

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

De klap komt nog – een verhandeling over het nocebo-effect

Michel Reinders¹, Walter Arts² en Denise Ras³

SAMENVATTING

Nocebo is het tegenovergestelde van placebo: de verwachting van een negatief effect bevordert het optreden van het negatieve effect. Dit fenomeen is onderzocht bij astma, pijn en medicatie. In psychotherapie is weinig aandacht voor nocebo. We beschrijven twee cases waarin het nocebo-effect optrad en de interventies die de therapeut toepaste om de schadelijke effecten te neutraliseren. We geven suggesties hoe nocebo in psychotherapie bestreden kan worden.

INLEIDING

Verwachtingen spelen een belangrijke rol in het resultaat van psychotherapie (Kirsch, 2005). Dat gaat niet alleen om de verwachtingen die de therapeut creëert, maar ook om de verwachtingen van de patiënt of van de mensen in zijn omgeving. Over het algemeen gaat men er vanuit dat verwachtingen een positieve bijdrage aan de therapie leveren. Daarbij valt te denken aan het geloof in de therapeutische techniek, aan het idee dat het in therapie zijn verbetering oplevert, het vertrouwen en kennis die de therapeut uitstraalt (Lambert & Barley, 2002).

Een positief verwachtingseffect staat bekend als placebo. Dit effect is vaak onderzocht en aangetoond. Over de gevolgen van negatieve verwachtingen is minder bekend. Onderzoek hiernaar stuit al snel op ethische bezwaren. Het negatieve effect dat wordt veroorzaakt door de verwachting dat iets schadelijk is, staat bekend onder de naam nocebo. Letterlijk betekent dit: 'ik zal schaden'. Colloca et al. (2008) definiëren het nocebo-effect als volgt: 'The nocebo effect

1 Dr. M.J. Reinders is gedragstherapeut en klinisch psycholoog. Hij werkt op Polikliniek Psychosomatiek van GGZ in Geest te Amsterdam (Osdorp) als afdelingsmanager behandelzaken.

2 Drs. W.J.J.M. Arts is als klinisch psycholoog/gedragstherapeut en teamleider werkzaam bij GGZ-Delfland, locatie Ypenburg, Den Haag. Hij is ook zorgprogrammacoördinator Angststoornissen.

3 Mw. drs. D. Ras is als psycholoog verbonden aan Interapy en Arkin.

consists in delivering verbal suggestions of negative outcome so that the subject expects clinical worsening’.

Eerst beschrijven we in dit artikel wat er bekend is over nocebo. Daarna geven we twee voorbeelden uit de psychotherapeutische praktijk. In de beschouwing gaan we tenslotte verder in op het optreden van nocebo in psychotherapie en hoe dit voorkomen kan worden.

VOORBEELDEN EN ONDERZOEK

Het nocebo-effect is beperkt onderzocht. Hieronder beschrijven we enkele voorbeelden en studies die het bestaansrecht min of meer aantonen. We starten met een historische en dramatische beschrijving. In 1936 noteerde Yawger het volgende verhaal, naar aanleiding van een publicatie hierover, vele jaren eerder, in een Indiaas medisch tijdschrift.

Een ter dood veroordeelde Indiase man kreeg de keus om een openbare terechtstelling te voorkomen door in een besloten operatiekamer pijnloos dood te bloeden. Om verdere schande te voorkomen stemde hij hiermee in. De man werd geblinddoekt vastgebonden aan een operatietafel waaraan zakjes water waren gehangen. Er werden oppervlakkige sneetjes in zijn voeten en polsen gemaakt, waarna het water begon te druppelen. De geblinddoekte man dacht dat het zijn bloed was dat langzaam uit hem wegvloede. Korte tijd later gingen de artsen in de kamer zachter praten, steeds zachter, totdat uiteindelijk alleen het geluid van druppelend water nog hoorbaar was. Dit stopte uiteindelijk ook. Binnen afzienbare tijd verloor de man het bewustzijn en overleed (Yawger, 1936).

Over de betrouwbaarheid van dit verhaal valt weinig te zeggen. Een referentie van het oorspronkelijke artikel ontbreekt. Dat een negatieve suggestie zelfs de dood tot gevolg kan hebben, is een conclusie die ook elders genoemd wordt. Uit een onderzoek van Voelker (1996) bleek dat vrouwen die geloofden dat zij vatbaar waren voor een hartkwaal een vier maal hogere kans hadden om te sterven dan vrouwen met gelijkwaardige risicofactoren die dat niet geloofden. Hierop valt veel af te dingen. Een alternatieve verklaring is dat beide groepen vrouwen hun lichamelijke conditie zeer goed aanvoelden en een juiste inschatting maakten van hun kwetsbaarheid. Reeves et al. (2007) beschrijven een casus van een man die zich met ernstige hypotensie meldde op de spoedeisende hulp nadat hij een overdosis medicatie had ingenomen. De artsen waren uren bezig om hem te stabiliseren zonder dat dit veel effect had. Na verloop van tijd bleek dat de patiënt zijn medicatie kreeg in het kader van een onderzoek en hij in de placebo-conditie zat. Toen de arts hem meedeelde dat hij een overdosis had geslikt van een niet werkzame stof keerde zijn bloeddruk binnen een kwartier terug naar de normale waarden.

