogt vaak bizar. De patiënt dreigt soms naar links, soms naar rechts te vallen en probeert dit met extra pasjes te corrigeren. Er is een neiging tot scharen, waarbij het ene been kruist over het andere, met opnieuw de indruk dat de patiënt dreigt te vallen. De patiënt is meestal niet in staat tot de koorddansersgang, dat wil zeggen de ene voet voor de andere te zetten en aldus te lopen over een denkbeeldige lijn. Hoewel de indruk bestaat dat deze patiënten op het punt staan te vallen, blijken zij goed in staat dit te voorkomen door onder andere steun te vinden bij de partner of een muur. Zij verwonden zichzelf vrijwel nooit.

De conversieve loopstoornis is soms goed te beïnvloeden met de toepassing van katalepsie. De patiënt wordt vertrouwd gemaakt met katalepsie in de armen, vervolgens in de benen en ten slotte in het hele lichaam. Met de partner oefent de patiënt zich hierin om uiteindelijk ook in staat te zijn de kataleptische toestand bij zichzelf te bewerkstelligen.

Een 59-jarige lerares heeft vijf jaar geleden na een ongeval op de fiets de beide enkels verwond. Ze hield daarna pijnklachten. Na een mislukte revalidatie ontwikkelde ze een loopstoornis en ten slotte kon ze ook niet meer staan. De stoornis bij het lopen laat zich het beste omschrijven als een extreme waggelgang. Ze zwikt door haar heupgewricht. Wanneer ze een stap met haar linkerbeen heeft gezet en daarna haar rechterbeen optilt, wijkt de linkerheup uit naar opzij. Wanneer ze haar linkerbeen naar voren brengt, wijkt de rechterheup uit naar opzij. Daarnaast verloopt de coördinatie van de benen niet correct, waardoor ze zich verstapt of struikelt. Ze valt niet. Zonder haar man durft ze buitenshuis niet meer te lopen. Haar actieradius beperkt zich tot enkele tientallen meters. Ze verplaatst zich buitenshuis in een rolstoel.

Bij de behandeling krijgt ze als rationale dat het bij haar handelt om een controleprobleem. Ze is immers niet langer in staat haar benen aan te sturen. Met behulp van een katalepsie-inductie zal geprobeerd worden dit controleprobleem op te lossen en het automatisme van lopen en staan te herstellen. Hiertoe wordt eerst de katalepsie in beide armen aangebracht. Vervolgens

wordt de echtgenoot geleerd dit bij haar toe te passen. Gedurende de tijd tot aan de tweede zitting zal haar echtgenoot vijf tot tien keer oefenen per dag.

Op de tweede zitting heeft hij zich goed aan de afspraak gehouden. Het paar heeft goed getraind en mevrouw kan zonder hulp van haar man de katalepsie in de armen induceren door sterk te denken aan de gevoelssensaties die optreden bij de katalepsie, namelijk een dik en wollig gevoel in de handen. Tijdens deze zitting wordt de oefening uitgebreid met een katalepsie-inductie in beide benen. In zittende houding wordt het been kataleptisch gemaakt. De therapeut laat bij de zittende patiënte de voet steunen op de hand en duwt met de andere hand de voet omlaag, maar voert tegelijkertijd een tegendruk uit met de hand waarop de voet rust. Er wordt voor gezorgd dat het resultaat van de beide uitgeoefende krachten tot gevolg heeft dat de voet iets naar beneden wordt geduwd. Vervolgens wordt deze beweging in omgekeerde richting uitgevoerd, en wel als volgt: de hand waarop de voet rust duwt de voet naar boven, de op de voet liggende hand oefent een iets geringere druk uit naar beneden, met als resultaat dat de voet iets naar boven wordt bewogen. Daarna worden deze handelingen herhaald. Op een gegeven moment, vaak al binnen enkele minuten, ontstaat er een weerstand in het been tegen deze verplaatsingen en geleidelijk ontwikkelt zich de kataleptische toestand. Nadat de echtgenoot de inductie heeft geleerd wordt hij geïnstrueerd deze inductie thuis te oefenen.

Op de volgende zitting is de kataleptische toestand van de benen binnen enkele seconden bij mevrouw aan te brengen. Er wordt overgegaan tot de katalepsie van het gehele lichaam in staande houding. De procedure is als volgt: bij mevrouw worden eerst in zittende houding de armen en benen in kataleptische toestand gebracht. Vervolgens wordt haar gevraagd voorzichtig te gaan staan. Dan wordt de procedure herhaald door eerst de armen — op gelijke wijze als zittend — en vervolgens de benen in deze toestand te brengen. Mevrouw wordt gevraagd zich te concentreren op de bijzondere gevoelssensaties die ze kent van eerdere oefeningen met de benen. Vervolgens wordt er druk uitgeoefend op een van de schouders op dezelfde manier als bij de armen en benen. Via de schouders wordt door de ene hand een druk naar voren uitgeoefend waardoor het lichaam naar voren beweegt, terwijl de andere hand weer tegendruk geeft en vice versa. Vrij snel ontstaat de katalepsie in de benen. Nadat ze vijf minuten zonder problemen staat wordt de oefening beëindigd. De partner wordt — nadat hij de oefening ook heeft leren uitvoeren — opnieuw gevraagd deze oefening thuis dagelijks vijf tot tien keer te doen.

Op de vierde zitting kan mevrouw zonder problemen staan. Ze is ook in staat de katalepsie bij zichzelf op te roepen. Tijdens deze zitting wordt het 'robotlopen' geoefend. Vanuit de kataleptische toestand wordt mevrouw, begeleid door haar man en de therapeut, gevraagd het gewicht op één been over te brengen en vervolgens schuifelend een klein pasje te maken met stijve benen, als een robot. Dit lukt haar en dit wordt nog enkele malen geoefend. Het echtpaar zal dit de daaropvolgende periode samen oefenen.

Op de vijfde zitting vertelt mevrouw dat het staan haar weer zo goed als normaal en zonder te hoeven nadenken aangaat. Ze had ook al weer enige honderden meters buiten gelopen. Op de daaropvolgende zitting is het lopen sterk verbeterd.

Soms klagen patiënten wanneer ze in een kataleptische toestand staan over lichtheid in het hoofd en een gevoel flauw te vallen.

Een 42-jarige docente heeft geleidelijk problemen gekregen met lopen en later ook met staan. Wanneer ze loopt, heeft ze een valneiging, zowel naar links als naar rechts. Ze zwaait daarbij met de armen om het evenwicht te bewaren. Ze doet soms een paar stappen wijdbeens, om dan plotseling te scharen, waarbij ze het rechterbeen soms links van het linkerbeen zet of andersom. Het lopen maakt een wat potsierlijke indruk. Het ontstaan van de klachten wordt door patiënte niet gerelateerd aan stresserende omstandigheden. Na een verkoudheid voelden haar benen anders, waarna de problemen begonnen.

Besloten wordt de vrouw te behandelen met katalepsie-inductie. Haar partner wordt daarbij ingeschakeld. Na vijf sessies is zij goed in staat de benen en de romp in kataleptische toestand te brengen en weer, weliswaar als een robot, een beetje te lopen. De volgende sessie is ze echter geheel teruggevallen. Het bleek dat ze thuis tijdens de katalepsieoefeningen een licht gevoel in het hoofd kreeg en een keer bijna flauwgevallen is. Sindsdien is ze met de oefeningen gestopt. Als oplossing wordt ervoor gekozen dat ze na de katalepsie-inductie kleine robotachtige pasjes al schommelend op de plaats zal maken. Hierdoor wordt de pompfunctie van de beenspieren geactiveerd en treedt er geen daling van de bloeddruk op, zodat wordt voorkomen dat het gevoel flauw te vallen optreedt. Tijdens de sessie is dit enige malen geoefend zonder dat patiënte last kreeg van dat lichte gevoel in het hoofd of de neiging flauw te vallen. Hierna kon de behandeling worden voortgezet.

### ¶ *Conversiestoornis met slikproblemen*

Kop et al. (1995) publiceerden een verslag van een behandeling van een patiënte die niet meer in staat was vast voedsel te eten. Bij deze behandeling is een relaxatietechniek gebruikt. In plaats hiervan zou ook hypnose kunnen worden toegepast.

Een 45-jarige vrouw en moeder van volwassen, nog thuiswonende kinderen, heeft zich voor behandeling aangemeld met het probleem dat ze geen vast voedsel meer kan eten. Ze is nog in staat hele kleine stukjes van vast voedsel te bijten, maar niet om deze stukjes verder klein te kauwen en door te slikken. Wanneer ze probeert te eten en het voedsel verdeelt tussen de linker en rechter wangzak ontwikkelen haar kaken een niet te beheersen beven. Dit verhindert een adequaat verder verwerken van de stukjes vast voedsel en verhindert ook het doorslikken. Ze is verder niet in staat het voedsel in de mond te houden. De nat geworden brokken vallen samen met speeksel op haar kleding. Ze vindt het zelf een bijzonder onappetijtelijk gedoe. Ze maskeert het een beetje door haar hand voor de mond te houden tijdens het kauwen. Ze eet niet langer samen met het gezin, maar alleen in de keuken, zodat de anderen haar niet kunnen zien eten. Ze gaat niet langer met haar man naar etentjes buitenshuis. Haar eetprobleem bestaat ruim acht jaar.

