

O, do not ask, 'what is it?'

Citation for published version (APA):

van den Hout, M., Jansen, A. T. M., & Merckelbach, H. L. G. J. (2010). O, do not ask, 'what is it?'. In A. T. M. Jansen, M. A. V. D. Hout, & H. L. J. G. Merckelbach (Eds.), *Gek, Experimentele psychopathologie: over angst, verslaving, depressie en andere ellende* (pp. 249-259). Bohn Stafleu van Loghum. https://doi.org/10.1007/978-90-313-7640-7_15

Document status and date:

Published: 01/01/2010

DOI:

[10.1007/978-90-313-7640-7_15](https://doi.org/10.1007/978-90-313-7640-7_15)

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Document license:

Taverne

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

Marcel van den Hout, Anita Jansen en Harald Merckelbach

In de inleiding van dit boek werd betoogd dat ‘begrip’ van zoiets als psychopathologie betekent dat we oorzaak-gevolgrelaties kennen. En dat de experimentele methode daar de koninklijke weg toe is. Dat klinkt aardig, maar wat moet een rechttoe-rechtaanclinicus daar nu mee? Wat heb je eraan, in de praktijk van alledag? Dat is een legitieme vraag. Psychopathologie is niet alleen een theoretische puzzel, maar ook een praktisch probleem. Voor patiënten, hun omgeving, behandelaars en de maatschappij. Als wetenschappelijk onderzoek zich richt op een praktisch probleem, dan mag verwacht worden dat het onderzoek helpt het probleem (deels) op te lossen. Hier dan, tot slot, een antwoord op de vraag wat we er in de praktijk aan hebben, aan die experimentele psychopathologie. Het wordt een antwoord in drie delen: experimenteel therapie-effectonderzoek, experimentele psychopathologie als heuristiek, en het gedragsexperiment.

Experimenteel therapie-effectonderzoek

Waarom is experimenteel therapie-effectonderzoek nodig? Dat is eenvoudig uit te leggen. Behandelaars willen behandelen, en ze willen dat de patiënt daarvan opknapt. Dat kan alleen met een ‘effectieve’ behandeling. Om te weten of een behandeling effectiever is dan niets doen, een placebo (nepmedicijn), of een andere behandeling, is een experiment nodig. Als regel heeft zulk onderzoek het karakter van een *randomized clinical trial* (RCT). ‘Randomized’ betekent hier dat patiënten ‘at random’ (toevallig, door het lot bepaald) worden toegewezen aan ofwel de groep die de te onderzoeken behandeling krijgt (experimentele groep), ofwel de groep die een andere of geen behandeling

1 Deze regels uit T.S. Eliot’s *The love song of J. Alfred Prufrock* troffen wij aan in Clark (2004).

(controlegroep) krijgt. Veel RCT's toetsen de effecten van farmaceutische interventies. De effecten daarvan worden dan vergeleken met de ontwikkeling in een groep patiënten die een placebo slikken. Die toewijzing is niet alleen *random*, maar ook 'dubbelblind': patiënt noch behandelaar krijgt te horen wie in welke groep zit. De rechtvaardiging voor die werkwijze ligt voor de hand: verschillen in effect tussen de groepen kunnen nu alleen worden toegeschreven aan de aard van het toegediende farmacon. Als de dokter of patiënt weet dat er een echte pil, of juist niet, wordt toegediend, dan kan dat de waarneming en rapportage van symptomen beïnvloeden.