Nocebo-effecten komen ook voor op macroniveau. Zo werden in 1999 in België vele mensen, met name kinderen en jong volwassenen, ziek na het drin-

ken van Coca Cola die volgens een bericht vervuild zou zijn. Dit bericht bleek niet te kloppen. Diverse deskundigen zien een negatief gezondheidseffect van elektromagnetische straling ook als een nocebo-effect. Rubin en collega's (2006) vergeleken een groep van 60 mensen die vaak na het bellen met een mobiele telefoon hoofdpijnklachten kreeg met een even grote groep mensen die hiervan geen last had. Alle deelnemers werden blootgesteld aan twee stralingscondities en een placeboconditie. Beide groepen rapporteerden evenveel klachten in elke conditie. Er was ook geen verschil in klachten tussen degenen wel waren blootgesteld aan een vorm van elektromagnetische straling en degenen die hieraan niet waren blootgesteld.

Er is veel meer onderzoek gedaan naar gezondheidseffecten van elektromagnetische straling, zowel fundamenteel onderzoek als epidemiologisch onderzoek. Dit onderzoek sluit ernstige gezondheidseffecten uit (zie bijvoorbeeld Bonneux, 2007). Toch denken nog vele mensen, ook artsen en andere specialisten dat deze straling gevaarlijk is. Die overtuiging kan gezondheidsrisico's met zich meebrengen bij mensen die hiervoor gevoelig zijn. Het is mogelijk dat goede informatie en voorlichting dit zou kunnen voorkomen. Uit deze voorbeelden kan men concluderen dat negatieve suggesties in sommige gevallen ernstige gevolgen kunnen hebben.

Naast anekdotes en casuïstische mededelingen is er ook meer systematisch onderzoek gedaan naar het nocebo-fenomeen. Het betreft onder andere onderzoek naar pijn, allergie en astma en bijwerkingen van medicatie. In onderzoek naar pijn is het nocebo-effect is veelvuldig beschreven. Illustratief is het onderzoek van Varelman et al. (2010). Zij verdeelden patiënten over twee groepen en gaven hen allen een injectie. De ene groep kreeg te horen: 'Het gaat aanvoelen als een steek van een flinke bij. Dit is het ergste gedeelte.' De andere groep kreeg over de injectie te horen: 'We geven u een locale verdoving, zodat u zich tijdens de (daarop volgende) ingreep prettig voelt.' Bij de eerste groep werd een pijnlijker ervaring gesuggereerd. Deze groep rapporteerde ook meer pijn. De hypothese dat een negatieve verwachting de pijn verergert, is in diverse onderzoeken bevestigd (Colloca et al., 2008).

Ook bij allergieën en astma is het nocebo-effect aangetoond. In een gebruikelijk onderzoeksdesign krijgt een groep astmapatiënten een niet werkzame stof te inhaleren (een spray met fysiologisch zout of gewoon lucht) waarbij aan één groep verteld wordt dat de stof de bronchiën verwijdert en de andere groep te horen krijgt dat het de bronchiën doet samentrekken. Bij de eerste groep gebeurt meestal niets, terwijl de tweede groep luchtwegproblemen en benauwdheid rapporteert (Leigh et al., 2003; Put et al., 2004). Het nocebo-effect is ook beschreven bij het gebruik van medicatie. In een standaard onderzoeksopzet wordt de effectiviteit van een medicijn vergeleken met een placebo, waarbij de patiënten zich niet bewust zijn van het feit of ze een werkzame stof dan wel een placebo krijgen. Uit diverse onderzoeken blijkt dat patiënten die een niet werkzame stof toegediend krijgen toch bijwerkingen ervaren

(Amanzio et al., 2009; de la Cruz et al, 2010; Licardi et al., 2004). Ongeveer 20 tot 25% van de patiënten die een placebo krijgen rapporteert bijwerkingen (Barsky et al., 2002). Dit kan worden beschouwd als een bewijs dat de verwachting van een negatieve bijwerking deze bijwerkingen oproept. Wat voor de niet werkzame stof opgaat, geldt waarschijnlijk ook voor de werkzame stof: negatieve effecten van de medicatie kunnen ook bepaald worden door de mate waarin patiënten deze negatieve effecten verwachten. In die zin kan het lezen van een bijsluiter soms veel klachten oproepen. Barsky et al. (2002) geven een overzicht van factoren die waarschijnlijk een rol spelen bij het optreden van bijwerkingen bij medicatie:

1. De verwachtingen van de patiënt bij aanvang van de therapie. Patiënten die bijwerkingen verwachten hebben een grotere kans om die ook te krijgen. Illustratief is het onderzoek van Myers et al. (1987) naar darmklachten. In hun onderzoek werkten zij (per ongeluk) met twee versies van een 'informed consent'. In de ene versie werden de patiënt wel en in de andere versie niet geïnformeerd over mogelijke bijwerking van de medicatie. De groep die wel werd geïnformeerd, rapporteerde meer bijwerkingen. Negatieve verwachtingen zorgen er doorgaans voor dat nieuwe en onprettige gewaarwordingen eerder worden opgemerkt, dat al bestaande vage klachten worden toegeschreven aan de medicatie en dat positieve veranderingen minder snel opgemerkt worden.
2. Conditionering: de patiënt kan geleerd hebben van eerdere ervaringen met de gevolgen van medicatie. Berucht in dit verband is de conditionering voor misselijkheid na gebruik van chemotherapie bij patiënten met kanker. Ook schijnen patiënten geconditioneerd te kunnen worden op de werking van bepaalde medicijnen: als de werkzame stof vervangen wordt door een niet werkzame stof ervaren zij nog steeds de werking (Enck et al., 2008).
3. Psychologische kenmerken zoals angst, depressie en de neiging te somatiseren. Patiënten met angstklachten, depressieve klachten of de neiging te somatiseren zijn sterk gericht op hun lichaam en zullen daarom ook eerder fysieke klachten ervaren die zij vervolgens toeschrijven aan de medicatie.
4. Situationele en contextuele factoren spelen ook een rol in het optreden van placebo en nocebo effecten. Hierbij gaat het onder andere om de setting waarin de medicatie wordt voorgeschreven (hoe professioneler de omgeving hoe heilzamer het effect) en al dan niet foutieve informatie en meningen over medicatie die op het internet verschijnt. De kleur van de medicatie lijkt effect te hebben op (bij)werkingen: blauw suggereert sedatie, rood en geel een stimulerend effect. De aard van de relatie met de arts beïnvloedt eveneens de mate van bijwerkingen. Volgens Verheul en Bensing (2008) speelt de mate waarin een arts stress reduceert of oproept een mediërende rol.

Het ligt voor de hand te verwachten dat suggestibiliteit een rol speelt in het reageren op positieve of negatieve verwachtingen over de behandeling. Het

onderzoek van Isenberg et al. (1992) bevestigt dit niet. Een aantal patiënten met astma kreeg gewone lucht te inhaleren, terwijl zij dachten dat dit medicatie was. Er was geen correlatie tussen patiënten die hierop reageerden en hun suggestibiliteit, zoals gemeten door een schaal voor hypnotiseerbaarheid.

NOCEBO EN PSYCHOTHERAPIE

Het optreden van het nocebo fenomeen is opvallend weinig beschreven bij psychotherapie. Blijkbaar is er weinig oog voor de mogelijk schadelijke effecten van suggesties die gegeven worden tijdens therapie. De enige publicatie die wij op dit terrein konden vinden was van Bootzin en Bailey (2005). Zij beschrijven drie specifieke vormen van therapie die zij schadelijk achten voor patiënten, te weten *'critical incident stress debriefing'*, groepstherapie voor adolescenten met gedragsproblemen en de behandeling van de dissociatieve identiteitsstoornis.

In *'critical incident stress debriefing'* krijgen traumaslachtoffers direct na het trauma de ruimte om te praten over het trauma en hun gevoelens te uiten. Daarnaast wordt hen verteld welke klachten zij mogelijkerwijs kunnen krijgen. De bedoeling hiervan is te voorkomen dat een posttraumatische stressstoornis ontstaat. Verschillende onderzoeken hebben echter aangetoond dat deze interventie de kans op het ontstaan van een PTSS doet toenemen (zie bijvoorbeeld Mayou, Ehlers & Hobbs, 2000). Door uitleg over de klachten die zouden kunnen optreden, gaan de traumaslachtoffers waarschijnlijk verwachten dat deze symptomen zich voordoen, aldus Bootzin en Bailey. Dit heeft tot gevolg dat zij zich gaan focussen op signalen die aankondigen dat symptomen optreden. Het valt buiten het kader van dit artikel om de juistheid van de opvattingen van Bootzin en Bailey (2005) te bediscussiëren. Voor meer informatie over nut of onnut van snelle behandeling bij een posttraumatische stress stoornis zij verwezen naar Ehlers en Clark (2003) en Bisson en Andrew (2007).

Onderzoek heeft ook laten zien dat groepstherapie voor ontspoorde adolescenten de prognose op langere termijn kan verslechteren (zie bijvoorbeeld Dishion & Andrews 1995). Bootzin en Baily (2005) beschrijven onderzoek waaruit naar voren komt dat antisociaal gedrag sterker wordt als iemand vrienden heeft die dit gedrag ook vertonen. Zij vermoeden dat in groepstherapie de jongeren gaan voldoen aan de normen die zij onderling als stoer ervaren en dat dit hun afwijkend gedrag bekrachtigt.

In de bespreking van de dissociatieve identiteitsstoornis sluiten Bootzin en Bailey aan bij de critici die wijzen op het gevaar van suggestie in de therapie bij deze patiënten waardoor mogelijkerwijs meer trauma's en meer persoonlijkheden worden gesuggereerd dan er aanvankelijk waren en waardoor de patiënt eerder slechter dan beter gaat functioneren. Net zo min als er empirische evidentie is voor de werkzaamheid van therapie bij DIS (Kihlstrom, 2005) is er ook geen onderzoek gedaan waaruit de schadelijkheid van deze thera-

pie blijkt. Het is dus maar de vraag of het terecht is dat Bootzin en Bailey deze vorm van therapie opnemen in de lijst van schadelijke therapieën.

