



[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)

# Gedragsexperimenten binnen de cognitieve therapie

## *Praktische toepassingen bij hypochondrie*

Michel Reinders en Sako Visser\*

---

### **Samenvatting**

*Binnen de cognitieve gedragstherapie worden gedragsexperimenten toegepast. Gedragsexperimenten toetsen de cognities en alternatieve cognities van de patiënt en helpen de patiënt om zich minder angstwekkende cognities eigen te maken. Het opzetten van een gedragsexperiment kent een aantal stappen: het bepalen van de angstwekkende cognitie, het formuleren van een alternatieve cognitie, het bepalen van gedrag dat de angstwekkende cognitie onwaarschijnlijk zal maken, het maken van een voorspelling en het vaststellen van een oefensituatie. Casuïstiek illustreert de opzet van gedragsexperimenten bij hypochondere patiënten. Een aantal aanknopingspunten worden voor het opzetten van gedragsexperimenten gegeven, waaronder het focussen op interoceptieve stimuli, de cognitieve demonstratie en het verzamelen van ontbrekende informatie. Het artikel besluit met het bespreken van een aantal problemen bij het opzetten van een experiment.*

### **Inleiding**

Cognitieve interventies worden toegepast bij een groeiend aantal klachten. Ook het aantal studies dat positieve resultaten van cognitieve therapie aantoont, neemt de laatste jaren enorm toe. Het belang van cognitieve therapie valt af te leiden uit naamsveranderingen van buitenlandse verenigingen voor gedragstherapie en van internationale congressen, maar vooral aan een flinke toename van het aantal publicaties over cognitieve therapie. Verschillende vormen van cognitieve therapie worden toegepast. Een aantal jaren geleden was in Nederland met name de Rationeel Emotieve Therapie (RET) in zwang (Ellis, 1962), onder meer door de publicaties van Dijkstra (zie bijvoorbeeld Dijkstra & Dassen, 1979). Daarnaast wordt de Self Instructional Training (SIT) van Meichenbaum (1981) gebruikt. De laatste jaren wordt aan de theorie en de methode van Beck (Beck et al., 1979) meer waarde gehecht en de daarin gepropageerde socratische benadering lijkt bijna standaard te worden. Bedoeld wordt *niet* dat de doorsneepsychotherapeut qua instelling in met Socrates te vergelijken is. Haalt de therapeut het niveau van Marcel van Dam, dan gaat het al heel goed. Deze benadering dankt haar reputatie vooral aan de succesvolle behandeling van depressie en de ondersteuning die zij kreeg vanuit verscheidene onderzoeksgroepen, waaronder de Oxfordse school met onderzoekers als Clark, Salkovskis, Warwick en Hawton (zie Hawton et al., 1989). Met name de verdere uitwerking van de theorie door Clark (1986) bij paniekstoornis en de ontwikkeling van bijbehorende behandelingen hebben veel bijgedragen. Daarnaast zijn Beck en zijn collega's nog steeds produktief in het publiceren van boeken over cognitieve therapie, onder andere over de behandeling van depressie,

---

\* DR. M.J. REINDERS is als psycholoog-psychotherapeut verbonden aan de PAAZ van het Kennemer Gasthuis te Haarlem. Correspondentie: Boerhavenlaan 22, 2035 RC Haarlem. Drs. S. Visser is als psycholoog-psychotherapeut verbonden aan de Psychiatrische Universiteits Kliniek, Academisch Ziekenhuis Groningen.

angststoornissen (Beck & Emery, 1985), persoonlijkheidsstoornissen (Beck et al., 1990), de moeilijkheden van opgenomen patiënten (Wright et al., 1993) en verslavingen.

Bij Nederlandse onderzoekers is de benadering van Beck in zwang. Er worden behandelprotocollen ontwikkeld voor verschillende klachtengebieden, al dan niet gebaseerd op elders ontwikkelde behandelprotocollen, zoals die in Oxford. Voorbeelden hiervan zijn: cognitieve therapie bij paniekstoornis (bijv. Arntz & Van den Hout, 1985), bij dwangstoornissen (Van Oppen et al., 1995), bij sociale fobie (Scholing & Emmelkamp, 1995), bij depressie (Boelens, 1993), bij eetstoornissen (Jansen, 1993), bij tandartsfobie (De Jongh, 1995), bij onbegrepen lichamelijke klachten (Speckens, 1995) en bij hypochondrie (Visser & Bouman, 1994a).

Kenmerkend voor de benadering van Beck is het opstellen van hypothesen. Het expliciteren van verwachtingen van de patiënt en het toetsen daarvan in het dagelijks leven. Dit laatste kan gebeuren in de vorm van zogeheten gedragsexperimenten. Sommige auteurs beweren dat dergelijke experimenten een essentieel onderdeel vormen van cognitieve therapie en dat cognitieve therapie niet effectief is zonder dergelijke experimenten (Thorpe & Salkovskis, 1995). Dit lijkt ons iets te stellig. Voor zover bekend is er nooit onderzoek gedaan waarbij de resultaten van cognitieve therapie met en zonder gedragsexperimenten zijn vergeleken. Op inhoudelijke en praktische gronden lijkt de toevoeging van gedragsexperimenten vooralsnog een zinvolle uitbreiding van cognitieve interventies. Het lijkt er op dat gedragsexperimenten een krachtig middel vormen om cognities te veranderen (Beck & Emery, 1985).

Onze ervaring leert echter dat het formuleren en uitvoeren van gedragsexperimenten in de praktijk niet altijd eenvoudig is. In het onderstaande willen we ingaan op de praktische kant hiervan. Aangezien een belangrijk deel van onze expertise ligt in de behandeling van hypochondrie, worden de voorbeelden van gedragsexperimenten toegespitst op deze stoornis.

Voor op de gedragsexperimenten wordt ingegaan volgt een inleiding over de cognitieve therapie volgens Beck en over hypochondrie.