Ook experimenteel onderzoek naar de effecten van psychologische interventies zijn vaak RCT's: het toeval bepaalt wie behandeling A krijgt en wie behandeling B. Sterke voorbeelden zagen we in het hoofdstuk over depressie. Een verschil met een farmacotherapeutische RCT is dat bij psychologische behandeling 'blinding' niet mogelijk is: patiënt en behandelaar weten immers donders goed welke behandeling ze krijgen en geven. Toch is het verschil met de pillenstudies ook weer niet zo groot. Bij geneesmiddelenonderzoek is de opzet van de studie weliswaar officieel dubbelblind (patiënt en behandelaar krijgen niet officieel te horen of een actieve stof of een placebo wordt toegediend) maar vaak wordt er wel degelijk gemerkt of er een echt of nepmedicijn is toegediend. Voordat patiënten deelnemen aan een geneesmiddelen RCT schrijft de ethische code voor dat ze ermee akkoord gaan dat ze door het lot worden toegewezen aan de actieve behandeling of het nepmedicijn. Ook wordt verteld dat het medicijn bijwerkingen kan hebben en welke dat zijn. Op grond van het optreden of uitblijven van de (bij)werkingen kunnen behandelaar en patiënt er dus eenvoudig achter komen in welke conditie de patiënt zit. In zo'n geval is de blinding 'gepenetreerd' zoals dat in wonderlijk epidemiologisch jargon genoemd wordt. Dit is niet louter een theoretische mogelijkheid. In een dubbelblind vergelijkend onderzoek naar de effecten van antidepressiva (tricyclische antidepressiva en MAO-remmers) versus placebo werd gegokt wie welke behandeling kreeg: 79% van de patiënten en 87% van de artsen gokten precies goed (Piasecki, Antonuccio, Steingel, Kohlenberg, & Kapadar, 2002; Rabkin et al., 1986). In een studie waarin een lage of hoge dosis imipramine werd gegeven, gokte 79% van de patiënten in de hoge doseringsgroep goed terwijl de groep met lage dosering op kansniveau (50%) presteerde (Galloway, Newmeyer, Knapp, & Stalcup, 1996). Tricyclische antidepressiva zijn op grote schaal vervangen door de selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's) die minder bijwerkingen hebben, maar ook dan hebben artsen feilloos in de gaten wie de placebo krijgt en wie niet, namelijk in 92% van de gevallen (Piasecki et al., 2002).

Placebothherapie

RCT's die de effecten van psychologische interventies onderzoeken zijn qua methodologie goed vergelijkbaar met RCT's die chirurgische interventies bestuderen. Want ook bij die laatste studies weet de behandelaar – nadat de random toewijzing eenmaal heeft plaatsgevonden – precies welke patiënt de echte chirurgische ingreep krijgt en welke patiënt een *sham* – namaak – ingreep. In het geval van psychologische behandeling is de *sham* of placebo-interventie er een waarvan het theoretisch uitgesloten moet worden geacht dat patiënten er iets aan hebben. Een voorbeeld is het vrij en non-directief laten associëren van agorafobic (Van den Hout, Arntz, & Hoekstra, 1994). Zo'n 'humhum'-interventie is het equivalent van een placebopil. Dat een behandeling het beter doet dan een op voorhand onwerkzame interventie is voor de clinicus niet direct interessant. Informatiever is of een nieuwe behandeling beter is dan een bestaande behandeling waarvan bekend is dat zij de placebo eruit concurrenceert. Zo'n studie was bijvoorbeeld de vergelijking van cognitieve therapie met *applied relaxation* bij de behandeling van de paniekstoornis. Van *applied relaxation* wisten we al dat het effectief was bij het reduceren van paniekaanvallen, maar de cognitieve therapie bleek effectiever (Arntz & Van den Hout, 1996).

Het spannendst zijn klinische 'paardenraces' waarin een nieuwe en veelbelovende behandeling wordt vergeleken met de meest effectieve reeds bestaande behandeling. *Eye movement and desensitisation reprocessing* (EMDR) werd een tijdje terug gelanceerd als een nieuwe behandeling voor de posttraumatische stressstoornis (PTSS). Dat die nieuwe therapie effectiever was dan geen behandeling of placebo geloofden velen wel. De interessante vraag was hoe EMDR het deed als het werd vergeleken met de meest effectieve behandeling die al voorhanden was. Zoals we in het hoofdstuk over de posttraumatische stressstoornis zagen, deed EMDR het verrassend en onverklaarbaar goed.

Er zijn inmiddels vele honderden goede RCT's uitgevoerd naar de behandeling van gedragsstoornissen (Nathan & Gorman, 2007) en sommige behandelingen blijken effectiever dan andere. Die kennis vormt de ruggengraat van wat 'evidence based psychotherapie' kan worden genoemd. De via meta-analyses geaggregeerde resultaten van zulke RCT's zijn te vinden in – onder meer – de *Cochrane Library*, genoemd naar de Schotse medicus Archie Cochrane (1909-1988). De beroeps-groepen van psychologen en psychiaters en andere GGZ-organisaties hebben dit ter harte genomen. Het kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO heeft in samenwerking met het Trimbos-instituut 'richtlijnen' voor de behandeling van diverse stoornissen ontwikkeld.