Eerder heeft mevrouw een gedeeltelijke verlamming van de oogleden gehad. Ze was toen niet in staat de ogen open te houden. Ze kon nog net door haar hoofd naar achter te bewegen door een spleetje kijken. Deze klachten zijn spontaan na vijf maanden verdwenen. Snel daarna zijn de huidige klachten ontstaan.

Voorafgaand aan de behandeling wordt het eten in detail bestudeerd met behulp van video-opnames. Het probleem laat zich als volgt beschrijven: op het moment dat er een stukje vast voedsel in de mond wordt gestopt volgen er één of twee bijtbewegingen. Daarna beginnen de kaken te trillen, alsof mevrouw gaat klappertanden van de kou en vervolgens zijn er tong- en kaakbewegingen die niet meer gecoördineerd plaatsvinden. Ten slotte zijn er allerlei bewegingen, zonder dat er productief wordt gekauwd.

De behandeling bestaat uit een shaping- en chaining-programma om de juiste eetbewegingen weer te doen plaatsvinden. Met chaining wordt de keten van acties bedoeld die nodig zijn om te eten. De behandeling begint met de eerste stap nodig voor het eten: het openen en gebruik van de mond. Vervolgens worden met de shapingprocedure deze stappen bevorderd zodat ten slotte het eten weer geleerd wordt. De eerste stap is patiënte haar lippen tegen elkaar te laten persen gedurende een paar seconden en



ze dan weer los te laten om haar te helpen zich meer bewust te worden van de spanning in de spieren van de mond en het gezicht. Er wordt haar vervolgens gevraagd de tanden een paar seconden tegen elkaar te drukken en daarna de spieren weer te ontspannen op een manier dat de kiezen elkaar niet langer raken, maar zonder haar mond te openen (een kauwbeweging dus). Dat oefent ze tijdens behandelzitting en vervolgens ook thuis.

Op het moment dat dit goed gaat, wordt de volgende oefening besproken. Ze moet haar lippen tegen elkaar houden, de tanden los van elkaar en dan haar mond bijna openen. Deze oefening doet ze met een plastic lepel tussen haar lippen, zodat ze leert de lippen te sluiten, zonder dat de lippen echt bewegen en ze maakt dus een beweging alsof ze aan het eten is, maar zonder dat de kiezen elkaar raken. Dit is eigenlijk alleen een oefening voor de lippen; de mond gaat bijna open en weer dicht met de plastic lepel in de mond. Met de bewegingen van de steel van de lepel wordt een visuele feedback op de bewegingen van de lippen bereikt.

Vervolgens krijgt ze oefeningen om een lage toon, een mid-dentoon en een hele hoge toon te neuriën, steeds in één uitademing. Dit wordt gedaan om de spanning van de lippen en de mond te vergroten. Bovendien helpt het haar om de ademhalingsspieren te beheersen. Ten slotte volgt er een uitbreiding van de kaaktraining. Ze moet haar onderkaak op en neer bewegen in een verticale richting en steeds de kaken even op elkaar houden. Deze laatste oefening wordt eerst met een lege mond gedaan, vervolgens met een beetje water, dan een beetje yoghurt, daarna met wat vaster voedsel, zoals fruit, snoepjes of chocolade. Het is niet de bedoeling dat ze kauwt, noch is het toegestaan het voedsel in te slikken. Vervolgens wordt ze geïnstrueerd om de kaken in het horizontale vlak te bewegen, naar links en naar rechts. Ten slotte worden deze laatste twee oefeningen gecombineerd en moet ze circulaire bewegingen maken met de onderkaak.

De laatste stap in de behandeling bestaat uit bijten, kauwen en inslikken met de volgende details:

- ▶ Neem een hap. Daarna enkele seconden absolute rust.
- ▶ Bijt het stukje vast voedsel in twee stukken. Daarna weer absolute rust.
- ▶ Met de tong een stukje naar de linkerkant duwen en een stukje naar de rechterkant.
- ▶ Kauwen: horizontale en verticale bewegingen met de onderkaak, waarbij de top van de tong tegen de voortanden gedrukt blijft.
- ▶ Ontspan alle spieren. Verzamel het natte voedsel en slik het door.

Ze wordt getraind in het doen van ontspanningsoefeningen en blijft dat gedurende de gehele behandeling ook zelf oefenen. Dit vijfstappenprogramma wordt eerste gedaan met yoghurt, daarna met cake, banaan, brood, chocolade, enzovoort. Iedere vordering die ze maakt, wordt met enthousiasme ontvangen. Afgesproken wordt dat ze de oefeningen thuis voor de spiegel zal doen.

Na de shaping- en chaining-procedures wordt ze getraind om ongewenste spanning en stress in het dagelijks leven te voorkomen of om er beter mee om te gaan.

De behandeling heeft in totaal 38 weken geduurd, waarbij in het begin twee keer per week een zitting plaatsvond en later één keer per week. Daarna zijn er eens per maand nog een paar follow-up-zittingen geweest.

Mevrouw stelt een aanmerkelijke verbetering in het eten en het drinken vast. Ze is zo goed verbeterd dat ze weer in staat is in gezelschap te eten. Ze vindt wel dat ze nog steeds met aandacht moet eten en dat ze nog niet zo gemakkelijk eet als vroeger. Ze mostert echter nog zelden voedsel uit haar mond.

Deze behandeling vond plaats zonder hypnose. Er bestaat geen enkele reden deze behandeling niet onder hypnose plaats te doen vinden. De hier beschreven experimentele behandeling vond plaats in het kader van wetenschappelijk onderzoek, waarbij studenten beschikbaar waren om met haar veel zittingen te oefenen. Wanneer de partner kan worden ingeschakeld als cotherapeut kan verwacht worden dat een dergelijke behandeling ook in tien tot twintig zittingen kan worden afgerond.

#### ¶ *Conversiestoornis met spraakproblemen*

Soms worden er patiënten met een psychogene afasie ingestuurd. Hierbij is de patiënt afatisch, dat wil zeggen dat hij niet langer in staat is goed te formuleren. Vaak hakkelt de patiënt. Ook kan hij zijn gedachten niet meer onder woorden brengen. Hierover kunnen we kort zijn: psychogene afasie komt niet voor. Bij de zogenaamde psychogene afasie blijkt het meestal te gaan om primaire progressieve afasie, een stoornis die behoort tot de groep van frontotemporale dementieën (Hoogduin, van Minnen, & Verbraak, 2006).

Drost (1996), een specialist op het gebied van psychogene spraakstoornissen, geeft het volgende overzicht van de mogelijke conversieve spraakstoornissen:

- ▶ **Mutisme:** De patiënt is niet langer in staat te spreken. Zowel toon als articulatie zijn afwezig.
- ▶ **Afonie (fluïsterstem):** Deze aandoening komt veel voor en treedt meestal op na een emotionele gebeurtenis, als iemand 'van de

schrik zijn stem is kwijtgeraakt' of 'van de schrik geen woord meer kan uitbrengen'.

- ▶ Dysfonie (krakende stem): De fluisterstem wordt afgewisseld met een krakende stem. De patiënt is zeer moeilijk te verstaan.
- ▶ Falsetstem: Deze stem wordt gekenmerkt door een hoge toon.

De behandeling van de conversieve spraakstoornissen is relatief eenvoudig en verloopt meestal succesvol. Drost behandelde honderden patiënten met een techniek die hij 'visualisatie' noemde, maar die in feite een hypnotische techniek is met elementen uit de gedragstherapie (*shaping procedure*).

Gebaseerd op het werk van Drost is een behandeling met behulp van hypnose en *shaping* ontwikkeld. De patiënt wordt in trance gebracht en vervolgens gevraagd om een geluid te produceren door te hoesten. Wanneer dat lukt, wordt vervolgens gevraagd te hoesten met een 'a', dan met een 'e' en ten slotte met een 'o'. Dan wordt de *shaping-procedure* voortgezet. Na het hoesten met een 'a' volgt hoesten met 'Ab', met 'aap', enzovoort. Met steeds zachter hoesten wordt ten slotte het woordje 'aap' gezegd, waarna het geleidelijk gemakkelijker wordt om woorden uit te spreken. Meestal kan na één zitting van één tot twee uur de behandeling met een sprekende patiënt worden afgesloten (Mulder & Hoogduin, 1986). Later bleek het gebruik van hypnose geen noodzakelijke voorwaarde voor een succesvolle behandeling van deze patiënten. Pure gedragstherapie met *shaping* en *fading* doet de stem eveneens in een wat langer durende zitting terugkeren (zie voor een uitvoerig behandelprotocol: Hoogduin et al., 2011).

#### ¶ *Conversiestoornis met convulsies*

Niet-epileptische aanvallen worden met verschillende termen beschreven: functioneel, pseudo-epileptisch, hysterisch, psychogeen en conversie en *psychogenic nonepileptic seizures* (PNES). In de DSM-5 wordt dit beeld geclassificeerd als conversiestoornis met convulsies.

Schwartz, Bickford, en Rasmussen (1955) boden 26 patiënten onder eeg-registratie van tevoren verzamelde informatie aan over stressvolle gebeurtenissen, samen met de suggestie dat een insult zou optreden. Het ging om patiënten bij wie gedacht werd aan de diagnose conversie. 10 van de 26 patiënten kregen ook werkelijk een toeval, die gecoupeerd kon worden met suggesties. Dit laatste en het ontbreken van piek-golf-complexen op het eeg maakt dat de diagnose 'psychogeen insult' met vrijwel honderd procent zekerheid kan worden gesteld.