## **Cognitieve therapie**

Binnen de cognitieve benadering van Beck zijn verschillende fasen te herkennen (Arntz, 1991). De eerste fase is de diagnostiek van de cognities. Deze fase bestaat uit het thuisbrengen van problematische cognities en de situaties en gebeurtenissen waarin ze zich voordoen. De patiënt maakt iets mee, heeft daar een automatische, catastrofale gedachte of voorstelling over en voelt zich vervolgens angstig, hulpeloos of hopeloos.

Daarna worden deze automatische cognities op hun realiteitsgehalte onderzocht. Dit gebeurt in een zogeheten 'Socratische dialoog' tussen de therapeut en patiënt. Door het stellen van vragen wordt gekeken of de gedachten van de patiënt voorbarig zijn en of het mogelijk is meer op de werkelijkheid gebaseerde cognities te formuleren. Het ontdekken en uitwerken van meer reële of functionele en minder angstwekkende cognities kan op verschillende manieren. Door redeneren, argumenteren, vergelijken en ontdekken van denkfouten kunnen de patiënt en de therapeut samen redeneerfouten ontdekken en daarna meer functionele cognities formuleren. Vaak zegt de patiënt

functionele cognities wel te kunnen bedenken, maar daar niet in te geloven. In deze (en andere) gevallen kan gebruik gemaakt worden van het gedragsexperiment.

Een gedragsexperiment is bedoeld om cognities, ideeën, voorspellingen in de realiteit te toetsen. De patiënt toetst de geloofwaardigheid van de automatische en een alternatieve cognitie.

## Hypochondrie

Hypochondrie is een preoccupatie met de angst of het idee aan een ernstige ziekte te lijden. Deze is gebaseerd op een misinterpretatie van lichamelijke symptomen. Deze preoccupatie met lichamelijke klachten blijft bestaan ondanks adequaat medisch onderzoek en geruststelling. Ze veroorzaakt aanzienlijk ongemak in sociaal, beroepsmatig of ander functioneren (zie ook DSM-IV, APA, 1994). Overmatige aandacht voor het lichaam en het zoeken naar geruststelling zijn belangrijke kenmerken van hypochondere patiënten. Geruststelling wordt o.a. gezocht door frequent doktersbezoek, door veelvuldig vragen stellen aan familieleden of partner, of door regelmatig het functioneren van het eigen lichaam – bijv. de hartslag – te controleren. De zoektocht naar geruststelling noemt Salkovskis (1991) ‘safety seeking behaviour’ (zelfbescherming). Deze zelfbescherming is een logisch gevolg van de opvatting te lijden aan een ernstige ziekte en is bedoeld om zich te beschermen tegen de vermeende dreiging. Ze verhindert echter dat de patiënt ervaart dat de beangstigende cognities onjuist zijn (Salkovskis, 1991).

---

*De 23-jarige Esther Klaassen is er van overtuigd dat ze zal sterven aan kanker. Haar catastrofale cognitie is dat ze al kanker heeft maar dat deze nog niet uitgezaaid is. Om zichzelf te beschermen en er vroegtijdig bij te zijn controleert ze intensief haar hele lichaam. Tevens bezoekt ze iedere week haar huisarts om verdachte plekken op haar lichaam te laten onderzoeken.*

## Exposure en gedragsexperimenten

Niet iedere auteur is even duidelijk over wat nu verstaan moet worden onder een gedragsexperiment. Hoewel in bepaalde gevallen een gedragsexperiment er net zo uit kan zien als een exposureopdracht, is het theoretische fundering verschillend. Gedragsexperimenten zijn opdrachten waarbij de patiënt probeert te achterhalen of zijn overtuigingen juist zijn. Volgens Salkovskis (1991) zijn gedragsexperimenten

*‘bedoeld als een oefening in het verzamelen van informatie, gericht op het ontzenuwen van beangstigende interpretaties’*

Bij exposure daarentegen is het de bedoeling om de patiënt bloot te stellen aan een angstwekkende situatie, zodat hij merkt dat zijn angst ook daalt als hij niet vlucht. Er is sprake van subjectieve of psychofysiologische gewenning en die verklaard wordt in

termen van 'extinctie' of 'habituatie' (Emmelkamp et al., 1995). Het lijkt er op dat cognitieve veranderingen noodzakelijk zijn voor een succesvolle exposure.

*'Het is onwaarschijnlijk dat therapeutische veranderingen enkel door exposure veroorzaakt worden ... Het belangrijkste mechanisme dat verantwoordelijk is voor de effectiviteit van exposure is de verandering van cognities en niet de habituatie aan een herhaald aangeboden stimulus.'*

(Thorpe & Salkovskis, 1995). Catastrofale cognities kunnen belemmeren dat uitdoving van de angstreactie optreedt (Rachman & Levitt, 1988).

Hier volgen twee voorbeelden van gedragsexperimenten met en zonder blootstelling aan de angstwekkende situatie:

---

*Karin de Vries is ervan overtuigd dat ze zal sterven aan een hartinfarct. Wanneer haar hartslag versnelt of onregelmatig wordt, gaat ze op de bank liggen om een infarct te voorkomen. Nadat de cognitie dat ze nu zal sterven als ze op de bank ligt besproken en uitgedaagd is, komt aan de orde wat er zou gebeuren wanneer ze zich zou inspannen. Zij denkt dat de hartklachten dan zullen toenemen. Volgens een andere cognitie zou de hartslag omhoog gaan en zouden verder geen klachten optreden. Als experiment wordt afgesproken dat ze bij een onregelmatige hartslag drie keer snel de trap op en af zal lopen en de lichamelijke verschijnselen registreert. Het lijkt haar een moeilijke en angstige opdracht, maar ze durft het wel. De volgende sessie rapporteert ze dat ze met name de eerste keer erg gespannen was en een tamelijk hoge hartslag kreeg, maar geen andere klachten. De drie keer die ze daarna het experiment deed was ze beduidend minder angstig en kreeg ze wederom geen lichamelijke klachten. Deze experimenten lijken de alternatieve cognitie enige steun te bieden.*