Deze richtlijnen schrijven voor wat, gegeven de diagnose van de patiënt, de voorkeursbehandeling is. De Nederlandse richtlijnen verschillen niet noemenswaardig van die in de VS of het Verenigd Koninkrijk. Het is vrijwel steeds de cognitieve gedragstherapie die komt bovendien als meest effectieve psychologische behandeling en die dus eerste keuze of voorkeursbehandeling is. De slagkracht van de gedragstherapeutische interventies blijkt niet alleen uit RCT's, het blijkt ook uit hun kosteneffectiviteit: ze leveren relatief veel waar op voor elke euro die erin wordt geïnvesteerd. Die staat van dienst wordt nog eens mooi gedocumenteerd in een omvangrijke analyse van Baker en collega's (2008). Dat de *businesscase* van de gedragstherapeuten er zo gunstig voor staat, zou deels kunnen komen omdat zij traditioneel veel onderzoek doen. Systeemtherapeuten of Rogerianen deden en doen dat veel minder, en zouden kunnen tegenwerpen dat 'niet bewezen effectief' nog niet betekent 'bewezen niet-effectief'. Dat klopt natuurlijk. Maar uit oogpunt van de geestelijke volksgezondheid en gezond boerenverstand lijkt het ons gepast om, zoals de opstellers van de richtlijnen hier en elders hebben gedaan, de voorkeur te geven aan behandelingen waarvan de effectiviteit wel bewezen is boven behandelingen waarbij dit niet het geval is.

Er wordt wel gezegd dat psychologische behandelingen, vergeleken met medische interventies, minder indrukwekkende effecten sorteren, als ze überhaupt al zoden aan de dijk zetten. De Harvard-psycholoog Robert Rosenthal (1995) liet ooit aan de hand van het aspirinevoorbeeld zien dat dit reuze meevalt. In 1988 besloten Amerikaanse artsen om een grootschalige RCT naar de effecten van de regelmatige inname van aspirine op hartaanvallen per direct stil te leggen. Gaandeweg de studie was immers komen vast te staan dat aspirine echt helpt in de preventie van hartaanvallen. Daarom, zo vonden de artsen, was onmiddellijke en grootschalige toepassing van deze kennis aangewezen. Hoe spectaculair was het effect dan? Rosenthal rekende voor dat de effectgrootte $r^2 = 0,0011$ was. Dat is dus niet verpletterend. De gunstige werking van aspirine behoort inmiddels wel tot het gevalideerde kennisbestand van artsen; zij dichten het middel krasse effecten toe. Ondertussen bestaan er psychologische interventies die makkelijk een effectgrootte van $r^2 = 0,15$ halen. Rosenthal (1995, p. 147): *'The typical magnitudes of the effects we investigate are often of great practical importance, rivaling and exceeding the magnitudes of effect often found in biomedical breakthroughs.'*

RCT's naar psychologische behandelingen leveren soms – in zo'n 10 procent van de gevallen – negatieve effectgroottes op: patiënten worden dan significant beroerder van de behandeling. Dit soort misluk-

kingen is ook interessant. Een grondige analyse ervan levert het begin van kennis op over wat Scott Lilienfeld (2007a) 'potentially harmful therapies (PHT's)' noemt. Een voorbeeld is het op militaire leest geschoeide kamp – *boot camp* – voor jongeren met gedragsproblemen. Zo'n aanpak werkt averechts, waarschijnlijk omdat de jongeren in dit soort kampen te veel blootstaan aan criminele rolmodellen.

Experimentele psychopathologie als heuristiek

In de RCT's die vanaf de zeventiger jaren in sommige klinische praktijken zijn verricht, kregen behandelaars nauwkeurig te horen wat ze wel en niet moesten doen. De behandeling gebeurde volgens protocollen. Dit contrasteert nogal met veel gangbare klinische praktijken, waarin behandelaars voor iedere patiënt een uniek behandelplan opstellen. Van de 891 gediplomeerde Amerikaanse psychotherapeuten van allerlei pluimage en met gemiddeld 17 jaar ervaring in het vak had eind vorige eeuw 23% nog nooit van een protocol gehoord. Slechts 17% dacht te weten wat een protocol is, en een schamele 7% gaf aan wel eens een protocol te gebruiken (Addis & Krasnow, 2000).