► **INSULTPROVOCATIE** Wanneer de diagnose conversiestoornis is gesteld en er geen neurologische verklaring is voor de klachten, is een behandeling met behulp van hypnose met insultprovocatie vaak effectief. De idee hierbij is dat de patiënt leert zelf te intervenieren in de keten die leidt tot een insult. De opvatting van patiënten dat dergelijke aanvallen autonoom optredende processen zijn wordt gefalsifieerd, omdat de therapeut immers in staat is een aanval te provoceren. En wanneer de therapeut blijkbaar invloed heeft op de insulten, is dat voor de patiënt ook mogelijk.

De patiënt is een jonge vrouw die ten gevolge van onbegrepen lage rugpijn nooit heeft gewerkt. Naast deze rugklachten, waarvoor zij al eens werd geopereerd, heeft ze al acht jaar last van toevallen. Ze is in een epilepsiecentrum voor onderzoek opgenomen geweest. Maar de diagnose epilepsie kon niet worden gesteld. Tijdens haar puberteit maakte ze een periode door waarin ze last had van paniekaanvallen.

Besloten wordt tot een behandeling waarbij patiënte zal worden geleerd zelf de keten van gebeurtenissen en gevoelens die leiden tot een aanval te onderbreken. De behandeling wordt begonnen met een poging een aanval op te wekken. Voor de provocatie wordt haar gevraagd of ze de aanval wel eens voelt aankomen. Veel patiënten menen dat ze de aanval niet voelen aankomen. Wanneer ze echter een observatieopdracht krijgen, om na een aanval na te gaan wat er aan de aanval is voorgegaan, is het vaak wel mogelijk daarover informatie te geven. De hier besproken patiënte weet wel wat er voorafgaat aan een aanval. Bij haar begint het pseudo-insult met trekkingen in haar linkerbovenarm, begeleid door een vreemd tintelend gevoel. Vervolgens gaat ze transpireren en krijgt ze hartkloppingen. Ze wordt angstig en gespannen. Ze ademt moeilijk uit. Ze wordt benauwd, en de echte aanval begint.

De provocatie verschilt niet van een formele trance-inductie. Ook nu worden suggesties gegeven die leiden tot een veranderde bewustzijnstoestand. De provocatie begint met aan patiënte te vragen om zich de gebeurtenissen en gevoelens voorafgaand aan de laatste aanval voor te stellen. De therapeut vraagt haar of ze al benauwd is, of ze al moeite heeft met uitademen (zie ook het hiernavolgend verbatim verslag). Wanneer de aanval plaatsvindt, blijft de therapeut suggesties geven, met als doel de aanval uiteindelijk weer te couperen. Deze suggesties worden op indirecte wijze gegeven. Bij de hier besproken patiënte wordt dat gedaan door tegen een tweede therapeut de verschijnselen van het insult te bespreken en uitspraken te doen over het verdere beloop van de toeval (indirecte suggesties), bijvoorbeeld: 'Je zult zien dat als de

ademhaling van patiënte rustig wordt haar rechterarm vanzelf ontspant en tot rust komt.'

Verbatim verslag van de provocatie en de beëindiging van de aanval:

Therapeut: Ja, maar dat moet je even goed uitleggen. Dus je hebt wel eens dat je je op maandag vervelend voelt...

Patiënte: Ja.

Th: En dan denk je: Het lijkt erop dat er een aanval komt, maar dan komt hij niet.

P: Ja... Het is een soort trekking in mijn arm en... Ja... Een beetje tintelend gevoel.

Th: Waar?

P: In mijn bovenarm vooral, hier aan de buitenkant.

Th: En ben je dan nerveus?

P: Ja, een beetje.

Th: Een beetje, dat je het ook op je borst voelt, een beetje gespannen

P: Ja, en heel warm.

Th: Ja, warm en gespannen.

P: Ja, en... ja, gewoon een naar gevoel.

Th: Zou je het erg vinden als we zouden proberen een aanval op te wekken?

P: Nee, als het helpt.

Th: We zouden het kunnen proberen.

P: Ja.

Th: De bedoeling is dat het helpt.

P: Ja.

Th: Maar dan moet ik even precies weten hoe het was als je een aanval kreeg. Dus je had dan een soort gespannen, nerveus gevoel. En was daar dan iets aan voorafgegaan, of had je een nare dag gehad of slecht geslapen, of...?

P: Nee.

Th: En bij dat gevoel hoort dan een soort tinteling in je linkerarm?

P: Ja, bovenarm.

Th: Linker bovenarm. Ja.

P: Heel erg transpireren.

Th: En dan volgt transpireren.

P: Ja.

Th: En wat dacht je dan?

P: Er zit er weer een aan te komen.

Th: En werd je dan ook angstig?

P: Nee, niet echt. Ik krijg ook hartkloppingen.

Th: Wanneer, dan?

P: Dan, ja.

Th: Als we het zo bekijken, dan zet soms een aanval door als je je zo naar voelt. Ik wil je nu vragen je aandacht te richten op het enge gevoel en dat nare gevoel als het ware bij jezelf teweeg te brengen. Dat vereist wel enige moed. Als we het kunnen opwekken, dan kunnen we je mogelijk ook helpen het weer onder controle te krijgen.

Ik zal je zeggen wat we gaan doen. Ik ga je nu vragen je ogen dicht te doen en je te concentreren, hoe moeilijk het ook is, op die enge gevoelens. Ik zal je vragen op je ademhaling te letten. Kijken of je dat enge gevoel krijgt. Als het te erg wordt, doe je je ogen weer open en dan houden we er gewoon even mee op. Het moet geen ramp voor je worden. Maar als je zegt, ik houd het wel vol, dan gaan we kijken of we een dergelijke aanval op kunnen wekken. Als die aanval komt, zal ik daarna proberen de aanval weer te stoppen.

P: Ik heb ook wel eens gehad dat er een aanval kwam die maar vijf minuten duurde.

Th: Nou, laten we maar hopen dat deze aanval ook zo kort is. We gaan beginnen. Doe de ogen maar dicht. Neem maar een ontspannen houding aan. Ik ga je vragen je te concentreren op dat enge gevoel. Stel je voor, het is op zo'n dag dat je je zo naar voelt, eng voelt. Een beetje benauwd op de borst, inademen gaat wel, maar uitademen gaat moeilijker. Een gespannen en nerveus gevoel. Concentreer je maar op dat enge gevoel. En als je merkt dat je die tintelingen krijgt in je bovenarm, dan moet je het maar even zeggen

P: Ja, dat is nu al aan de gang.

Th: Concentreer je nu op je bovenarm.

P: Ik krijg nu ook trekkingen in mijn linker gezichtshelft.

Th: Laat maar gaan, laat maar gaan. Ja, ik zie het nu ook. Ik zie het aan je schouders, aan je hoofd, aan je armen. Laat maar gewoon gaan. Concentreer je op dat nare tintelende gevoel, dat zweterige. Ja, het hoofd trekt nu ook. Laat het allemaal maar rustig gebeuren. Rustig aan, we zijn bij je. Concentreer je op je schouder, je linkerarm en dat enge gevoel. (Nu begint de linker lichaamshelft te schudden.) Kun je me nog horen, kun je me nog horen?

P: Ja.

Th: Kun je me nog horen? (Haar hoofd valt naar achter en begint te schokken. De therapeuten leggen haar op de grond. Ze slaat met het hoofd tegen de grond. Ze schudt nog steeds met de armen, ze draait zich al schokkend op de zij.)

Zo is het goed. Nu gaan we eens kijken. Ik pak je nu bij de hand. (Ze gaat nu erg schokken.) Ik pak je bij je hand. Zie jezelf te ontspannen. De ademhaling gaat 'onbewust' weer zoals die goed was, rustig en kalm.