---

*Karel Jansen klaagt over een gespannen gevoel in zijn linkerzij en vraagt zich af of dit duidt op leverkanker. Hij is gepreoccupeerd met leverkanker aangezien hij een periode stevig heeft gedronken. Het rare gevoel in zijn linkerzij zou een aanwijzing zijn voor deze vorm van kanker. De therapeut vraagt of er een alternatieve verklaring voor het gespannen gevoel in zijn zij zou kunnen zijn. Volgens Karel kan dit ook door spanning veroorzaakt worden. Als bewijs voor deze verklaring vertelt hij dat het gevoel weggaat als hij tijdens een warme douche ontspant. Hierop vraagt de therapeut aan hem om de komende week de proef op de som te nemen en een aantal keer te douchen als hij dit gevoel heeft, en te registreren of het verandert. De volgende zitting rapporteert Karel dat het gevoel minder wordt als hij ontspant en dat dit voor hem voldoende bewijs is dat de klacht door spanning werd veroorzaakt.*

## **De opzet van een gedragsexperiment**

Over de opzet en uitvoering van een gedragsexperiment zijn de verschillende auteurs niet altijd even duidelijk. Het meest duidelijk, maar ook erg beknopt is Arntz (1991). We geven hier uitgebreider de verschillende fasen voor een gedragsexperiment weer en illustreren deze naar aanleiding van de vermeende hartklachten van Katja van Es.

*Bepaal de te toetsen disfunctionele cognitie.* In eerste instantie rapporteren patiënten globale of oppervlakkige ideeën over hun angsten, zonder dat duidelijk is waaraan zij hun overtuiging ontleenen. Een patiënt vertelt bijvoorbeeld dat hij bang is te sterven aan een hartaanval. Bij doorvragen wordt duidelijk hoe hij aan dat idee komt. Volgens hem betekent een verhoogde hartslag dat een hartstilstand op komst is en dat hij onmiddellijk rust moet nemen zodat de hartslag daalt. Het is van belang om zorgvuldig in te gaan op de achtergrond van dergelijke ideeën. Dit maakt duidelijk hoe de patiënt redeneert en leidt tot de meer essentiële cognities ('core-beliefs'). Experimenten op grond van deze essentiële cognities leiden mogelijk eerder tot verandering. Bovendien is het expliciteren van de gedachtengang van de patiënt een eerste stap om twijfel te zaaien over de juistheid ervan.

---

*Katja van Es is een 22-jarige vrouw met de angst dat haar hart zal stoppen. Het is haar opgevallen dat haar hart langzamer slaat wanneer ze ontspant. Ze vreest dat haar hart geheel zal stoppen wanneer ze zich nog meer ontspant. Aanvankelijk durft ze niet te gaan slapen uit angst tijdens de slaap te veel te ontspannen. Ook overdag durft ze niet te ontspannen en duwt ze met haar hand in haar zij, omdat ze denkt de spanning in haar lichaam op deze wijze kunstmatig hoog te kunnen houden.*

*Formuleer een alternatieve cognitie.* Na bespreking en uitdagen kan een alternatief idee geformuleerd worden. Hierbij dient er op gelet te worden dat de alternatieve hypothese enige geloofwaardigheid voor de patiënt bezit.

---

*Met Katja van Es wordt doorgenomen dat de hartslag een zelfregelend mechanisme is, waarop marginaal invloed kan worden uitgeoefend. Het is onnodig om er zorg voor te dragen dat het hart blijft slaan. Zie de bijdrage van Marcel van den Hout, elders in dit nummer, voor een relativisering van dit standpunt.*

*Formuleer gedrag dat indruist tegen de cognitie.* Dit is niet altijd een eenvoudige stap. Eerst moet duidelijk zijn welk gedrag gekoppeld is aan de catastrofale cognitie.

---

*De cognitie van Katja van Es luidt: Als ik mij ontspan, klopt mijn hart niet meer. Het gedrag dat hieruit voortvloeit, is het kunstmatig hooghouden van de spanning in haar lichaam. Ontspannen druist in tegen haar cognitie en is dus in haar opvatting gevaarlijk.*

*Maak voorspellingen voor beide cognities.* Spreek duidelijk af wat als bewijs telt voor beide hypothesen.

- 1 Als het noodzakelijk is om zelf de hartslag op peil te houden en het mogelijk is het hart te stoppen door te ontspannen, moet het mogelijk zijn om met behulp van een ontspanningsoefening de hartslag te laten dalen tot ca. 10 slagen per minuut.
- 2 Wanneer het hart een zelfregelend mechanisme is zal het niet mogelijk zijn om de hartslag tot 10 slagen per minuut te laten zakken. Overigens zal het lang niet altijd nodig zijn dergelijke cognities zo drastisch tegenover elkaar te stellen.

*Bepaal een concrete oefensituatie.* Dit is een situatie waarin beide cognities getoetst kunnen worden. De exacte uitvoering van het experiment dient vastgesteld te worden.

---

*Katja van Es zal onder begeleiding van de therapeut een ontspanningsoefening doen. Regelmatig neemt ze haar hartslag op om vast te stellen hoe het ervoor staat. Ze doet haar uiterste best om te ontspannen, maar het lukt haar niet om haar hartslag onder de 48 slagen per minuut te brengen. Verbaasd roept ze: maar het kan helemaal niet. Je kan je hart niet stilzetten!*

Een experiment kan niet mislukken. Het experiment is bedoeld om de werkelijkheid te onderzoeken en meer informatie te verzamelen over situaties die voor de patiënt moeilijk zijn. De verleiding is groot dat de therapeut uitsluitend de functionele cognitie wil bewijzen en bij verwerping het resultaat probeert te bagatelliseren. Het is beter dat het resultaat serieus wordt genomen en gezocht wordt naar alternatieve verklaringen en mogelijke nieuwe experimenten.