Knellend keurslijf

Bezwaren tegen protocollen liggen voor de hand. Wordt met protocollen niet voorbijgegaan aan de individuele kenmerken van deze patiënt? Met een protocol kan de therapeut geen maatwerk leveren. En het protocol gaat ook voorbij aan de individuele vaardigheden en creativiteit van de therapeut. De protocollaire behandeling is confectie, een keurslijf. Of een kookboektherapie. De behandelaar wordt een soort technicus die protocollen draait. Dit type bezwaren is toch minder overtuigend dan het op het eerste gezicht lijkt. Allereerst worden protocollen altijd toegesneden op de individuele patiënt. Om een simpel voorbeeld te geven. *Exposure in vivo* is een goede behandelstrategie bij agorafobie. Sommige agorafobici durven niet naar de bioscoop, en anderen durven niet in het park te wandelen. Om die exposure goed uit te kunnen voeren moet in detail bekend zijn wat de patiënt precies vermijdt. Het is zonde van de tijd om patiënten die toch wel alleen naar het park durven aan te moedigen dit vooral te doen. Cognitieve therapie bij bijvoorbeeld eetstoornissen richt zich op de typische disfunctionele gedachten van de patiënt; die disfunctionele gedachten zijn niet voor alle patiënten hetzelfde. Er zal dus eerst uitgezocht moeten worden welke gedachten deze patiënt hinderen, om vervolgens cognitieve therapie

op maat te kunnen geven. Om kort te gaan: binnen een protocol wordt maatwerk geleverd.

In de tweede plaats zijn er aanwijzingen dat protocollen effectief zijn. Ook doen behandelaars die bij elke patiënt het wiel opnieuw willen uitvinden het minder goed dan behandelaars die zich laten leiden door gevalideerde en effectief gebleken protocollen. Er bestaat een bekende grote studie naar de behandeling van angstpatiënten door ervaren therapeuten. Een eerste groep patiënten kreeg individuele cognitieve gedragstherapie volgens protocol. Een tweede groep patiënten kreeg een individuele maatwerkbehandeling: de ervaren therapeut behandelde de patiënt op een manier waarvan hij of zij dacht dat die het beste was wat de patiënt geboden kon worden. Een derde groep kreeg ook een maatwerktherapie. Dat maatwerk was echter niet op eigen leest geschoeid maar op die van de buurman. Met andere woorden: die derde groep kreeg een maatwerkbehandeling die eigenlijk voor iemand anders bedoeld was (de zogenaamde 'yoked controls'). Het maatwerk duurde natuurlijk zolang als nodig was, terwijl het protocol voorzag in 16 behandelingsessies. Wat bleek? Na 24 sessies van een maatwerktherapie op eigen lijf geschreven was 39% genezen. Na 24 sessies van een maatwerktherapie op andermans lijf geschreven was 44% genezen. En na 16 sessies protocollaire cognitieve gedragstherapie was 67% genezen (Schulte, Kunzel, Pepping, & Schulte-Bahrenberg, 1992).

De resultaten uit dit onderzoek hoeven ons eigenlijk niet te verbazen. Het succesvolle protocol vormt de weerslag van heel veel klinische ervaring en reeksen behandelstudies. Hoewel het natuurlijk niet uitgesloten is, zal een behandelaar van hele goeden huize moeten komen, wil hij of zij het beter doen dan het protocol. De aanduiding 'kookboektherapie' is trouwens zo gek nog niet. Wie goed weet hoe een gerecht bereid moet worden, kan de receptuur uitschrijven waarna andere koks ook aan de slag kunnen. En als je het gerecht vaak bereid hebt, gaat het ook prima zonder kookboek, net zoals ervaren therapeuten die protocollen er ook niet bij elke patiënt op naslaan. Bovendien lijkt het koken van een recept uit een kookboek wel makkelijk en weinig creatief, maar is dat ook zo? Het was Aaron Beck die schreef: *'You can't do cognitive therapy from a manual any more than you can do surgery from a manual.'* Alleen een goede kok kan overweg met een mooi recept, en wie de ingrediënten niet heeft of niet kan koken heeft helemaal niets aan een kookboek.