Bootzin en Bailey (2005) proberen aan te tonen dat bepaalde vormen van therapie een schadelijk effect hebben voor de patiënt en schrijven dit effect toe aan het ontstaan van schadelijke verwachtingen die in deze therapieën optreden. Onzes inziens kunnen er ook verwachtingen met schadelijke effecten optreden in de therapie zonder dat de hele therapie schadelijk is. Verwachtingen kunnen ook op onderdelen een schadelijk effect genereren. Hieronder beschrijven we twee cases waarin het nocebo fenomeen is opgetreden.

De heer Molensloot

Na een lang ziekbed overlijdt de echtgenote van de 50-jarige heer Molensloot. Al enige tijd heeft hij psychische ondersteuning bij de zware taak die hij in zijn schoot geworpen kreeg: de zorg voor zijn echtgenote, de opvoeding van de kinderen en het werk. In de laatste fase van de ziekte van zijn vrouw meldt hij zich ziek van zijn werk omdat het hem allemaal te veel wordt. Na het overlijden van zijn vrouw waarschuwen vrienden en kennissen dat de 'klap nog gaat komen'. Ook een psychiater die hem ziet vanwege de medicatie bevestigt dit. Nadat de begrafenis achter de rug is en allerlei praktische dingen afgehandeld zijn, oppert de therapeut dat het wellicht verstandig is om langzamerhand weer aan het werk te gaan. Wat de therapeut ook probeerde, de heer Molensloot durft niet aan het werk te gaan, overtuigd als hij is van de terugval die zal volgen. De therapeut suggereert dat niet iedereen last heeft van een ernstige vorm van rouwverwerking, maar deze opmerking valt bij de heer Molensloot in onvruchtbare aarde. Teveel mensen, zelfs de psychiater, hebben gezegd dat de ellende nog komt. De therapeut besluit tot de volgende interventie: ze vertelt de heer Molensloot dat zijn verhaal uitvoerig in het team ter sprake is geweest. Het team is tot de conclusie gekomen dat de rouwverwerking hoogstwaarschijnlijk plaatsgevonden heeft in de lange periode dat zijn vrouw ziek was. De kans dat er nog een klap komt, acht het team miniem. De heer Molensloot reageert opgelucht. Hij hervat zijn werk en daarmee komt zijn leven stap voor stap weer op gang.

Mevrouw Winters

Mevrouw Winters is een 37-jarige vrouw die de afgelopen zes jaar drie keer een depressie doormaakte. De eerste keer na haar bevalling, de tweede keer tijdens een reorganisatie op haar werk waarbij haar baan in het geding was, en de derde keer na een ongewenst afgebroken zwangerschap. De depressieve episodens zijn fors: er zijn uitgesproken depressieve klachten met suicidale ideaties en met een duidelijk zichtbare vertraging en verstarring. De behandeling bestaat uit cognitieve gedragstherapie en medicatie en is telkens binnen vier maanden succesvol. De klachten verdwijnen elke keer volledig. Na de

derde depressie besluit de therapeut mevrouw Winters aan te melden voor *Mindfulness Based Cognitive Therapy* (MBCT). Deze behandeling biedt een zekere mate van bescherming tegen terugval. De therapeut legt mevrouw Winters uit dat depressie tegenwoordig wordt gezien als een chronische aandoening waarbij de terugvalkans elke keer groter wordt. Na drie depressies is de kans op een volgende depressie opgelopen tot 80%. Vandaar de verwijzing naar MBCT, een cursus die over enkele maanden zal starten. De behandeling wordt daarop beëindigd.

Anders dan andere keren belt mevrouw na twee weken weer op. Ze voelt zich somber, het kost haar moeite om van haar kinderen te genieten en op het werk kan ze zich slecht concentreren. Er wordt een gesprek gepland, waarin de klachten mee blijken te vallen. Het gaat ook al weer beter. Mevrouw Winters zal over twee weken nog een keer bellen. Uit dat telefoontje blijkt dat het toch weer slechter gaat. Tijdens de zitting die volgt, blijken de klachten nog in lichte mate aanwezig te zijn. Sinds mevrouw Winters heeft gehoord hoe groot de kans op een nieuwe depressie is, maakt ze zich hierover veel zorgen. Ze heeft zich nooit gerealiseerd dat de kans zo groot is. Nu ze dat weet, is ze erg bang geworden. Zij is steeds meer op zichzelf gaan letten en met name op de momenten dat zij zich moe, lusteloos, futloos en wat somber voelt. Tijdens het gesprek realiseert patiënte zich dat de zorg over de terugkeer van de depressie de afgelopen tijd speelt. Klaarblijkelijk heeft de voorlichting over de nieuwe inzichten over depressie een averechts effect gehad.

De therapeut probeert het gevaar voor een nieuwe depressie te relativeren. In een voorgaande sessie is geconcludeerd dat mevrouw Winters niet zo maar depressief wordt. Er moet veel stress zijn. Dan is ze kwetsbaar en dan wordt ze ook snel, binnen enkele dagen, depressief. Dit wordt nogmaals besproken. Op dit moment zijn er geen spanningen en daarmee is het risico op een recidief gering. Mevrouw Winters reageert opgelucht. In een gesprek twee weken later zijn alle klachten verdwenen.