(De therapeut vertelt aan de collega:) Als het goed gaat zal ze zich ontspannen. Als de ademhaling goed gaat... Ze ligt nu op haar zij, dan glijdt ze vanzelf weer op de rug. Dan zakt ze langzaam terug op haar rug en ontstaat er een sterke spierontspanning. Ze wordt helemaal slap. Als die ademhaling goed gaat... *Laat maar eens even kijken of die ademhaling goed gaat. Inademen... Uitademen... Kijken of ze nu naar haar rug draait. Kijken of ze nu op haar rug terugkomt.* Het kan langere tijd duren. Je merkt al dat haar schouder langzaam naar de grond gaat. Goed opletten, want haar benen kunnen plotseling met een schok... (Patiënte maakt een schokkende beweging met haar been.) Daar komt de schok. Ze draait nu in één keer op haar rug. Ik leg nu even haar benen goed. Nu ligt ze op haar rug. Nu die ontspanning. Nu kan ze de ademhaling doen zoals ze dat zelf vroeger heeft geleerd. En inademen... En uitademen. Heel goed. Inademen... Rustig uitademen. Je ziet dat de ademhaling rustiger wordt en haar verder ontspannen, helemaal slap worden. Als dat lukt, gaat de linkerarm langzaam naar de grond. *Helemaal slap, helemaal slap, als een vaatdoek, zo slap als een vaatdoek. Als de linkerarm naar de grond gaat (die gaat langzaam naar de grond). Ja, hij valt nu op de grond. Nu de rechterarm ook helemaal slap, ook naar de grond. Helemaal slap, naar de grond. De rechterarm, daar wachten we nog op. De ademhaling is goed en rustig. We wachten op de rechterarm, totdat die ook helemaal slap wordt. En als alles helemaal slap is, dan kan het zijn dat het bewustzijn langzaam weer terugkomt. We wachten eerst op die rechterarm, tot die naar de grond gaat. Ze krijgt een schok waardoor de rechterarm eigenlijk in de richting van de heup gaat, heel langzaam glijdt hij omlaag, totdat hij op de grond valt. Heel langzaam zien we hem bewegen.*

Th: Heel langzaam, daar gaat hij en daar valt hij. Helemaal ontspannen. Alles valt van je af. Zo is het goed. En nu gaan we kijken naar de oogleden, we kijken of de oogleden gaan knippen en of het bewustzijn weer een beetje terug wil komen na die zware inspanning. Ja, daar gaat wat knippen. Rustig aan. Het kan zijn dat je mijn stem hoort. Het is niet van belang. We zijn hier bij je en we wachten rustig af tot het bewustzijn weer terugkomt. En wat zien we? Dat de ogen steeds meer gaan knippen. Af en toe wat meer knippen en dan weer wat licht toelaten. Neem er maar de tijd voor. De oogleden zijn nu goed in beweging. Je bent diep ontspannen, prettig ontspannen. Klaar na het zware werk. Ja, rustig aan maar. Nog een schokje. (Patiënte schokt nog een keer met de benen.) Kijken hoe het met de spanning is. Ik pak je linkerarm even. Ja hoor, die is goed ontspannen. Ah, daar gaan de ogen open. Hoor je mijn stem al? Hoor je het geluid van mijn stem? (Ze reageert niet.) Nog even geduld dan maar. Zo is het goed. Nu beweeg

je je mond weer. Ik zal eens kijken of ik je overeind kan helpen. (Ze beweegt zelf spontaan haar linkerarm en ze praat ook weer zachtjes.) Kom maar eens even hier. Kom maar, we zullen kijken of we je op de stoel kunnen zetten. Ben je nog zo slap, of gaat het wel?

P: Het gaat wel. (Ze spreekt met een lallende stem.)

Th: Nou, daar kunnen we wel tevreden over zijn, hè. Het was gelukkig een korte aanval.

P: (Knikt.)

Th: Tenminste... Je hebt zelf ook die indruk? En ben je wazig, alsof je gedroomd hebt?

P: Ja.

Th: Heb je mijn stem kunnen horen, of was je af en toe helemaal weg, alsof je lag te slapen? Kijk me nog eens aan. Weet je nog wie ik ben?

P: Ja.

Th: Ja, je kent me wel van net. Weet je wat we gedaan hebben? We probeerden een aanval op te wekken en dat is gelukt en dat is van belang. Dat is echt van groot belang. Als we dat kunnen, kunnen we je ook helpen in de toekomst te leren hoe je daarmee om moet gaan. Heb je zin om nu even te slapen?

P: Ja, ik ben wel moe.

Th: Kijk, voor ons is het van groot belang. We hebben het goed kunnen zien. Dat betekent dat we ook kunnen analyseren hoe we je kunnen helpen.

P: Ja. Ik ben nog steeds een beetje uit mijn doen.

Th: Het was ook een beetje eng, hè? Nou ja, we zijn erbij en we weten precies wat we moeten doen. Geen reden voor zorgen, maar het is altijd een beetje eng. Ik vind wel dat je heel goed meewerkte. Sommige mensen zijn zo bang dat ze dat niet durven, maar dat was bij jou gelukkig niet zo.

Bij deze patiënte was het relatief eenvoudig de aanval op te wekken. Suggesties van ontspanning en zwaarte leidden tot de beëindiging van de aanval. Goed beschouwd vertoont de hele procedure grote overeenkomsten met een hypnoseprocedure. Na een inductie (met een insult) volgen suggesties die door de patiënt worden opgevolgd. Deze gang van zaken opent perspectieven voor de behandeling.

Patiënte heeft vervolgens geleerd zelfhypnose te gebruiken vóór ze een aanval krijgt en zichzelf in een rustige, ontspannen toestand te brengen, waardoor de aanvallen niet langer doorzetten. Ze kan aanvalsvrij uit het ziekenhuis worden ontslagen.



### ¶ Conversiestoornis met pijn of gevoelsverlies

Veel conversiepatiënten met verlamningsverschijnselen hebben ook stoornissen in de sensibiliteit van de aangedane ledematen. Pijn en gevoelloosheid naast tintelen komen nogal eens voor. Vaak herstelt het gevoel als de verlamningsverschijnselen zijn verdwenen, soms niet. In het onderstaande wordt een patiënte besproken bij wie de stoornissen van het gevoel (geen pijn en geen tastzin) in het onderbeen en pijn in het bovenbeen bleven bestaan na het herstel van de verlamming.

De hier toegepaste techniek bestaat eruit dat de patiënte suggesties krijgt om gevoel dat er nog wel is (de pijn die zij in het bovenbeen voelt) geleidelijk te verplaatsen naar het gevoelloze onderbeen. De suggestie die wordt gewekt is dat als er eenmaal pijn wordt gevoeld, het andere gevoel wel zal volgen. Het bijzondere aan pijn is dat wanneer personen de aandacht erop richten de pijn meestal toeneemt. De suggestie dat de pijn gaat toenemen zal in de meeste gevallen ook leiden tot een toename van de pijnbeleving. Hierna worden verwachtingen gewekt dat ook volgende suggesties tot verandering zullen leiden.

Mevrouw Donkers wordt verwezen naar de polikliniek psychiatrie in verband met een slappe verlamming van het linker onderbeen. Het been is paars verkleurd (cyanose) en gezwollen (oedeem). Ze loopt in huis met behulp van krukken en buiten maakt ze gebruik van een rolstoel. Patiënte is jarenlang neurologisch behandeld wegens rugklachten. Twee jaar geleden veranderde de pijn van karakter en straalde uit naar het linker onderbeen waarna de kracht verdween.

Tijdens de intake wordt duidelijk dat mevrouw al jaren onder zware stress functioneert. Ze heeft drie kinderen in de puberteit, had in die tijd een baan voor vier halve dagen als huishoudelijke hulp en een echtgenoot die als vrachtwagenchauffeur ook 's nachts veel weg is. Vóór de verlamming zorgde ze bovendien voor haar moeder, die een uitbehandelde borstkanker had en veel beslag op haar legde. Deze moeder eiste dat patiënte haar grote delen van de dag gezelschap hield, 'omdat je immers je arme moeder niet in haar eentje laat sterven'. Ondanks de dagelijkse bezoeken bleef de moeder tot aan haar dood patiënte op haar tekortschieten wijzen. Enige dagen na de dood van haar moeder begonnen de verlamningsverschijnselen. Ze heeft behalve de rugklachten geen andere ziekten in de voorgeschiedenis. De neuroloog heeft geen lichamelijke verklaring voor de klachten kunnen vinden. Aan patiënte wordt een rationale aangeboden die aannemelijk maakt dat de klachten een gevolg kunnen zijn van de heftige emoties door de ziekte en dood van haar moeder. De

suggestie wordt gegeven dat na het verwerken van die emoties de klachten mogelijk zouden verbeteren (zie eerder).

Nadat tijdens de derde zitting een eerste 'spontane' schok in het linkerbeen optreedt, krijgt patiënte de posthypnotische suggestie dat ook buiten de zitting een dergelijke beweging kan plaatsvinden, wanneer ze zich zou concentreren op dit been. Dit gebeurt inderdaad. Daarna kan ze verder gerevalideerd worden.

Een vervelend probleem doet zich echter voor: het gevoel in het been keert niet terug. Met het volgende verbatim verslag wordt geïllustreerd hoe met behulp van suggesties tijdens de hypnosezitting de eerste gevoelens in het been terugkeren.

Therapeut: Ik vraag u de aandacht te richten op uw linkerbeen. Nu de kracht in de spieren teruggekeerd is, gaan we proberen ook het gevoel terug te doen keren. Op dit moment is pijn het enige gevoel dat u waarneemt in uw linker bovenbeen.

Ik ga u vragen om u te concentreren op de pijnlijke plek in uw linker bovenbeen. Als u dat lukt, beweegt u dan uw rechterhand. (Dit doet zij.) Ik vraag u zich op de pijn te concentreren waarna de pijn mogelijk sterker wordt. Als de pijn heftiger is geworden, kan het zijn dat de pijn zich naar beneden gaat verplaatsen, langzaam, millimeter voor millimeter, centimeter voor centimeter en soms een stukje vooruitschietend naar uw knie en daarna naar uw onderbeen. Op het moment dat het zich verplaatst, wilt u dat dan zeggen? Neem er rustig de tijd voor. Laat het maar sterker worden. Op het moment dat u denkt dat het zo sterk is dat u het niet langer aankan, zal het zich mogelijk gaan verplaatsen, waardoor u even opgelucht kunt zijn. Als het zich verplaatst, geeft u dan een teken met uw rechterhand. Neem er maar de tijd voor. (Mevrouw beweegt haar rechterhand.) Ja, en nu doorzetten. U kunt praten als u dat wilt, u kunt zeggen wat er gebeurt.