---

*Mevrouw Smit heeft grote angst dat zij lijdt aan Multiple Sclerose (MS). Vermoeidheid in haar benen is voor haar een van de aanwijzingen dat ze MS heeft. Nadat dit in een analyse is besproken, wordt als alternatieve verklaring vermoeidheid door inspanning geformuleerd. Als experiment zal ze een aantal dagen een halfuur gaan hardlopen en registreren hoe het is met de vermoeidheid. De volgende zitting rapporteert mevrouw Smit dat ze wel vermoeidheid voelde, maar dat dit andere vermoeidheid was dan anders. Voor haar was dit experiment dus geen ondersteuning dat de vermoeidheid die haar angst aanjaagt door inspanning veroorzaakt zou kunnen worden. De therapeut gaat hier niet tegenin, maar beaamt dit. Hij gaat door op wat het experiment hun heeft geleerd, namelijk dat er verschillende soorten vermoeidheid zijn en hoe de relatie ligt tussen een bepaalde soort vermoeidheid en MS.*

Natuurlijk dient de therapeut ook open te blijven staan voor alternatieve verklaringen die niet passen binnen het hypochondere beeld. Ter waarschuwing een voorbeeld:

---

*Voor Irene Aalders leidt buikpijn tot grote angst te sterven aan darmkanker. Zij is regelmatig uitvoerig medisch onderzocht, waarbij geen verklaring voor haar pijnklachten is gevonden. De verwijzer denkt dat het feit dat patiënte recentelijk hoorde dat zij geen kinderen kan krijgen de klachten veroorzaakt. Aan het begin van de behandeling verandert Irene Aalders van huisarts. Deze laat haar opnieuw onderzoeken, waarbij een tumor in haar buikholte geconstateerd wordt.*

## **Experimenten in de diagnostische fase**

Bij aanvang van de therapie is de patiënt er niet altijd van overtuigd dat er naast de lichamelijke klachten/sensaties die hij ervaart, ook een psychisch probleem is, namelijk de angst en overbezorgdheid. Dat kan het nodig maken om een aantal gedragsexperimenten uit te voeren, waarin de patiënt zijn gedachten kan toetsen. Het betreft dan de gedachten: 'Mijn probleem is van lichamelijke aard' tegenover 'mijn problemen liggen meer op het psychische vlak', hoewel met dit voorbeeld een waarschijnlijk onnodige dichotomie wordt geïntroduceerd. Beide opties zijn immers ook mogelijk?

Bovendien maakt bovengenoemd voorbeeld duidelijk dat het belangrijk kan zijn te beschikken over een diagnostische toetsing om uit te maken of de klachten van de patiënt daadwerkelijk tot het terrein van de psychotherapie behoren. De therapeut heeft twee aanknopingspunten: lichamelijk onderzoek vertoont geen afwijkingen en er is sprake van een preoccupatie met de angst een ernstige ziekte te hebben. Gedragsexperimenten kunnen behulpzaam zijn bij de diagnostiek.

Salkovskis en Warwick (1986) beschrijven twee patiënten die betwijfelen of zij voldoende onderzocht zijn en hernieuwd onderzoek als oplossing voor hun probleem zien. Salkovskis en Warwick vragen de patiënten dagelijks te registreren in welke mate zij verontrust zijn door hun klachten. Vervolgens worden de patiënten opnieuw door de specialist onderzocht. De verontrusting daalt tijdelijk, maar neemt na enige tijd weer toe. De uitkomst van het experiment demonstreert het psychologisch mechanisme en is voor beide patiënten aanleiding om zich over te geven aan psychotherapie. In feite is dit natuurlijk geen bewijs voor de afwezigheid van een lichamelijke ziekte! Het kan geen kwaad ons ervan bewust te zijn dat niet alle denkbare lichamelijke ziekten juist in 1997 bekend zouden zijn.

In het diagnostisch stadium zijn er diverse hypothesen te verifiëren: lichamelijke sensaties kunnen angst oproepen; aandacht leidt tot overmatige bewustwording van lichamelijke verschijnselen; catastrofale etikettering van klachten leidt tot angst; angst leidt tot een toename van lichamelijke sensaties.

Lichamelijke sensaties zijn in de therapiesessie kunstmatig op te roepen. Bijvoorbeeld door hyperventilatie–provocatie of het laten versnellen van de hartslag door lichamelijke inspanning. Wanneer blijkt dat de patiënt angstig wordt bij het ervaren van deze sensaties kan dit een aanwijzing vormen voor de invloed van psychische factoren.

---

*Ton Winters wordt gevraagd om langzaam en hardop de tekst van een papier voor te lezen. De tekst luidt herhaalde malen ‘hartkloppingen – hartaanval; duizelingen – flauwvallen; tintelingen – hersenbloeding; pijn op de borst – hartkwaal; ontspannen – hartstilstand; pijn – kanker’. Na een aantal minuten wordt hem gevraagd wat hij ervaart tijdens het voorlezen van de tekst. Hij wordt met name nerveus bij de zinsnede ‘tintelingen – hersenbloeding’ en is bang dat hem dit zal overkomen. Het wordt hem duidelijk hoe hij de informatie op zichzelf betreft. Hiermee wordt de invloed van psychische factoren in zijn klachtenpatroon voor hem aannemelijk.*

Dat selectief gerichte aandacht een rol kan spelen kan op verschillende manieren gedemonstreerd worden. De patiënt kan gevraagd worden wat voor gevoel hij heeft in zijn linker knie. Nadat de patiënt dit beschreven heeft, vraagt de therapeut of hij dit eerder in deze therapiesessie gevoeld heeft. Meestal is dat niet het geval en demonstreert het voorval hoe het richten van de aandacht op een lichaamsdeel kan resulteren in het ervaren van sensaties in dit lichaamsdeel.

---

*Tijdens het intake gesprek vertelt Marjan Bakker dat zij een branderige plek voelt op haar rug en bang is dat dat op longkanker duidt. De rol van overmatige aandacht voor lichamelijke sensaties komt ter sprake. De therapeut vraagt haar op haar linkervoet te letten en te vertellen*



*wat ze in deze voet voelt. Ze rapporteert een koud gevoel in de voet, dat haar niet eerder was opgevallen.*

*'U bedoelt dat ik het zelf oproep', vraagt ze.*

*'Aandacht kan je bewust maken van gevoelens die altijd al in het lichaam aanwezig zijn', antwoordt de therapeut.*

*'Ik kan het zelf oproepen', zegt Marjan Bakker, 'als ik op mijn knie let, ga ik pijn voelen'.*

*'Doe eens voor.'*

*Ze concentreert zich enige tijd op haar knie en meldt, tot verbazing van de therapeut, dat ze pijn voelt.*

## **Aanknopingspunten voor experimenten**

Het opzetten van een gedragsexperiment vergt van de therapeut een zekere routine en creativiteit. Er zijn geen duidelijk vastgelegde procedures. Om een gedragsexperiment op te zetten bij hypochondere patiënten kan een therapeut gebruik maken van een aantal aanknopingspunten.