Theorette

Hoewel er inmiddels veel effectieve behandelingen beschikbaar zijn, verlopen behandelingen vaak minder fortuinlijk dan gewenst. De patiënt houdt zich niet aan verstandige afspraken die met de behandelaar zijn gemaakt, of hij doet dat wel maar knapt niet op. Of de patiënt valt terug. Of hij komt om de haverklap met nieuwe klachten. Het gebeurt, anders gezegd, met grote regelmaat dat het protocol niet voorziet in wat er al doende gebeurt. De behandelaar moet in zo'n geval improviseren. Er moet een analyse gemaakt worden van de aard van de obstakels. Voor zo'n analyse is een of andere theorie nodig of, voor wie dit een te grote aanduiding vindt, een theorette. Het gaat in elk geval om een hypothese die fungeert als zoekschema (heuristiek), en helpt verklaren waarom de klachten blijven voortbestaan. En hier kan kennis van de experimentele psychopathologie uitstekende diensten bewijzen. Laten we dat illustreren met enkele voorbeelden.

Een paniekpatiënt blijft erg ongerust en denkt dat de paniekaanvallen iets anders zijn dan het gevolg van een catastrofale misinterpretatie van onschuldige lichamelijke sensaties. De reden is dat hij geregeld 's nachts wakker wordt, in paniek en met bonzend hart. Daarin voorziet het protocol niet. Hoe verder? De behandelaar die weet dat angstpatiënten selectief aandacht schenken aan bronnen van vermeende dreiging zal snel op de gedachte komen dat de patiënt de aandacht selectief richt op lichamelijke sensaties. Het verschijnsel dat men eerder wakker wordt bij het horen van de eigen naam dan de naam van de buurman biedt wellicht een redelijke, geruststellende en acceptabele verklaring. Therapeut en patiënt hebben er baat bij om uit te vinden hoe subtiele vormen van 'veiligheidsgedrag' de angst in stand houden. De dwangneurotische patiënt die in het kader van een exposuretherapie na het aanraken van de schoenen zijn handen snel aan zijn broek afveegt, kan blijven geloven dat hij vanwege dit subtiele veiligheidsgedrag op het nippertje ontkomt aan het verspreiden van besmetting. Door dit te doen en te denken, kan de patiënt niet ervaren dat zijn angst irreëel is; immers, doordat hij snel nog even veegt, redt hij zichzelf en anderen. Het is allereerst de vraag of de therapeut wel in de gaten heeft dat er nog even geveegd wordt. En ook als hij het in de gaten heeft, kan hij denken dat er toch grote winst geboekt is. Maar iets schijnbaar kleins als het veegje aan de broek kan helpen verklaren waarom angstpatiënten soms weinig baat hebben bij de behandeling.

De improviserende kok

Traditionele theorieën zoals de psychodynamica of de systeemtheorie fungeren ook als heuristiek. Ons lijkt echter dat, overige omstandigheden gelijk houdend, een heuristiek geschikter is naarmate zij beter is gevalideerd. Het corpus van kennis van de experimentele psychopathologie biedt gevalideerde heuristieken. Goede kookboeken leggen niet alleen uit hoe het gerecht te bereiden, maar ook waarom dit op deze manier goed werkt. Dat is handig voor het geval het niet helemaal goed gaat in de keuken. De kok kan dan improviseren. Niet lukraak, maar weloverwogen, dat wil zeggen: met solide heuristieken in het achterhoofd. Valt een patiënt met anorexia nervosa terug na gewichtsherstel, dan zou het zo kunnen zijn dat zij nog erg negatief naar haar eigen lichaam kijkt, en daarom als de wiedeweerga weer is gaan hongeren.