P: De pijn gaat naar mijn knie.

Th: Ja, doe uw been maar een beetje naar voren. Ja, zet hem maar een beetje recht, een beetje meer naar links. Ja, zo is het goed. Vertel me maar wat er gebeurt.

P: De pijn gaat tot mijn knie.

Th: Tot aan uw knie?

P: Ja.

Th: Ik wil u vragen u op de pijn te concentreren, op dat lage punt in de knie. U begrijpt wat de bedoeling is. Als de pijn daar heviger wordt, dan kan het gebeuren dat de pijn langzaam, of ineens snel, in het hele onderbeen is te voelen. Ik moet u waarschuwen dat als de pijn opeens in het onderbeen schiet, het een vreemde sensatie voor u is. Laat de pijn maar sterker worden tot aan de knie en wacht rustig af. Als er iets verandert, zegt u het dan. Het vereist

net als de andere keren echt doorzetten. Verplaatst de pijn zich in de knie?

P: Onder in mijn knie.

Th: Het zit op die rand als het ware. Ja?

P: Ja.

Th: Welnu, concentreert u zich op die rand, voorzichtiger sterker laten worden en wachten op wat er gebeurt. Concentreert u zich op de pijn. Wacht tot die zich langzaam naar onder verplaatst. Laat de pijn maar toenemen. U hebt nog geen last van die scheuten naar uw voet?

P: Nee.

Th: Het zakt langzaam?

P: Ja.

Th: Laat het maar gaan. Op welk niveau is de pijn nu?

P: Onderin.

Th: Al het u te erg wordt, moet u het zeggen. Het is in beweging, dus ik zou zelf graag door willen gaan. Als u het ook volhoudt, gaan we door.

P: Ik ga door.

Th: U gaat door. Goed zo. Het is natuurlijk vreemd dat u opeens in het been waarin u niks voelt, pijn voelt. Gelukkig gaat dat langzaam. Schiet het nu verder door uw been naar uw voeten?

P: Ja.

Th: Waar zit het nu?

P: Bij mijn hiel.

Th: Bij uw hiel al? Even vasthouden en ontspan. Ja, zo is het goed. En de aandacht op de pijn in uw hiel. Richt uw aandacht op de pijn in uw hiel. Het is belangrijk, nu het in beweging is, dat ook uw voet erbij betrokken wordt. Uw hele been van uw hiel tot aan uw knie doet pijn?

P: Ja.

Th: En uw voet nog niet?

P: Nee.

Th: Helemaal niet?

P: Nee.

Th: Wel in uw hiel al?

P: Ja.

Th: Probeer nu de pijn in uw hiel te laten toenemen, en dan kan het gebeuren dat de pijn zich opnieuw verplaatst. We gaan weer hetzelfde doen als net met de knie. Concentreer u op de hiel. En concentreer. Neemt de pijn toe in de hiel?

P: Ja.

Th: Ja, net als in de knie net?

P: Ja.

Th: Nu gaan we rustig afwachten tot het weer overloopt, als het

ware, en het zich verder verplaatst naar uw voet. Ga maar door. Neemt de pijn nog toe in de hiel?

P: Ja.

Th: De verwachting is dat het geleidelijk of ineens in uw hele voet schiet. Bereidt u zich erop voor dat dit hetzelfde vervelende gevoel kan geven als net in uw onderbeen. Als het zich weer gaat verplaatsen, wilt u het dan even aangeven. Langzaam, in het begin nauwelijks merkbaar, en u voelt dat de plek met pijn in de hiel groter is geworden, zoals net bij uw knie.

P: Het doet nu ook pijn in mijn voet.

Th: Ja, richt uw aandacht er maar op. Voor het eerst voelt u weer iets in uw voet. Zet maar door tot de gehele voet pijnlijk is. Daarna gaan we er voor vandaag mee stoppen. Maar het betekent een nieuwe fase. Het betekent dat u in de komende dagen zelf weer kunt gaan oefenen. In het begin zult u alleen pijn voelen, maar heel geleidelijk aan kan dat vervangen worden door andere gevoelens.

Oké, ontspant u zich maar. Let op uw armen, zware armen, hele zware armen. Nu zal de pijn geleidelijk wegtrekken. Zo, laat u maar gaan, helemaal ontspannen. Tevreden dat u doorgezet hebt, weer een stap op weg naar herstel, een belangrijke stap, een belangrijke stap.

Het kan zijn dat u de komende dagen naast de pijn soms ook een warm gevoel, of een koud gevoel houdt in het linkerbeen. Ook dat zijn tekenen dat alles weer gaat functioneren. Ik ga u nu vragen u helemaal te ontspannen, u te concentreren op uw armen. Neemt de pijn al af?

P: Ja.

Th: Het zal langzaam minder worden. Maar ook als u pijn voelt, realiseert u zich dan dat u weer voelt in uw been.

U kunt nu langzaam uw ogen openen en weer overgaan tot de orde van de dag. Rustig. (Mevrouw komt uit trance en vertelt nog pijn in haar been te hebben. Mevrouw heeft steeds een amnesie voor de zittingen en weet zich het verloop van de zitting niet te herinneren.)

U kunt het zich niet herinneren? U voelt alleen iets in uw been waar u eerder niets voelde? Ik zal kort samenvatten wat er gebeurd is. U hebt u geconcentreerd op de pijn in uw bovenbeen en de pijn is geleidelijk naar uw onderbeen gegaan. De bedoeling daarvan is niet om u te plagen. De bedoeling is dat als u pijn kunt voelen er ook mogelijkheden ontstaan voor andere gevoelens.

Het kan dus zijn dat u vandaag of morgen ook kou of warmte gaat voelen. Andere gevoelens komen daar — als het allemaal naar wens verloopt — achteraan. Hoe is het nu met de pijn?

P: Het doet nog behoorlijk pijn.

Th: Ja, dat zijn nare momenten. Maar het is echter ook belangrijk

om weer pijn te voelen, want pijn voelen is beter dan niets voelen.

P: Ja.

Th: De pijn zal ook minder worden in de loop van de dag. Maar ik wil u vragen als de pijn bijna weg is om dan twee à drie keer per dag, terwijl u op bed ligt, de pijn zelf weer sterker te maken. Dus concentreren op de pijn boven in uw knie en dan geleidelijk af dalen in uw been. Dan zult u merken dat het bij uw knie moeilijker gaat en het even ophoudt, en dan door naar omlaag en dan bij uw hiel nog even ophoudt, en weer door tot in uw voet. Als u dat hebt, kunt u stoppen, ontspannen, en dan zakt de pijn weer. Zou u dat willen doen, twee of drie keer per dag?

P: Ja.

Th: En dan hoor ik morgen wel hoe het gegaan is.

Mevrouw slaagt erin met haar eigen oefeningen geleidelijk het normale gevoel in haar been terug te krijgen. Ook de pijn verdwijnt ten slotte.

#### ¶ *Conversiestoornis met zintuiglijke problemen*

Conversieve visusstoornissen zijn zeldzaam. Vanuit de eigen ervaring met vele honderden patiënten met een conversiestoornis was er zelden een patiënt met psychogene visusproblemen. Behoudens stoornissen van tast en gevoel, die wel veel voorkomen, geldt dat ook voor stoornissen van de smaak (één patiënt), stoornissen van de reuk (één patiënt) en stoornissen van het gehoor (geen patiënt).

De klachten bij de conversieve blindheid die de literatuur beschrijft kunnen zeer variëren. Zo worden patiënten beschreven met dubbelzijdige blindheid, wazig zien, alleen zwart-wit zien, alleen centraal zien (koker zien) en nachtblindheid. De klachten kunnen over de dag sterk wisselen.

Van belang is dat het bij een eenogige blindheid vrijwel altijd gaat om een ernstige lichamelijke aandoening, zoals multipele sclerose of glaucoom. De diagnose conversieve blindheid mag pas worden gesteld nadat de oogarts of neuroloog geen verklaring voor de klachten heeft gevonden. Van belang is dat een blind oog niet reageert op licht met een vernauwing van de pupil. Bij conversieve blindheid is er wel een pupilreactie. Bovendien zijn bij de conversie op het eeg als reactie op lichtflitsen *visual evoked potentials* te zien, bij organische blindheid is dat niet het geval (Weintraub, 1983). De conversief blinde patiënt blijft meestal iets zien, vaak alleen maar zwart of rood, terwijl iemand die lichamelijk blind is niets ziet. Het is moeilijk voor te stellen wat 'niets' is, maar mensen die wel eens last hebben van migraineaanvallen kunnen vertellen dat er een gat zit in hun gezichtsveld (scotoom) waarin niets te zien is. Dus geen rood, geen zwart, geen mist, maar niets.