BESCHOUWING

Een belangrijke bron van negatieve verwachtingen ligt bij de patiënt. Veelal komt de patiënt in therapie omdat hij verwacht dat hij bepaalde dingen niet (aan)kan of durft. De patiënt denkt dat hij niets waard is en gaat ervan uit dat anderen dat ook vinden. Een depressieve patiënt zal vaak met weinig vertrouwen aan de behandeling beginnen. Niets gaat goed, niets lukt, en veranderen heeft toch geen zin, kan zo'n patiënt denken. Hij voelt zich een waardeloos persoon en een mislukking. Dit zijn onderwerpen die meestal expliciet tot het behandeldoel behoren. Soms blijven de verwachtingen van de patiënt onontdekt terwijl ze wel hun schadelijke invloed uitoefenen op de therapie. Een voorbeeld hiervan betreft een patiënt bij wiens vriend de therapie na drie maanden werd beëindigd. De patiënt verwachtte dat dit bij hem ook zou gebeuren

en investeerde de eerste drie maanden niet in de therapie. Dit verhaal kwam boven water toen de therapeut bij het afsluiten van de overigens succesvolle therapie informeerde waarom de therapie aanvankelijk zo moeizaam verliep.

In dit artikel vragen we aandacht voor een andere bron van negatieve verwachtingen: de therapeut zelf. Nocebo's zijn meestal het gevolg van goed bedoelde opmerkingen die verkeerd uitpakken. Bij de heer Molensloot wilde de psychiater de patiënt er voor behoeden dat hij plotseling overvallen werd door een intens verdriet over het overlijden van zijn vrouw. Bij mevrouw Winters pakte voorlichting over depressie (depressies kunnen terugkeren) verkeerd uit.

Moet elke therapeut nu bang zijn dat hij de verkeerde dingen zegt en de patiënt schade berokkent door negatieve suggesties? Wanneer een therapie goed verloopt en de patiënt verbetert, is er geen reden om aandacht te besteden aan nocebo's. Een adequaat uitgevoerde behandeling verkleint waarschijnlijk de kans op een nocebo-effect. Hieronder valt het geven van voorlichting en uitleg over de klacht en de behandeling, inventariseren van de verwachtingen van de patiënt, een empathische en betrokken houding en een goede instructie bij huiswerkopdrachten. Het is ook belangrijk regelmatig na te gaan of de patiënt begrepen heeft wat er besproken is. Ongetwijfeld weet u wat u bedoelt als u een bepaalde opmerking maakt in de therapie, maar heeft de patiënt deze opmerking ook op die manier begrepen? Laat de patiënt standaard een korte samenvatting geven van wat hij deze zitting heeft geleerd of vraag wat de meeste indruk heeft gemaakt.

Er zijn een aantal momenten in de behandeling die de kans op het optreden van een nocebo-effect waarschijnlijk vergroten.

1. Een stagnerende behandeling

Naarmate een therapie moeizamer verloopt, is de kans groter dat negatieve suggesties een rol gaan spelen. Ongetwijfeld bemerkt de patiënt de impasse en het gebrek aan vooruitgang. Dit werkt ontmoedigend. Stagnatie kan bijvoorbeeld optreden doordat de patiënt de oplossingen van de therapeut aanzienlijk minder briljant vindt dan de therapeut en de adviezen niet uitvoert. Stagnatie kan ook optreden doordat opdrachten keer op keer mislukken. Stug doorgaan op de eenmaal ingeslagen koers versterkt de verwachting dat de volgende opdracht ook niet gaat lukken. Dit voedt de verwachting van de patiënt dat hij niet in staat is iets aan zijn problemen te doen. Ga niet te lang door met dingen die niet lukken. Zorg dat huiswerkopdrachten, zeker in het begin van de therapie, eenvoudig en haalbaar zijn. Stel de doelen niet te hoog. Ook sommige motivatietechnieken kunnen een patiënt soms ontmoedigen. De opmerking 'u moet echt elke dag oefenen, anders gaat de angst het van u winnen' zal de ene patiënt als aansporing ervaren terwijl bij een andere patiënt de wanhoop wordt versterkt.

2. Het lukt de therapeut niet om optimistisch te blijven

Tijdens de therapie kan een therapeut allerlei emoties ervaren. Sommige van de emoties kunnen erg productief zijn, andere emoties kunnen de therapeut verleiden tot inadequaat handelen. Het kan dan gaan om emoties zoals boosheid, overbezorgdheid, defaitisme, ergernis, medelijden of ongeduld. Boosheid of ergernis kan de patiënt het gevoel geven dat hij het niet goed doet. Defaitisme kan op de patiënt een hopeloos gevoel overbrengen. Overbezorgdheid of medelijden kan de patiënt het gevoel geven dat hij een deerniswekkend figuur is. Het is verstandig dat de therapeut de basisprincipes van cognitieve therapie toepast op zijn eigen gevoelens, gedachten en handelingen en op zoek gaat naar de irrationele gedachten die achter deze gevoelens schuilgaan. Wanneer het de therapeut lukt om positievere gedachten te ontwikkelen over de patiënt, is de kans op negatieve suggesties kleiner.