### ***Het focussen op interoceptieve stimuli***

Hypochondere patiënten richten hun aandacht op de dingen die zij in hun lijf voelen en zijn zich vaak weinig bewust van het feit dat de constante aandacht voor hun lichaam hen ook allerlei sensaties doet voelen. Om dit fenomeen te demonstreren kunnen sensaties doelbewust opgeroepen of geregistreerd worden in andere lichaamsdelen dan die waar de selectieve perceptie van de hypochonder zich op richt.

---

*Meneer Stevens is gepreoccupeerd met het krijgen van een hartstilstand. Hij registreert elke spiertrekking of andere sensatie in de hartstreek, die zich bij hem uitstrekt tot bijna de gehele borstkas. Tijdens het uitdagen is het mechanisme van selectieve perceptie besproken. Hierbij worden twee cognities geformuleerd. De eerste luidt: ik heb heel veel lichamelijke klachten/sensaties in mijn 'hartstreek' en dit is een aanwijzing voor mogelijk hartfalen. Het rationele alternatief is: Door je op bepaalde lichaamsdelen te concentreren zal je bewuster worden van allerlei eerder niet opgemerkte lichamelijke gewaarwordingen. Overigens, het een sluit het ander niet uit! Hierbij wordt het volgende gedragsexperiment afgesproken. Meneer Stevens zal zich iedere dag een kwartier concentreren op zijn maag- en darmstreek. Hij zal daarbij registreren welke sensaties hij waarneemt en noteren in hoeverre hij zich voordien bewust was van deze sensaties. Wanneer dit er aanzienlijk meer zijn dan voorheen, dan wordt dit als een ondersteuning beschouwd van het mechanisme van de selectieve aandacht.*

Dit is een voorbeeld van het registreren van lichamelijke sensaties in andere lichaamsdelen. Ook kunnen lichamelijke gewaarwordingen opgeroepen worden met onschuldige activiteiten. Hiermee wordt gedemonstreerd dat de lichamelijke sensaties niet uitsluitend optreden als gevolg van een vreselijke ziekte, zoals de patiënt vreest al sluiten deze de ziekte uiteraard ook niet uit. Om ze op te roepen kan gebruik worden gemaakt van inspanning of speciale belasting.

*Mevrouw Teunisse is al jaren bang dat ze MS heeft en kan zich niet voorstellen dat het zware gevoel in haar benen veroorzaakt wordt door inspanning. Met haar wordt het experiment afgesproken dat ze per dag twee kilometer zal hardlopen en vervolgens de vermoeidheid in haar benen zal registreren.*

---

*Een voorbeeld van het oproepen van de bedreigende sensaties in de therapiekamer is het experiment dat met mevrouw Uding wordt afgesproken. Ze is erg bang voor duizeligheid, omdat dit voor haar betekent dat ze een hersentumor heeft. Ze kan geen alternatieve verklaring bedenken voor de plotselinge duizeligheid. De therapeut laat haar vervolgens tienmaal rondjes draaien in de therapiekamer en vraagt hoe ze zich voelt. Dit bewijst natuurlijk niet dat zij geen tumor heeft, maar wel dat het draaien van rondjes tot dezelfde sensatie kan leiden.*

Een specifieke methode voor het oproepen van bedreigende sensaties is de hyperventilatie–provocatie test. Deze demonstreert op krachtige wijze hoe lichamelijke sensaties op een onschuldige wijze kunnen ontstaan en vervolgens verkeerd geïnterpreteerd worden. Dit experiment kan bij veel klachten gebruikt worden, zoals bij de paniekstoornis, hypochondrie, hartkloppingen, pijn op de borst.

### **Cognitieve demonstratie**

Bij een cognitieve demonstratie worden de interpretatie–fouten gedemonstreerd aan de hand van een parallel voorbeeld. Eerst wordt nagegaan welke catastrofale automatische cognities de patiënt heeft, wat voor denk– of logica–fouten een rol spelen in de overtuiging aan een ernstige ziekte te lijden. Vervolgens wordt aan de hand van een andere ziekte gedemonstreerd hoe een bepaalde manier van denken angst oproept.

---

*Meneer Zwart is bang te sterven aan een hersentumor. Bij het uitwerken van verschillende analyses blijkt dat hij (niet onbegrijpelijk) generaliseert: elke pijn of merkwaardige sensatie in het hoofd betekent dat er iets mis is. Meestal denkt hij aan een hersentumor. Drie dagen hoofdpijn duidt volgens hem meestal op een beginnende tumor. Hij schat de kans op 50 tot 60%. Andere oorzaken van hoofdpijn, zoals een stevige verkoudheid of beginnende griep, komen niet bij hem op. In een cognitieve demonstratie praat de therapeut over de kans op aids. Hij vraagt zich af of meneer Zwart weet dat nachtelijk zweten een teken is van aids. Vermoeidheid is ook zo'n aanwijzing. Ongetwijfeld kan de heer Zwart zich voorstellen wat het betekent om beide aandoeningen te hebben. De therapeut vraagt of hij weet hoeveel mensen niet beseffen dat ze besmet zijn met het HIV–virus en vertelt dat er iedere dag nieuwe aanwijzingen komen over hoe een besmetting tot stand komt. Zo gaat de therapeut enige tijd door en de heer Zwart begint onrustig te worden. Het blijkt dat hij bepaalde dingen al meteen op zichzelf betreft.*

Het is overigens niet noodzakelijk dat de patiënt het voorbeeld op zichzelf betreft. Het gaat erom dat duidelijk wordt hoe de patiënt op cognitief niveau dingen interpreteert, combineert of gedachtensprongen maakt en op die manier angstig wordt. Dit kan duidelijk worden wanneer een patiënt begrijpt hoe dat bij een ander werkt.