Naast dit onderscheid tussen de conversief blinde persoon en de organisch blinde bestaat er nog een interessant verschil. Anders dan de patiënt zonder visus is de conversief blinde persoon namelijk wel in staat visuele informatie te verwerken zonder die te 'zien'. Van dit fenomeen kan worden gebruikgemaakt bij de differentiële diagnostiek en het levert een positief sign op ter vaststelling van de diagnose conversie. In een proefopstelling waarbij de blinde patiënt een meter voor de onderzoeker zit, wordt de patiënt gevraagd het gezicht te wenden in de richting van het stemgeluid van de onderzoeker. Vervolgens steekt de onderzoeker 1 tot 5 vingers op in de buurt van zijn mond en vraagt de patiënt het eerste het beste getal van 1 tot 5 dat in hem opkomt te noemen, en daarmee het aantal opgestoken vingers te raden. In het geval van organische blindheid zal het aantal correcte antwoorden overeenkomen met kans, bij een conversieve patiënt zal blijken dat deze het aantal verrassend vaak goed blijkt aan te geven, veel vaker dan kans dus. Een simulant, die vanzelfsprekend wel het aantal opgestoken vingers waarneemt, zal nogal eens vaker dan kans een onjuist aantal aangeven. Interessant is dat conversief blinde patiënten, wanneer zij langzaam lopen en de ogen richten op de vloer voor zich, vaak in staat zijn het meubilair te ontwijken. Een simulant loopt er juist tegenaan.

Naast de hier beschreven visusstoornissen bestaat er een groep bizarre visusstoornissen die bekend staan als symptomen die optreden bij klassieke migraine. De verschijnselen zijn zo bizar dat het voor de hand ligt aan een psychiatrische stoornis te denken, terwijl het steeds om een neurologisch symptoom gaat. Tot deze verschijnselen behoren voorwerpen veel groter zien dan ze zijn (macropsie) of juist veel kleiner (micropsie), en voorwerpen ver weg zien of juist heel dichtbij. Ook kunnen voorwerpen waargenomen worden alsof ze zich verplaatsen, bijvoorbeeld een deur die de grond in zakt of een auto die opstijgt. Dergelijke verschijnselen zijn bekend als metamorfopsie. Soms komen ze ook voor in combinatie met perceptiestoornissen van het gehoor, de reuk, de smaak, de lichaamsbeleving of de gevoelskwaliteit. Het beeld is bekend als het syndroom van Alice in Wonderland, zo genoemd naar de vreemde belevingen van Alice in het boek van Lewis Carroll (1865). Deze verschijnselen zijn dus meestal symptomen die worden gezien bij migraine. Een enkele keer zijn ze het gevolg van een ernstige hersenaandoening. Er zijn in de literatuur geen aanwijzingen dat dergelijke symptomen zich bij psychiatrische ziekten zouden voordoen, ook niet als symptoom van een conversiestoornis (Hoogduin, Went, & Kan, 2014).

Eerder genoemde benaderingen voor de behandeling van conversiestoornissen blijken ook geschikt voor de behandeling van patiënten met een conversieve blindheid. De combinatie hypnose met een shaping-procedure bleek bij sommige patiënten succesvol.

De procedure is als volgt: na een trance-inductie wordt de patiënt gevraagd zich een bepaald beeld voor te stellen, bijvoorbeeld het beeld van een fel schijnende zon, zwarte horizontale lijnen tegen een witte achtergrond of een geliefd schilderij of voorwerp. Wanneer de patiënt daarin slaagt wordt hij aangespoord op dat beeld te focussen en met oefeningen het zich scherp voor te stellen. Vervolgens kan via posthypnotische suggesties de patiënt ook buiten de trance deze oefeningen uitvoeren met eventueel echte lijnen of het geliefde schilderij of voorwerp. Ook is het mogelijk de patiënt tijdens de trance te vragen de ogen te openen. Soms is het mogelijk dat de patiënt tijdens de trance wel kan zien. Vervolgens kan de patiënt worden gevraagd in trance te blijven, maar wel weer gebruik te maken van de spieren en overige functies. Meestal verdwijnt de visus weer na enkele seconden of minuten. Zo was het voor een rechtenstudente mogelijk op deze manier weer enige minuten te zien. Met oefeningen en een audio-opname slaagde zij erin na enige weken oefenen weer normaal te zien. Een andere patiënte zag de wereld grijs met hier en daar een lichte vlek. De lichtere gedeelten werden gebruikt om de patiënte in trance op te laten focussen en deze nog helderder te krijgen. Toen dit lukte werden er vervolgens weer contouren zichtbaar. Ook deze procedure oefende ze thuis met behulp van een audio-opname (zie ook: Hoogduin, Andeweg, Roggeveen, & Tibben, 2015).

Marjon is een 25-jarige vrouw die een jaar geleden plotseling niet goed meer kon zien. Ze ziet de omgeving wazig en moet na elke oogbeweging opnieuw focussen om scherp te stellen, wat soms helemaal niet lukt. Als gevolg van deze visusproblemen kan ze niet meer autorijden en heeft ze moeite met lezen. Ze is moe en piekert over de toekomst. Ze geeft aan dat haar gezichtsvermogen de afgelopen maanden verder is afgenomen. Patiënte is uitvoerig medisch onderzocht door een oogarts van een algemeen ziekenhuis, een academisch ziekenhuis en een oogziekenhuis. Er werd geen medische verklaring gevonden voor de vermindering van haar visus. Haar visus werd vastgesteld op 20-30%. Ze werd verwezen voor begeleiding naar een instelling voor blinden en slechtzienden. Zij verwezen de patiënte naar ons centrum voor conversiestoornissen.

Marjon geeft aan vroeger veel nare dingen te hebben meegemaakt. Er is sprake geweest van pesten op school, mishandeling door klasgenoten op haar 14de en seksueel misbruik op haar 16de. Ze heeft vroeger last gehad van chronische hoofdpijn en wegrakingen. Na onderzoek was er ook destijds geen lichamelijke verklaring voor de wegrakingen. Ze is hiervoor langere tijd behandeld in de ggz met een positief resultaat.

Tijdens het intakegesprek geeft Marjon aan dat ze zich erg beperkt voelt door haar klachten. Ze vertelt dat dichtbij focussen, bijvoorbeeld bij lezen, wel lukt maar haar erg veel moeite kost. Alles vanaf twee tot drie meter ziet ze vaag zonder scherpe contouren. Ze is functioneel vrijwel blind. Momenteel spelen er geen stressoren. Marjon is uitgebreid neurologisch onderzocht, waarbij geen bijzonderheden werden gevonden. De diagnose conversiestoornis (FNSS) met zintuiglijk symptoom wordt gesteld.

In het eerste behandelgesprek wordt na een nadere kennismaking aan Marjon uitleg gegeven over de diagnose conversiestoornis. Vervolgens wordt uitgelegd hoe de behandeling eruit gaat zien en dat er met hypnose gewerkt zal worden. Haar wordt uitleg gegeven over hypnose met formele trance-inductie en de veronderstelde werking hiervan. Er wordt gestart met het aanleren van zelfhypnose. Tijdens de hypnoseoefening worden suggesties gegeven van ontspanning en zal ze de aandacht richten op een aangenaam rustgevend beeld. Van de oefening, die ongeveer tien minuten duurt, wordt een audio-opname gemaakt, die ze meekrijgt om thuis te oefenen. Het is de bedoeling dat ze de komende week thuis vijf tot tien keer per dag oefent.

In het tweede behandelgesprek geeft Marjon aan dat ze de oefening prettig vindt om te doen en dat het haar goed lukt in trance te gaan. Het lukt haar om ongeveer drie tot zes keer te oefenen per dag. Aan Marjon wordt gevraagd wat voor haar het teken is waardoor ze weet dat ze in trance is. Ze geeft aan dat dit een zwaar gevoel in haar handen is. Dit wordt de cue voor de trance-ervaring. Afgesproken wordt dat ze zich daar tijdens elke hypnose-oefening op zal focussen. In deze tweede zitting wordt gestart met het oefenen van het weer 'automatisch' scherp stellen van haar ogen. Nadat Marjon in hypnose is gebracht, wordt haar gevraagd zich een zwarte lijn voor te stellen. Ze geeft aan dat dit haar lukt, maar dat ze deze wazig ziet. Vervolgens wordt haar gevraagd te focussen op het scherp stellen van de lijn. Dit lukt. Vervolgens wordt gevraagd de lijn weer wazig te maken, wat eveneens lukt. Dit wordt een aantal keren herhaald, totdat dit Marjon vlot afgaat. Van de oefening wordt een audio-opname gemaakt van ongeveer tien minuten, die ze meekrijgt om thuis weer vijf tot tien keer per dag te oefenen.

In de derde zitting drie weken later geeft patiënte aan dat het oefenen goed is gelukt. Het lukt haar steeds makkelijker om snel in trance te komen met behulp van de cue, en ook het wisselen in trance tussen een scherpe en wazige lijn gaat haar gemakkelijk af. In deze zitting zal de patiënt in trance met de ogen open gaan oefenen met scherp zien. Nadat zij zichzelf in trance brengt en zich met de ogen dicht de lijn scherp voorstelt, wordt haar gevraagd de



ogen te openen en — terwijl ze in trance blijft — nu te focussen op een zwarte lijn, die daartoe is getekend op een wit bord. Ze vertelt dat zodra ze haar ogen opendoet, de lijn direct scherp is en dat dit kort aanhoudt, waarna het beeld weer wazig wordt. Opnieuw zal patiënte thuis met deze nieuwe oefening gaan oefenen: in trance haar ogen openen en focussen op scherp zien.