3. Voorlichting en adviezen kunnen verkeerd uitpakken

In beide cases was sprake van goed bedoelde adviezen. Voorlichting over de recidiefkans bij depressie ontmoedigde mevrouw Winters. De therapeut verzuidde te benadrukken dat de kans op recidief in haar geval klein was. Hij had ook kunnen bespreken dat er tegenwoordig meer aandacht is voor recidieven waardoor patiënten adequatere therapieën krijgen. Bij de heer Molensloot wilden zijn vrienden en de psychiater hem waarschuwen voor het optreden van een terugval. Zij gingen er vanuit dat een terugval onvermijdelijk was. Zij vergaten de mogelijkheid open te laten dat er een goede afloop zou zijn.

Er zijn veel patiënten die adviezen vragen en adviezen krijgen van hun therapeut. Wanneer de therapeut adviezen geeft, schuilt daarin het gevaar dat hij daarmee suggereert dat een patiënt niet in staat is om zelf verstandige oplossingen te bedenken. Het is wijs om de patiënt zoveel mogelijk te benaderen als een verstandig mens die in staat is zijn problemen zelf op te lossen. Linehan noemt dat valideren (Lynch et al., 2006). Bij adviezen die verkeerd uitpakken, zal de oplettende therapeut snel doorhebben dat de therapie zich in de verkeerde richting beweegt en de mogelijkheid hebben corrigerend op te treden. Het is verstandig dat de therapeut zijn opmerkingen screent met de vraag in het achterhoofd: suggereer ik hoop op verbetering?

4. Crisismomenten in de therapie

Wanneer de patiënt een moeilijke fase doormaakt kan de therapeut aanbieden dat de patiënt hem kan bellen op momenten van crisis. Het klinkt vriendelijk, maar het kan zijn dat de patiënt daaruit concludeert dat de therapeut klaarblijkelijk verwacht dat het misgaat. Hoewel het soms nodig is om patiënten voor te bereiden op moeilijke momenten, blijft het belangrijk te suggereren dat zaken ook goed kunnen aflopen of dat de patiënt in staat is zijn problemen zelf op te lossen. Een metafoor kan hierbij behulpzaam zijn: veerboten hebben reddingsloepen aan boord, maar niemand gaat er vanuit dat die vaak gebruikt worden.

Op momenten van crisis ('de zoveelste terugval') kan de therapeut gemakkelijk ontmoedigd raken. Het is niet iedereen gegeven om na de derde suïcidepoging te zeggen: 'we gaan de goede kant op, want na deze suïcidepoging heeft u zelf om hulp gebeld in plaats van af te wachten totdat iemand u vindt'. Of als een anorexia patiënte voor de zoveelste week achtereen is afgevallen te zeggen: 'het is niet eenvoudig voor je, maar ik geloof dat je diep van binnen nog steeds op zoek bent naar manieren om een beter leven te kunnen leiden'. Bij een crisis kan de therapeut diverse interventies doen die door de patiënt verschillend geïnterpreteerd kunnen worden. De huisarts meldt een patiënte met depressieve klachten met spoed aan. Bij intake geeft zij aan twee keer in de laatste maand met een zak over haar hoofd te hebben gezeten omdat ze dood wil. Gelukkig besluit ze elke keer al snel dat ze dat toch niet wil. De therapeut heeft op dat moment verschillende mogelijkheden. Hij kan bijvoorbeeld, nadat de diagnose depressie is besproken, haar een adequate behandeling aanbieden voor haar klachten en hoop geven dat dit zal helpen, waarbij hij de twee (kleine) suïcidepogingen even laat voor wat ze zijn. Of hij kan deze erg serieus nemen, met een schriftelijke nonsuicideafspraken², het nummer van de crisisdienst voor een crisis buiten kantooruren en aandringen op dagbehandeling of opname. In dit laatste geval is er een kans dat er een nocebo-effect optreedt. De patiënt kan schrikken van de aangeboden maatregelen en het advies voor opname. Ze zou kunnen denken dat het heel slecht met haar gaat en het idee dat ze een hopeloos geval is, zou bevestigd kunnen worden. Met verergering van de klachten als gevolg. Aan de andere kant zou de patiënt zich ook erg begrepen, gehoord en gesteund kunnen voelen in haar tot nu toe vruchteloze strijd tegen haar depressie waardoor zij weer hoop krijgt op verbetering.

Waarschijnlijk zijn patiënten in crisis het meest vatbaar voor suggesties, en waarschijnlijk maken therapeuten onder druk van een crisis de meeste verkeerde opmerkingen. Reden om tijdens een crisis de tijd te nemen en eventueel te overleggen met collega's om te zorgen dat de patiënt op zo'n moment de meest behulpzame opmerkingen te horen krijgt.