## ***Invloed uitoefenen op de klachten***

Een patiënt kan symptomen als vermoeidheid of spierpijn interpreteren als een teken van een ernstige ziekte. De patiënt staat er niet bij stil dat dergelijke symptomen onschuldige oorzaken kunnen hebben. Bij verschillende vormen van inspanning kan een toename van lichamelijke sensaties optreden. De patiënt kan gevraagd worden een inspannende taak uit te voeren, zoals het omspitten van de tuin of het maken van een wandeling. Daarbij kan de patiënt ervaren dat dezelfde lichamelijke sensaties (vermoeidheid, spierpijn) ook andere oorzaken kunnen hebben dan een ziekte.

Door bepaalde activiteiten kunnen klachten afnemen. Te denken valt aan ontspanningsoefeningen of conditieverbetering. Het verminderen van lichamelijke sensaties kan ertoe bijdragen dat de patiënt het minder waarschijnlijk vindt dat hij aan een ziekte lijdt.

---

*De vijftigjarige heer De Wit lijdt aan astma. Elk teken van een onregelmatige ademhaling wekt bij hem paniek op omdat hij bang is te stikken. Hierdoor vermijdt hij elke vorm van lichamelijke inspanning. Hij denkt machteloos te staan tegenover 'die aanvallen'. Een aanval begint met benauwdheid (bijv. geluxeerd door inspanning) met een daarop volgende angstaanval. De therapeut denkt dat meneer De Wit wel invloed op zijn klacht kan uitoefenen. Hij stelt voor dat meneer De Wit zorgt dat zijn ademhaling van slag raakt om vervolgens te proberen deze onder controle te krijgen. In aanwezigheid van de therapeut wordt geoefend met traplopen en kniebuigingen. Het lukt Meneer De Wit zijn ademhaling weer onder controle te krijgen. Hij rapporteert dat hij niet meer zo bang is voor 'die aanvallen' en dat ze minder ernstig zijn.*

## ***Opheffen van vermijdingsgedrag***

Vermijdingsgedrag is een belangrijke factor bij het in standhouden van problemen. De 'oude' gedragstherapie verklaart dit door het belonende karakter van het vermijden. De cognitieve gedragstherapie gaat ervan uit dat vermijding verhindert dat de patiënt informatie verzamelt die in tegenspraak is met zijn cognities (Salkovskis, 1996).

Patiënten vermijden inspanning, vermijden het lezen, horen of zien van informatie over een gevreesde ziekte.

---

*Johan van der Zee vermijdt elke vorm van inspanning, aangezien hij bang is te sterven aan een acute hartstilstand bij een zeer hoge hartslag. Bij het uitdagen ziet hij in dat het vermijden overdreven is en het bovendien veroorzaakt dat zijn conditie tamelijk slecht wordt, waardoor allerlei lichamelijke sensaties zoals vermoeidheid en een verhoogde hartslag eerder optreden. Er wordt een experiment afgesproken om te onderzoeken of een verbetering van zijn lichamelijke conditie zal leiden tot minder lichamelijke sensaties. Weer gaan sporten zoals hij vroeger deed durft hij niet. Wel wil hij naar een fitness-club om op een trainingsapparaat, waarbij de hartslag ook wordt geregistreerd, te gaan trainen. Hierbij kan hij registreren of zijn hartslag niet boven de tweehonderd komt. Na drie weken zal geregistreerd worden in hoeverre er een verandering in de lichamelijke sensaties is opgetreden.*

### ***Responspreventie als experiment***

Aangezien patiënten met hypochondrie vaak hun lichaam controleren en frequent geruststelling vragen, kan responspreventie goed gebruikt worden binnen een gedragsexperiment. Het veelvuldig pulken aan de huid om te onderzoeken of er iets mis is, kan tot rode vlekken of beschadigingen leiden, die de patiënt reden geven om te veronderstellen dat hij last heeft van een huidziekte. Bij het uitdagen van de cognities komt een alternatieve verklaring naar voren, namelijk dat de onregelmatigheden op de huid veroorzaakt worden door het veelvuldig aanraken. Als gedragsexperiment wordt dan afgesproken bepaalde plekken de komende week niet of veel minder te controleren en bepaalde plekken juist meer te controleren. De verschillen in irritatie van de huid dragen bij tot nieuwe ideeën over het ontstaan van de klachten.

### ***Verzamelen van ontbrekende informatie***

Tijdens het uitdagen van een bepaalde cognitie kan informatie ontbreken. Het kan zijn dat patiënt en therapeut niet weten wat de kans is op een hersentumor wanneer iemand hoofdpijn heeft of wat de kans is op overlijden in het geval van huidkanker. Soms heeft de therapeut deze informatie wel, maar vindt hij het om zekere redenen beter dat de patiënt zelf de informatie zoekt. Vaak zal het gebeuren dat het voorkomen van de gevreesde ziekte enorm overschat wordt. Een welles-nietes-discussie over de mate waarin bepaalde ziekten voorkomen is weinig zinvol. Er kan beter een experiment worden afgesproken waarbij betrouwbare informatie over incidenties verzameld wordt. Hierbij worden de volgende stappen gezet:

- a vaststellen welke informatie ontbreekt;
- b bekijken bij wie of waar de informatie gevonden kan worden;
- c inwinnen van informatie.

Als de huisarts de informatie kan verschaffen is het niet de bedoeling dat de patiënt vraagt 'ik heb al drie dagen last van hoofdpijn. Heb ik nu een hersentumor?' Het is beter om de vraag algemeen te houden, zoals 'Hoe groot is nu de kans bij mensen die een aantal dagen hoofdpijn hebben dat ze een hersentumor hebben?'. De precieze formulering wordt in de zitting afgesproken.