De herkomst van menige bruikbare heuristiek is het laboratoriumexperiment en dit boek bevat er talloze. In het hoofdstuk over de post-traumatische stressstoornis werd gedemonstreerd dat het maken van oogbewegingen het werkgeheugen belast, en dat ten gevolge daarvan herinneringen die worden opgehaald tijdens oogbewegingen minder levendig en minder naar worden. De werkgeheugentheorie voorspelt dat fijne herinneringen minder fijn worden door oogbewegingen. Figuur 6.2 (pagina 99) laat zien dat dit ook zo is. EMDR-therapeuten hebben de gewoonte om bij het 'installeren' van positieve beelden, de patiënt oogbewegingen te laten maken. Dat lijkt een weinig productieve heuristiek. Het werkgeheugenonderzoek suggereert dat oogbewegingen vervangen kunnen worden door allerhande andere technieken zolang ze het werkgeheugen maar belasten. Dat is inzicht waar je iets aan hebt. Patiënten met een obsessieve compulsieve stoornis zijn veelal extreem onzeker over bijvoorbeeld hun geheugen of waarneming, en die onzekerheid heeft vaak een wat dissociatieve kleur: 'Ik zie het wel, maar ik kan niet geloven dat ik het goed zie.' Of: 'Ik weet dat ik gecontroleerd heb, maar ik herinner het me niet goed; het voelt zo vaag.' Patiënt en behandelaar kunnen zich het hoofd breken over de vraag waar die extreme en dissociatieve onzekerheid nu vandaan komt. En waarom vertrouwt de patiënt zijn waarneming van het kippenhok wel, en die van het gasfornuis niet? Het hoofdstuk over de obsessieve compulsieve stoornis toont aan dat onderzoek behulpzame heuristieken op kan leveren. Het is niet alleen zo dat de patiënt naar het gasfornuis staart omdat hij onzeker is over zijn perceptie; het staren zelf induceert onzekerheid. Heuristieken helpen bij het blootleggen van oorzaak-gevolgrelaties, en in meer algemene zin is het de motor

achter theoretische vooruitgang. Sommigen betwijfelen dat die er – in voldoende mate – is in de klinische psychologie, maar ons lijkt dat een onhoudbaar standpunt. Als er geen accumulatie van kennis is, dan zou het – bij wijze van spreken natuurlijk – mogelijk moeten zijn om een 20 jaar oud vakartikel opnieuw te laten verschijnen en het zou een kakelverse indruk moeten maken. Onze voorspelling is dat oude experimenten geen schijn van kans maken omdat onmiddellijk herkend wordt dat ze een doublure zijn (zie ook Lilienfeld, 2007b).

Gedragsexperimenten: de patiënt als onderzoeker

Mensen vormen zich een beeld over hoe de wereld in elkaar zit. Ze leren samenhangen tussen bijvoorbeeld geconditioneerde en ongeconditioneerde stimuli, dat bepaalde woorden verwijzen naar bepaalde zaken. Voor zover zulke 'mentale representaties' toegankelijk zijn voor introspectie en verbale mededeling zijn het 'naïeve theorieën'.

Zo'n naïeve theorie is meer dan het passieve eindpunt van voorafgaande neurocognitieve processen. Naïeve theorieën sturen gedrag en emoties. De naïeve theorie dat het vanmiddag gaat regenen, kan de stemming doen dalen en motiveren tot het meenemen van een paraplu. Dit boek bevat een staalkaart van voorbeelden dat ook onjuiste, of aanvechtbare, privétheorieën van patiënten hun emoties en gedrag beïnvloeden, en dat dit kan uitmonden in psychische problemen of gedragsstoornissen.

Flauwvalkans

Als (mis)representaties gedrag en emoties beïnvloeden dan is de vraag onder welke omstandigheden mensen hun beeld van de wereld bijstellen. Een eerste voorwaarde is de aanwezigheid van een geloofwaardig alternatief voor hun zorgwekkende opvattingen. De patiënt die bang is tijdens periodieke duizeligheid te zullen flauwvallen, zal eventjes gerustgesteld zijn wanneer de huisarts meldt dat hij niet bang hoeft te zijn omdat men na duizeligheid niet flauwvalt. De kans is groot dat de zorgen snel terugkomen. Een jaar geleden is bij de patiënt bloed geprikt, hij werd duizelig en viel flauw. Hoezo dan 'niet flauwvallen na duizeligheid'? Het alternatief van de arts ('maakt u zich geen zorgen, duizeligheid is geen voorbode van flauwvallen') gaat voorbij aan de sterke overtuiging die de patiënt heeft, en het alternatief biedt geen argumenten die de patiënt van gedachten doen veranderen. Aanzienlijk trefzekerder is een interventie die aansluit bij de overwegingen en ervaring van de patiënt, en die een echt alternatief is. Flauwvallen pleegt te