5. Overleg met collega's: negatieve suggesties verpakt als professionele opmerkingen

Onder collega's hoor je nog wel eens opmerkingen als: de patiënt is niet gemotiveerd; er is sprake van ziekte winst; dit is een chronische patiënt. Dit zijn negatieve opmerkingen, die over het geheel genomen, een oplossing van de problemen niet dichterbij brengt. Ook voor deze opmerkingen zijn positievere herlabelingen te bedenken. In plaats van de patiënt te beschuldigen van een gebrek aan motivatie, geven wij de voorkeur aan de volgende formulering:

² Het is sowieso de vraag of non-suicide afspraken zinvol zijn. Zie: P. de Vries, A. Huisman, A.J.F.M. Kerkhof, P.B.M. Robben (2008). *Het non-suicidecontract: een riskant ritueel*, Tijdschrift voor Psychiatrie, 50, 667-671.

'u bent wel degelijk gemotiveerd, maar het is helaas niet zo dat je alles voor elkaar krijgt waarvoor je gemotiveerd bent'. De term 'ziektewinst' lijkt bedoeld om aan te duiden dat patiënten niet willen veranderen. Het is beter te spreken over factoren die het genezingsproces in de weg staan of over de problemen die iemand kan hebben op de weg naar genezing. Een patiënt bestempelen als chronisch, lijkt gelijk te staan als het benadrukken van de onveranderbaarheid. Meestal is het bij elke patiënt mogelijk om iets te verbeteren aan zijn klachten en problemen en zijn patiënten met langdurige problematiek zeker geen hopeloze gevallen. De verbetering is over het algemeen wat meer bescheiden en vaak duurt het langer voordat verandering optreedt.

6. Het afsluiten van een mislukte therapie

Het is ontmoedigend te moeten concluderen dat een therapie niet helpt. Mislukte therapieën zijn een bron van negatieve verwachtingen. Soms wordt de schuld op de patiënt afgeschoven: de patiënt was niet gemotiveerd of had belang bij de ziekterol. Hoewel iedereen begrijpt dat het vergroten van het schuldgevoel van de patiënt contra-productief is, komt het in de praktijk waarschijnlijk de nodige keren voor. Sluit een behandeling altijd positief af. Zeg tegen de patiënt dat hij hard gewerkt heeft, zijn best deed en gemotiveerd was, maar dat het helaas nu niet werkte. Misschien treedt de verbetering alsnog op; misschien is een nieuwe poging over een half jaar tot een jaar wel zinvol. Soms neemt een patiënt, na een werkelijk hopeloos verlopen therapie, later weer contact op en vertelt dat het toch weer duidelijk beter gaat. Vertel zo'n verhaal altijd bij afsluiting van een mislukte therapie. Wijs de patiënt er op dat wat vandaag niet lukt, morgen wellicht wel lukt.

Het is niet altijd duidelijk of een nocebo-effect optreedt. De casus van de suïcidale patiënt die door de huisarts verwezen werd, is daarvan een voorbeeld. Wat de ene patiënt oplucht, kan de ander deprimeren. Ook positieve effecten van suggestie treden vaak heimelijk op in psychotherapie. Elke behandelaar kent wel een voorbeeld dat een patiënt, die bij evaluatie van de behandeling, aangeeft het meest gehad te hebben aan een opmerking van de behandelaar waarvan deze zich niets kan herinneren. Nocebo-effecten in psychotherapie zullen waarschijnlijk vaak onopgemerkt optreden met soms kleine en soms grote gevolgen. Niet elke therapeut is daar altijd even alert op (zie het verhaal van mevrouw Winters). Het is belangrijk dat therapeuten zich bewust(er) zijn van de suggestieve werking van hun opmerkingen en beducht zijn voor het creëren van negatieve verwachtingen. Het is goed uw opmerkingen met enige regelmaat te screenen met de vraag in het achterhoofd: wat suggereer ik nu eigenlijk? De koers van de therapie en de aard van de opmerkingen die de therapeut maakt, wordt daarmee een therapeutische afweging in plaats van een incident. Deze bewustwording is belangrijk. Bewustwording betekent dat men zich rekenschap geeft van de manier waarop men voorlichting geeft over bijvoorbeeld depressie of rouwverwerking. Gaat u de patiënt vertellen

dat depressie een chronische aandoening is en de kans op recidief erg groot? Of meldt u de patiënt dat er goede therapieën zijn om de kans op een volgende depressie zo klein mogelijk te maken? Voor rouwverwerking geldt hetzelfde: zal bij elke patiënt de klap komen of suggereert u dat het rouwproces bij sommige mensen minder gecompliceerd verloopt?

Een belangrijk onderdeel van de therapie is het vermijden van opmerkingen die negatief uitpakken voor de patiënt en het geven van hoop op verbetering. Het is niet eenvoudig om dat stug vol te houden, zeker niet wanneer de patiënt gepreoccupeerd is met zijn eigen negatieve gedachten en weinig geloof hecht aan de woorden van de therapeut. Als aan het einde van de therapie de patiënt zegt: 'u bent altijd in mij blijven geloven, ook al zag ik het zelf niet zitten', dan weet de therapeut dat hij het goed gedaan heeft.

SUMMARY

A treatise on the nocebo effect

Nocebo is the opposite of placebo, meaning that the expectation of negative outcome will facilitate a negative outcome. This phenomenon was studied in asthma, pain and medication. In psychotherapy little attention has been paid to nocebo. We describe two cases in which the nocebo phenomenon occurred and which measures the therapist took to oppose the harmful effects of negative expectations. Some suggestions are made to counteract nocebo in psychotherapy.