### **Problemen bij experimenten**

Cognitieve therapie is een behandelvorm die ook voor ervaren therapeuten valkuilen kan opleveren. Bij hypochondrie laat de therapeut zich makkelijk verleiden tot een discussie over medische zaken of tot het geven van geruststelling. Een overzicht van de uitglijders bij hypochondrie staat vermeld bij Visser en Bouman (1994b). Bij het gebruik van gedragsexperimenten binnen cognitieve therapie bij hypochondrie kunnen zich specifieke problemen voordoen. We zetten enkele van deze obstakels op een rij.

- Therapeut en patiënt verzeilen in een discussie over de bewijskracht van de uitkomst van het experiment. Na het experiment verwerpen patiënten soms de alternatieve verklaring en zoeken naarstig naar mogelijke verklaringen in de richting van de automatische gedachten. Spierpijn na een tuin omspitten kan iets zeggen over het voorkomen van dergelijke pijnen na inspanning, maar zegt niets over het lijden aan MS (waar de patiënt gelijk in heeft). Bovendien kan de patiënt beweren dat deze

pijn net even anders voelt dan die eerdere pijnen. Discussie over de bewijskracht moet vermeden worden. De therapeut kan belangstellend en op socratische wijze vragen stellen over de cognitieve verandering. Wanneer deze niet is opgetreden kan de therapeut met de patiënt zoeken naar een nieuw en mogelijk overtuigender experiment, waarbij wel de specifieke lichamelijke sensaties optreden.

- Het experiment wordt niet uitgevoerd. Hierbij spelen verschillende factoren een rol. Vaak is het experiment te moeilijk voor de patiënt. Het roept te veel angst op. Experimenten met inspanning zijn voor mensen met angst voor hartlijden of een hartinfarct moeilijk uit te voeren. Gezocht moet worden naar een situatie die voor de patiënt bruikbaar is. Zo kan het uitvoeren van het experiment in de therapiekamer uitkomst bieden. Verder kan het zijn dat een experiment niet uitgevoerd wordt omdat het meer op het lijf geschreven is van de therapeut dan van de patiënt. De patiënt ziet er weinig heil in of vindt het weinig overtuigend. Het experiment moet zodanig opgezet worden dat de uitkomst uitsluitend geeft over de houdbaarheid van de angstige gedachte. Het moet de patiënt duidelijk zijn *waarom* het experiment wordt uitgevoerd en de patiënt moet ervan overtuigd zijn *dat het experiment een goede toets is*. Onduidelijkheid over de reden van het experiment of twijfel aan de overtuigingskracht van de procedure, leidt tot weinig zinvolle exercities. Tenslotte kan het weigeren van experimenten een vorm van vermijding zijn, waarbij de patiënt zegt: 'Ik voel me net lekker en dan moet ik weer bezig met de therapie'. Dit is een begrijpelijke reactie die in de therapie besproken moet worden.
- Het experiment geeft ondersteuning voor de catastrofale cognitie. Het lijkt alsof het experiment mislukt is. Er wordt informatie toegevoegd aan de werkelijkheid. Bij meneer Jansen met angst voor een hartinfarct bleek bij inspanning dat de klachten toenamen. De therapeut kan hierop doorgaan. Hoe kan dit? Wat gebeurt er op zo'n moment met de heer Jansen? Heeft hij dan toch een infarct? Nee, wat gebeurt er dan? Alle toegevoegde informatie wordt in de zitting bekeken. Cognities worden opgespoord, uitgedaagd en alternatieven geformuleerd. Hieruit kan dan weer een nieuw gedragsexperiment voorkomen, zoals een inspanningsexperiment of een hyperventilatie provocatie in de therapiekamer.
- Er is wel intellectueel inzicht door het experiment, maar geen emotionele verandering. Er kunnen dan verschillende redenen een rol spelen. Er kunnen cognities of denkfouten die verandering blokkeren een rol spelen, bijvoorbeeld het idee: 'Hoe klein de kans ook is, je zal net zien dat het mij overkomt'. Ook kan het zijn dat de onderliggende basisassumpties een rol spelen of dat oude schema's geactiveerd worden, zoals bijvoorbeeld een overbezorgde opvoeding van de ouders. Het is goed om na te gaan of belangrijke basisassumpties in het experiment verwerkt zijn. Verder kan men van de patiënt niet verwachten dat hij zijn ideeën in één nacht verandert. Dat kost tijd en het is zinvol om experimenten in een andere vorm te herhalen.
- Een probleem van een andere orde is de snel relativiserende patiënt. Wanneer patiënten tijdens het gesprek met de therapeut niet erg angstig zijn, kunnen ze enige afstand nemen van de bedreigende situaties en hun irrationele cognities. De sterk relativiserende en vermijdende patiënten maken dan opmerkingen als 'Ik weet dat ik me aanstel' en 'Ik weet dat het onzin is'. Het begrip reikt echter niet verder dan tot de volgende angstige situatie waarin de patiënt iets in zijn lichaam voelt. Het probleem hierbij is dat de angstige cognities onvoldoende onderzocht worden en te snel wordt overgestapt naar formuleringen dat het overdreven is of onzin. Deze alternatieve cognities sluiten niet aan bij de uitlokkende lichamelijke sensaties en hebben daarmee ook minder overtuigingskracht. Zo kan het zijn dat iemand met

de angst voor een hartinfarct bij een toenemende druk op de borst en toenemende angst voor een komend hartinfarct, snel denkt 'Onzin, ik krijg toch geen hartinfarct'. Dit is dan weinig specifiek en sluit niet aan bij lichamelijke sensatie van toenemende druk op de borst. Beter is het dan te zoeken naar een alternatieve cognitie van waaruit deze lichamelijke sensaties wel begrepen kunnen worden, zoals bijvoorbeeld het feit dat hij zich net erg druk gemaakt heeft en onregelmatig en vlug ademt. Het is verstandig de patiënt duidelijk te maken dat het een grote stap vooruit is dat hij zijn angstige gedachte soms kan relativeren, maar dat het ook nodig is om juist de angstige gedachte goed uit te werken om de bewijzen daarvoor te verminderen en goed sluitende alternatieven te kunnen formuleren.