gebeuren wanneer er een zuurstoftekort in het brein is. Bij het zien van bloed daalt bij velen de bloeddruk en hartslag, de zuurstofvoorziening naar het brein blijft achter, dat leidt eerst tot duizeligheid en daarna (soms) tot flauwvallen. Bij de periodieke duizeligheid waarover de patiënt nu klaagt, is hij erg bang. Wat weet de patiënt over hartslagfrequentie en bloeddruk tijdens angst? Inderdaad, die neemt toe. Er zijn dus twee soorten duizeligheid: de een tijdens het zien van bloed en de ander tijdens angst. Type I voorspelt een verhoogde kans op flauwvallen en type II een verlaagde kans.

Loterij winnen

In de tweede plaats worden representaties van hoe het zit eerder aangepast naarmate het bewijsmateriaal dat er strijdig mee is nadrukkelijker – saillant – in het vizier komt. Observaties die we zelf hebben gedaan, zijn geloofwaardiger dan *hearsay*. En als de ‘naïeve theorie’ die de patiënt aanhangt eenmaal door de therapeut expliciet is gemaakt – ‘ja, inderdaad, ik geloof dat ik mijn handen aan mijn broek afveeg omdat ik anders een epidemie ontketen’ – wordt tegenstrijdig bewijsmateriaal extra saillant.

Het doen van ‘gedragsexperimenten’ is een cruciaal onderdeel van de cognitieve gedragstherapie. Patiënten expliciteren hun ‘naïeve theorieën’ en worden aangemoedigd om daadwerkelijk en experimenteel te onderzoeken wat de houdbaarheid van die theorieën is. Patiënten met een obsessieve compulsieve stoornis gaan zich wel eens te buiten aan ‘magisch denken’: ze zijn bezorgd dat hun gedachte dat er iets naars gebeuren zal, de kans op die narigheid helpt vergroten. Een aardig experiment is om een week lang elke dag geconcentreerd te denken dat de therapeut en/of de patiënt de loterij wint. Als dat geluk uitblijft, suggereert dit dat het denken van de patiënt de buitenwereld niet beïnvloedt. Zijn er redenen aan te nemen dat dit anders ligt bij het denken aan gevaar? Of neem het meisje met de eetstoornis dat denkt dat het eten van drie gezonde maaltijden per dag tot flinke en onacceptabele gewichtstoename zal leiden. Bij wijze van experiment registreert zij elke ochtend haar gewicht, eerst een week zonder de drie gezonde maaltijden per dag, en vervolgens een week terwijl er drie gezonde maaltijden per dag gegeten worden. De *Oxford guide to behaviour experiments in cognitive therapy* (Bennett-Levy et al., 2006) bevat een groot aantal creatieve experimenten die bruikbaar zijn in de klinische praktijk van de cognitieve gedragstherapie.

Minder dom dan gisteren

Soms is een experiment, of zijn enkele experimenten voldoende om belangrijke veranderingen te bewerkstelligen. Dat is niet altijd zo. Als uw puberdochter vertelt dat ze drie keer 's nachts door het park naar huis is gekomen zonder te zijn aangerand, zal u dat wellicht niet geruststellen. Patiënten die erop blijven hameren dat een eindig aantal waarnemingen onvoldoende is om een algemene regelmaat te bewijzen, hebben filosofisch gezien gelijk. Ook al hebben gedragsexperimenten twintig keer uitgewezen dat de patiënt zich voor niets zorgen maakt, de eenentwintigste keer kan het mis zijn. En ja, met die onzekerheid moet je leren leven, dat kan een belangrijk deel van de behandeling zijn. Experimenten maken ideeën meer of minder geloofwaardig. Dit geldt voor experimenten in het laboratorium, en dit geldt ook voor experimenten in de kliniek.

In dit boek zijn allerhande experimenten beschreven. Het experimenteren gaat door, net zomin als compulsieve perseveratie kent onderzoek een natuurlijke terminus. Dat we door onderzoek ooit de ultieme waarheid over een gedragsstoornis (of over wat dan ook) in handen zullen krijgen is uitgesloten, op voorhand. Onderzoek gaat niet over ultieme waarheden. Wel zullen we, door lustig door te ploeteren, minder dom worden dan we nu zijn en gisteren waren (Popper, 1963). En dat is al heel wat.