LITERATUUR

- Amanzio, M., Corazzini, L.L., Vase, L., & Benedetti, F. (2009). A systematic review of adverse events in placebo groups of anti-migraine clinical trials. *Pain*, *146*, 261-269.
- Barsky, A.J., Saintfort, R., Rogers, M.P., & Borus, J.F. (2002). Nonspecific medication side effects and the nocebo phenomenon. *JAMA*, *287*, 622-627.
- Bisson, J., & Andrew, M. (2007). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD), *Cochrane Database Systematic Review* (2): CD003388
- Bonneux, L. (2007). Elektromagnetische velden: gezondheidschade door het nocebo-effect. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, *151*, 953-956
- Bootzin, R.R., Bailey E.T. (2005). Understanding placebo, nocebo, and iatrogenic treatment effects. *Journal of Clinical Psychology*, *61*, 871-80.
- Colloca, L., Sigauda, M., & Benedetti F. (2008). The role of learning in nocebo and placebo effects. *Pain*, *136*, 211-8.
- Cruz de la M., Hui D., Parsons H.A., & Bruera E. (2010). Placebo and nocebo effects in randomized double-blind clinical trials of agents for therapy for fatigue in patients with advanced cancer. *Cancer*, *116*, 766-774.
- Dishion, T.J., & Andrews, D.W. (1995). Preventing escalation in problem behaviors with high-risk young adolescents: immediate and 1-year outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *62*, 538-548.
- Ehlers, A., & Clark, D. (2003). Early psychological interventions for adult survivors of trauma: a review, *Biological Psychiatry*, *53*, 817-826.

- Enck, P., Benedetti, F., & Schedlowski, M. (2008). New insights into the placebo and nocebo responses. *Neuron*, *59*, 195-206.
- Isenberg, S.A., Lehrer, P.M., & Hochron, S. (1992). The effects of suggestion on airways of asthmatics subjects breathing room air as a suggested bronchoconstrictor and bronchodilator. *Journal of Psychosomatic Research*, *36*, 769-776.
- Kihlstrom, J.F. (2005). Dissociative Disorders. *Annual Review Clinical Psychology*, *1*, 227-253.
- Kirsch, I. (2005). Placebo psychotherapy: synonym or oxymoron. *Journal of Clinical Psychology*, *61*, 791-803.
- Lambert, M.J., & Barley, D.E. (2002). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome (pp. 17-32). In: J.C. Norcross (Ed.) *Psychotherapy relationships that work*. Oxford: Oxford University Press.
- Leigh, R., MacQueen, G., Tougas, G., Hargreave, F.E., & Bienenstock, J. (2003). Change in forced expiratory volume in 1 second after sham bronchoconstrictor in suggestible but not suggestion-resistant asthmatic subjects: a pilot study. *Psychosomatic Medicine*, *65*, 791-795.
- Liccardi, G., Senna, G., Russo, M., Bonadonna, P., Crivellaro, M., Dama, A., D'Amato G., Canonica, G.W., & Passalacqua, G. (2004). Evaluation of the nocebo effect during oral challenges in patients with adverse drug reactions. *Journal of Investigations into Allergology and Clinical Immunology*, *14*, 104-107.
- Lunch, T.R., Chapman, A.L., Rosenthal, M.Z., Kuo, J.R., & Linehan, M.M. (2006). Mechanisms of change in dialectical behaviour therapy: theoretical and empirical observations. *Journal of Clinical Psychology*, *62*, 459-490.
- Mayou, R. A., Ehlers, A., & Hobbs, M. (2000). Psychological debriefing for road traffic accident victims: three-year follow-up of a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, *176*, 589-593.
- Myers, M.G., Cairns, J.A., & Singer, J. (1987). The consent form as a possible cause of side effects. *Clinical Pharmacological Therapy*, *42*, 250-253.
- Put, C., Van den Bergh, O., Van Ongeval, E., De Peuter, S., Demedts, M., & Verleden, G. (2004). Negative affectivity and the influence of suggestion on asthma. *Journal of Psychosomatic Research*, *57*, 249-255.
- Reeves, R.R., Ladner, M.E., Hart, R.H., & Burke R.S. (2007). Nocebo effects with antidepressant clinical drug trial placebos. *General Hospital Psychiatry*, *29*, 275-277.
- Rubin, G.J., Hahn, G., Everitt, B.S., Cleare, A.J., & Wessely, S. (2006). Are some people sensitive to mobile phone signals? Within participants double blind randomised provocation study. *British Medical Journal*, *332*, 886-891.
- Varelmann, D., Pancaro, C., Cappelletto, E.C., & Camann, W.R. (2010). Nocebo-induced hyperalgesia during local anesthetic injection. *Anesthesia and Analgesia*, *110*, 868-70.
- Verheul, W., & Bensing, J.M. (2008). Het placebo-effect in de huisartsenpraktijk: communicatie als medicijn. *Bijblijven*, *24*, 38-44.
- Voelker, R. (1996). Nocebos contribute to a host of illnesses. *JAMA*, *275*, 345-347.
- Yawger, N.S. (1936). Emotions as the cause of rapid and sudden death. *Archives of Neurology and Psychiatry*, *36*, 875-879.