## Slotwoord

In dit artikel hebben we praktische handreikingen willen geven voor het bedenken van gedragsexperimenten binnen een cognitieve therapie. Het is niet mogelijk om hiervoor een vast protocol te formuleren omdat veel afhangt van enerzijds de inhoud van de klachten van de individuele patiënt en anderzijds de creativiteit van de therapeut. Soms is het niet mogelijk om een praktisch uitvoerbaar gedragsexperiment te bedenken. We hebben de voorbeelden en aanknopingspunten toegespitst op het klachtengebied hypochondrie. Naar onze hoop zijn deze richtlijnen ook generaliseerbaar naar klachtengebieden als paniekstoornis, gegeneraliseerde angststoornis of somatisatiestoornis. Bij andere klachten kan men zich voorstellen dat de accenten anders liggen. Zo zou men bij de dwangstoornis meer experimenten kunnen bedenken in de responspreventie-sfeer.

Zoals in het begin gezegd is niet onderzocht of gedragsexperimenten een essentieel en noodzakelijk element zijn binnen een cognitieve therapie. Dergelijk onderzoek lijkt zinvol, mede gezien de discussie of men door de toevoeging van gedragsexperimenten binnen de cognitieve therapie andere werkzame elementen introduceert, zoals exposure in vivo (vergelijk Emmelkamp en Van Balkom (1996) over cognitieve therapie bij de dwangstoornis). In ieder geval blijkt uit klinische indrukken dat gedragsexperimenten een praktische en zinvolle toevoeging zijn binnen cognitieve behandelingen.

---

### **Abstract**

*Cognitive behavioural therapy applies the use of behavioural experiments. These behavioural experiments are testing the patient's cognitions in order to help the patient to acquire less frightening cognitions. Setting up a behavioural experiment requires several steps: determination of the frightening cognition, formulation of an alternative cognition, determination of behaviour that does not accord to the cognition, making a prediction and setting up an information gathering exercise. The behavioural experiment are illustrated by case-histories of hypochondrial patients. Some clues in designing an experiment are*

mentioned: focusing on internal stimuli, the cognitive demonstration and collecting missing information. The article concludes with discussing some problems in the set up of experiments.

## Referenties

- American Psychiatric Association (1994). *The Diagnostic and Statistical manual of mental disorders* (Fourth edition). Washington DC: APA.
- Arntz, A. (1991) Principes en technieken van de cognitieve therapie. *Directieve Therapie*, 11, 252–268.
- Arntz, A. & Hout A. van den (1996). Psychological treatments of panic disorder without agoraphobia: cognitive therapy versus applied relaxation, *Behaviour, Research and Therapy*, 34, 2, 113–121.
- Beck, A.T. Rush, A.J. Shaw, B.F. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York, The Guildford Press.
- Beck, A.T., Freeman, A. & Associates (190). *Cognitive therapy for personality disorders*. New York, The Guildford Press.
- Beck, A.T. & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias*. Basic Books.
- Boelens, W. (1993). *Cognitieve therapie en gedragstherapie bij depressie*. Proefschrift, Meppel, Krips Repro.
- Clark, D.M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 461–470.
- Diekstra, R.F.W. & Dassen, W.F.M. (1979). *Inleiding tot de rationele therapie*. Lisse, Swets & Zeitlinger.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York, Lyle Stuart.
- Emmelkamp, P.M.G., Bouman, T.K. & Scholing, H.A. (1995). *Angst, fobieën en dwang. Diagnostiek en behandeling*. Houten, Bohn Stafleu Van Loghum.
- Emmelkamp, P.M.G. & Balkom, A.J.L.M. van (1996). Angststoornissen. In: Vandereycken, Hoogduin & Emmelkamp (red.). *Handboek psychopathologie. Deel 3*. Houten, Bohn Stafleu Van Loghum.
- Hawton, K., Salkovskis, P.M., Kirk, J. & Clark, D.M. (1989). *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems*. Oxford, Oxford University Press.
- Jansen, A. (1993). *Bulima nervosa effectief behandelen*. Lisse, Swets & Zeitlinger.
- Jongh, A. de (1995). *Dental anxiety: a cognitive perspective*. Proefschrift, Ridderkerk, Ridderprint.
- Meichenbaum, D. (1981). *Cognitieve gedragsmodificatie*. Deventer, Van Loghum Slaterus.
- Oppen, P. van, Haan, E. de, Balkom, A.J.L.M. van, Spinhoven, Ph., Hoogduin, C.A.L. & Dyck, R. van (1995). Cognitive therapy and exposure in vivo in the treatment of obsessive–compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 379–390.
- Rachman, S. & K. Levitt (1987). Panic, fear reduction and habituation. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 3, 199–206.
- Salkovskis, P.M. (1991). The importance of behaviour in the maintenance of anxiety and panic: a cognitive account. *Behavioural Psychotherapy*, 19, 1, 6–19.
- Salkovskis, P.M. (1996). Avoidance behaviour is motivated by threat beliefs: a possible resolution of the cognitive–behaviour debate. In: Salkovskis (ed.). *Trends in cognitive and behavioural therapies*, Chichester, John Wiley.
- Salkovskis, P.M. & Warwick, H.M.C. (1986). Morbid preoccupations, health anxiety and reassurance: a cognitive–behavioural approach to hypochondriasis. *Behavioural Research and Therapy*, 24, 597–602.
- Scholing, A. & Emmelkamp, P.M.G. (1994). *Sociale fobie. Praktijkreeks gedragstherapie*. Houten, Bohn Stafleu Van Loghum.
- Speckens, A.E.M. (1995). *Cognitive behavioural therapy for unexplained physical symptoms*. Proefschrift Rijks Universiteit Leiden.
- Thorpe, S.J. & Salkovskis, P.M. (1995). Phobic beliefs: do cognitive factors play a role in specific phobias? *Behaviour, Research and Therapy*, 33, 7, 805–816.
- Visser, S. & Bouman, T.K. (1994a). Cognitive therapie bij hypochondrie. Een n = 2 studie. *Gedragstherapie*, 27, 345–367.
- Visser, S. & Bouman, T.K. (1994b). Tobben met hypochondere en sterk somatiserende patiënten. *Directieve Therapie*, 14, 347–365.