In de vierde zitting wordt uitgelegd, dat om het scherper zien ook buiten de trance te kunnen, er nu geoefend moet worden om snel uit trance te komen. Op die manier kan ze wanneer het goed zien afneemt weer snel het probleem zelf oplossen. Het lukt al snel om na vijf minuten ‘focussen’ haar ogen te openen en scherp te zien. Haar wordt gevraagd dit verder te gaan trainen.

In zitting vijf vertelt patiënte dat het haar door allerlei omstandigheden minder goed is gelukt vaak te oefenen. Het is haar daardoor nog niet goed gelukt om de tijd te verkorten tot ze scherp ziet. In deze zitting is hiermee verder geoefend.

In zitting zes geeft patiënte aan dat ze binnen één minuut al voldoende in trance is om scherp te zien en dat het scherpe zien minutenlang aanhoudt. Wanneer dat weer minder wordt, heeft ze binnen vijftien seconden voldoende focus om een aantal minuten scherp te kunnen zien. Het lukt haar nu ook om bomen in de verte scherp te zien.

De zevende zitting wordt na vijf weken gepland. Patiënte is doorgegaan met oefenen en bij binnenkomst vertelt ze trots dat ze voor het eerst sinds een jaar weer heeft autogereden. Ze ziet na een kort moment van focussen ongeveer drie kwartier scherper. Als ze daarna opnieuw focust, kan ze weer drie kwartier scherp zien. We spreken af dat ze doorgaat met oefenen en spreken een follow-up-zitting af.

Na drie maanden vindt er een follow-up-zitting plaats. Tijdens deze zitting vertelt patiënte dat het nog steeds goed met haar gaat. Ze rijdt weer auto en ziet de hele dag scherp. Ze heeft geen focusmomenten meer nodig. Uit controle bij de oogarts is gebleken dat ze links nu 100% ziet en rechts 80%.

#### ¶ *Behandeling van de conversiestoornis met gemengde symptomen*

Bij de behandeling van patiënten met meerdere conversiesymptomen verschilt de behandeling in principe niet van de behandeling van patiënten met maar één symptoom. Eerder werd een patiënt besproken met gemengde symptomen. Deze patiënte had last van zowel een slappe verlamming als uitval van pijn en gevoelssensaties. Bij deze patiënte werd ervoor gekozen eerst de verlammingssverschijnselen te behandelen en pas daarna de uitval van pijn- en gevoelssensaties. Er bestaan geen onderzoeksgegevens die de keuze voor een bepaalde volgorde ondersteunen. In de praktijk ligt

het voor de hand om als eerste behandeldoel een symptoom te kiezen waarvan uit de literatuur gebleken is dat dit relatief makkelijk te behandelen is, bijvoorbeeld om bij een patiënt met een afonie en convulsies eerst de spraakstoornis als focus van de behandeling te nemen. Ook kan worden gekozen voor een symptoom waar de therapeut door eerdere successen bij de behandelingen van andere patiënten goede ervaringen mee heeft opgedaan.

## DISCUSSIE

De behandeling van conversieve klachten met hypnose blijkt, wanneer ze wordt uitgevoerd door hierin gespecialiseerde therapeuten, vaak succesvol, ook bij patiënten met al jaren aanwezige klachten.

Een minder sterk punt is dat de effectiviteit van de hierbij gegeven benadering slechts door één gecontroleerd onderzoek ondersteund wordt (Moene et al., 2003). Een ander door deze groep uitgevoerd gecontroleerd onderzoek (bij opgenomen patiënten die behandeld werden met een pakket bestaande uit fysiotherapie, groepspsychotherapie, individuele psychotherapie en farmacotherapie) kon geen positief effect aantonen bij de groep patiënten die hypnose extra in het behandelpakket hadden.

Het interessante bij de behandeling van conversiestoornissen is dat van vrijwel iedere benadering soms spectaculaire resultaten worden gemeld. Zeker is dat spontaan herstel en suggesties bijdragen aan de spectaculaire successen (Hoogduin, 2015, pp. 133 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 hadden. Berucht is de remedie die in het begin van de vorige eeuw werd ingesteld om patiënten met een *torticollis spasmodica* (verkrampde scheidhals, een neurologische stoornis die behoort tot de dystonieën) van hun klachten te verlossen. Door middel van het trekken van alle tanden en kiezen en het verwijderen van de keelamandelen werd verondersteld dat een eventuele infectiebron werd verwijderd, waarvan ten onrechte werd aangenomen dat die de scheidhals veroorzaakte. De patiënten verbeterden desondanks na die ingreep in enige mate (Hoogduin, 2007, p. 109 e.v.). Ook met hypnose bleken dystoniepatiënten significant te verbeteren in een open studie, bij een gecontroleerd onderzoek echter helaas niet (Reinders, 1996).

Bij de beoordeling van de resultaten van behandelingen bij kort bestaande klachten moet zeker 'spontaan herstel' als meest plausible reden van genezing gezien worden. De conversiestoornis gaat, zeker in de acute fase, meestal vanzelf weer over. In een overzichts-

artikel wordt gerapporteerd dat niet minder dan 79% van de acuut opgenomen patiënten met een conversiestoornis zonder specifieke behandeling hersteld of bijna hersteld het ziekenhuis verlaat (Ron, 2001). Dit geldt natuurlijk ook voor patiënten die met hypnose zijn behandeld. 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 er weer enkele 'nieuwe' behandelstrategieën beschreven. Voon en Lang (2005) beschreven hun ervaringen met de behandeling van conversiepatiënten met antidepressiva. Vrijwel alle patiënten herstelden. Helaas is er tien jaar later nog steeds geen goede replicatie of gecontroleerde studie gepubliceerd. Ook worden gunstige resultaten gemeld van een drietal nieuwe benaderingen: transcutane elektrische neurostimulatie, transcraniële 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 dystonieën 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 conversiepatiënten met een motorische stoornis. Aan het einde van de behandeling en bij follow-up bleken de klachten significant te zijn afgenomen.

Repetitieve Transcraniële Magnetische Stimulatie (rTMS) 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 therapieresistente depressieve patiënten deze techniek in enige mate effectief is. Ook bij de behandeling van hallucinaties bij schizofrene patiënten is effectiviteit aangetoond (Gezondheidsraad, 2008). De toepassing van herhaaldelijke transcraniële magnetische stimulatie van de motorische cortex bij conversiepatiënten heeft wel heel spectaculaire resultaten (Chastan & Parain, 2010). Weliswaar vond het onderzoek retrospectief plaats en bij patiënten met een acute conversieverlamming, maar niettemin zijn de resultaten hoopvol. Chastan en Parain behandelde conversiepatiënten met rTMS, waarbij de patiënten één of twee keer een sessie ondergingen. Ook hierbij herstelden de meeste patiënten. Opmerkelijk is dat de acht patiënten die binnen een halfjaar na de aanmelding een recidief kregen, opnieuw behandeld met rTMS weer geheel herstelden.

De verklaring voor de werkzaamheid van de rTMS is aannemelijk. Onder invloed van rTMS worden de zenuwcellen geprikkeld die dicht onder de oppervlakte van de schedel liggen, maximaal enkele centimeters diep. TMS doet bij normale proefpersonen onwillekeurige spierbewegingen ontstaan, bijvoorbeeld bewegingen van een vinger. Met TMS is het dus mogelijk bepaalde spiergroepen onwillekeurig te laten bewegen, ook bij patiënten met conversieve verlammingen. Chastan en Parain (2010) 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 terug te krijgen.

Van *running therapy* is de effectiviteit voor sommige psychische aandoeningen aangetoond, bijvoorbeeld bij angststoornissen en depressieve stoornissen (Dallocchino, Arbasino, Klersy, & Marchioni, 2010). Bij het onderzoek naar de effecten van fysieke training bij conversiepatiënten moesten de deelnemende patiënten driemaal per week maximaal veertig minuten wandelen gedurende twaalf weken. Dit waren patiënten met milde bewegingsstoornissen als tremoren, dystone klachten en spraakstoornissen; twee patiënten van de zestien hadden een milde loopstoornis. Tien van de zestien patiënten verbeterden relevant (70% klachtenreductie).

Concluderend kan gesteld worden dat vrijwel iedere benadering bij ongecontroleerd onderzoek succesvol lijkt te zijn. De vraag of het hier werkelijk gaat om een specifiek effect zal door goed gecontroleerd onderzoek beantwoord moeten worden. Tot die tijd concluderen we dat de mogelijkheid resultaten te boeken met de behandeling van patiënten met een conversiestoornis gunstig zijn. Omdat de stoornis relatief weinig voorkomt, verdient het aanbeveling de behandelingen in gespecialiseerde centra te doen plaatsvinden.

Dit artikel is mede gebaseerd op Hoogduin (2007), de Kleine et al. (2011) en op Hoogduin & Tibben (2013).

PROF. DR. C. A. L. HOOGDUIN is verbonden aan het HSK Expertisecentrum Conversiestoornis te Utrecht.

R. A. DE KLEINE MSC is werkzaam als wetenschappelijk medewerker/psycholoog bij Overwaal te Nijmegen.

PROF. DR. A. VAN MINNEN is werkzaam als klinisch psycholoog bij Overwaal. Zij is als hoogleraar verbonden aan de vakgroep Klinische Psychologie van de Radboud Universiteit Nijmegen.

DRS. M. TIBBEN is gz-psycholoog en hoofd van het HSK Expertisecentrum Conversiestoornissen te Utrecht.

- C. STORMINK MSC is gz-psycholoog en verbonden aan het HSK Expertisecentrum Conversiestoornissen te Utrecht.
- E. ANDEWEG MSC is gz-psycholoog en verbonden aan het HSK Expertisecentrum Conversiestoornissen te Utrecht.
- P. ROGGEVEEN MSC is gz-psycholoog en verbonden aan het HSK Expertisecentrum Conversiestoornissen te Utrecht.

#### Referenties

- Abrams, M. P., Carleton, R. N., Taylor, S., & Asmundson, G. J. G. (2009). Human tonic immobility. Measurement and correlates. *Depression and Anxiety*, 26, 550-556.
- American Psychiatric Association (APA) (2000). *Diagnostic and statistic manual of mental disorders (DSM-IV-TR)*. Washington D.C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen. DSM-5*. Amsterdam: Boom.
- Charcot, J. M. (1892). *Poliklinische Vorträge*. Leipzig: Deuticke.
- Chastan, N., & Parain, D. (2010). Psychogenic paralysis and recovery after motor cortex transcranial magnetic stimulation. *Movement Disorders*, 25, 1501-1504.
- Dalocchio, C., Arbasino, A., Klersy, C., & Marchioni, E. (2010). The effects of physical activity on psychogenic movement disorders. *Movement Disorder*, 25, 421-425. doi:10.1002/mds.22952
- 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, deel 2* (pp. 119-150). Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Drost, H. A. (1996). *Stem en spraakstoornissen*. Woubrugge: Stichting Klinische Foniatrie.
- 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.
- Frankel, F. H. (1978). Hypnosis and altered states of consciousness in treatment of patients with medical disorders. In T. B. Karasu & R. I. Steinmüller (Eds.), *Psychotherapeutics in medicine* (pp. 181-202). New York: Grune & Stratton.
- 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.
- Hagenaars, M., Roelofs, K., & Hoogduin, C. A. L. (2006). Motor and sensory dissociative phenomena associated with induced catalepsy. *International Journal of Clinical & Experimental Hypnosis*, 54, 234-244.
- Halligan, P. W., Athwal, B. S., Oakley, D. A., & Frackowiak, R. S. J. (2000). Imaging hypnotic paralysis: Implications for conversion hysteria. *The Lancet*, 355, 986-987.
- Hoogduin, C. A. L. (2001). De somatisatiestoornis. In Ph. Spinhoven, T. K. Bouman & C. A. L. Hoogduin (red.), *Behandelingsstrategieën bij somatoforme stoornissen* (pp. 114-19). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Hoogduin, C. A. L. (2007). *Psychologische interventies bij conversiestoornissen*. Amsterdam: Boom.
- Hoogduin, K. (2015). *Heb erbarmen Heer, heb erbarmen. Droeve avonturen in de geestelijke gezondheidszorg*. Arnhem: CCD Uitgevers.
- Hoogduin, K., Andeweg, E., Roggeveen, P., & Tibben, M. (2015). Over de behandeling van conversieve blindheid. *Directieve Therapie*, 35, 105-114.

- Hoogduin, C. A. L., & van Dyck, R. (1992). Open trial with patients with conversion paralysis: Results and follow-up. In W. Bongartz (Ed.), *Hypnosis: 175 years after Mesmer; recent developments in theory and application* (pp. 411-419). Konstanz: Universitätsverlag.
- Hoogduin, C. A. L., van Minnen, A., & Verbraak, M. J. P. M. (2006). Over de diagnostiek en behandeling van de conversieve expressieve afonie. *Directieve Therapie*, 26, 325-332.
- Hoogduin, C. A. L., Verbraak, M. J. P. M., Keijsers, G. P. J., & de Kleine, R. (2011). Protocollaire behandeling van patiënten met conversieve fluisterspraak. In G. P. J. Keijsers, A. van Minnen & C. A. L. Hoogduin (red.), *Protocollaire behandelingen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg*, II (pp. 157-167). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Hoogduin, C. A. L., Verbraak, M. J. P. M., van Minnen, A. (2007). *De behandeling van een mutistische tuinman*. *Directieve Therapie*, 27, 55-59.
- Hoogduin, K., Went, S., & Kan, C. (2014). Het alice-in-wonderland-syndroom. *Directieve Therapie*, 34, 237-249.
- Kihlström, J. F. (1992a). Dissociative and conversion disorders. In D. J. Stein & J. E. Young (Eds.), *Cognitive science and clinical disorders* (pp. 247-270). San Diego: Academic Press.
- Kihlström, J. F. (1992b). Implicit perception. In R. F. Bornstein & T. S. Pittman (Eds.), *Perception without awareness: Cognitive, clinical and social perspectives* (pp. 17-54). New York: The Guilford Press.
- Kop, P. F. M., van der Heyden, H. P., Hoogduin, C. A. L. & Schaap, C. P. D. R. (1995). Operant procedures applied to a conversion disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 2, 59-66.
- 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-B8.
- 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, 74-90.
- Moene, F. C. (2001). *Hypnosis and conversion disorder*. Academisch proefschrift K.U. Nijmegen. Zeist: Cure & Care Publishers.
- Moene, F. C., Hoogduin, C. A. L., & van Dyck, R. (1998). The inpatient treatment of patients suffering from (motor) conversion symptoms: A description of eight cases. *International Journal of Clinical & Experimental Hypnosis*, 2, 171-190.
- Moene, F. C., & Roelofs, K. (2008). Hypnosis in the treatment of conversion and somatization disorders. In M. R. Nash & A. Barnier (Eds.), *The Oxford handbook of hypnosis: Theory, research and practice* (pp. 625-645). Oxford: Oxford University Press.
- Moene, F. C., Spinhoven, Ph., Hoogduin, C. A. L., & van Dyck, R. (2002). A randomized controlled clinical trial of hypnosis in patients with conversion disorder motor-type. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 71, 66-76.
- Moene, F. C., Spinhoven, Ph., Hoogduin, C. A. L., & van Dyck, R. (2003). A randomized controlled clinical trial of a hypnosis-based treatment for patients with conversion disorder motor type. *The International Journal of Clinical & Experimental Hypnosis*, 51, 29-50.
- Mulder, D., & Hoogduin, C. A. L. (1986). Behandeling van een psychogene afonie bij een patiënt met een somatisatiestoornis. *Directieve Therapie*, 3, 255-260.
- Nuenen, B. F. L., Wohlgemuth, M., Wong Chung, R. E., Abdo, W. F., & Bloem, B. R. (2007). Acupuncture for psychogenic movement disorders: Treatment or diagnostic tool? *Movement Disorders*, 22, 1353-1355.
- Oakley, D. A. (1999). Hypnosis and conversion hysteria: A unifying model. *Cognitive Neuropsychiatry*, 4, 243-265.
- Reinders, M. J. (1996). *Psychologische interventies bij focale dystonieën*. Academisch Proefschrift. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen.

- Roelofs, K., Hoogduin, C. A. L., & Keijsers, G. P. J. (2002a). Motor Imagery during hypnotic arm paralysis in high and low hypnotizable subjects. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 50, 51-66.
- Roelofs, K., Keijsers, G. P. J., Hoogduin, C. A. L., Naring, G. W. B., & Moene, F. C. (2002b). Childhood abuse in patients with conversion disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1908-1913.
- 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.
- Ron, M. A. (2001). The prognosis of hysteria/somatisation disorder. In P. W. Halligan, C. Bass & J. C. Marshall (Eds.), *Contemporary approaches to the study of hysteria* (pp. 271-283). Oxford: University Press.
- Ruddy, R., & House, A. O. (2005). Psychosocial intervention for conversion disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2005. Issue: 4 art. No CD005331. doi:10.1002/14651858.CD05331.pub 2.
- Sacerdote, P. (1970). Theory and practice of pain control in malignancy and other protracted or recurring painful illnesses. *International Journal of Clinical & Experimental Hypnosis*, 18, 160-180.
- Schwartz, B. E., Bickford, R. G., & Rasmussen, W. C. (1955). Hypnotic phenomena, including hypnotically activated seizures: Studies with the electroencephalogram. *Journal of Nervous & Mental Diseases*, 122, 564-574.
- Spinhoven, Ph. (1991). Het geven van hypnotische suggesties. In R. van Dyck, Ph. Spinhoven, & J. W. van der Does (red.), *Hypnose en hypnotherapie* (pp. 152-176). Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum.
- Spinhoven, Ph., van Dyck, R., & Hoogduin, C. A. L. (1991). Differences in hypnotisability of Dutch psychiatric outpatients according to two different scales. *Australian Journal of Clinical & Experimental Hypnosis*, 19, 110-116.
- Tolosa, E., Wenning, G., & Poewe, W. (2006). The diagnosis of Parkinson's disease. *Lancet Neurology*, 5, 75-86.
- Udolf, R. (1987). *Handbook of hypnosis for professionals* (2nd ed.) (p.103). New York: Van Nostrand Reinhold.
- Voon, V., & Lang, A. E. (2005). Antidepressant treatment outcomes of psychogenic movement disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 1529-1534.
- Weintraub, M. I. (1983). *Hysterical conversion reactions. A clinical guide to diagnosis and treatment*. New York: Spectrum Publications Medical.
- WHO (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders*. Geneva: World Health Organization.