



Universiteit  
Leiden  
The Netherlands

## Has everyone won, and must all have prizes?

Does, A.J.W. van der

### Citation

Does, A. J. W. van der. (2006). Has everyone won, and must all have prizes? *Psychometrika*, 41, 650-657. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/14034>

Version: Not Applicable (or Unknown)

License: [Leiden University Non-exclusive license](#)

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/14034>

**Note:** To cite this publication please use the final published version (if applicable).

Voor het onderzoek naar psychotherapie gold lange tijd het zogenaamde 'Dodo bird verdict'. Dat veranderde toen (cognitieve) gedragstherapie (CGT) bij steeds meer problemen effectief bleek. Geregeld duiken behandelmethodes op

die een beter of sneller effect claimen. De meeste claims berusten op dubieuze bewijsvoering en dringen niet door

*Willem van der Does*

## Wetenschap

### Has everyone won, and must all have prizes?

Hedendaags mesmerisme

Kort voor de Franse revolutie, in 1778, vestigde de arts Franz Anton Mesmer zich vanuit Wenen in Parijs, op zoek naar erkenning voor zijn grote ontdekking. Mesmer meende dat het universum doortrokken is van een ijle substantie, 'magnetisch fluïdum'. Ziekte zou ontstaan

door onevenredige verdeling van het fluïdum of door een belemmerde circulatie. Mesmer zelf bezat een hoge mate van persoonlijk magnetisme, waardoor hij in staat was door middel van gebaren blokkades op te heffen en patiënten te genezen. Mesmer maakte in Frankrijk zo'n furor en ophef dat de koning aan de hoogste wetenschappelijke instanties opdracht gaf het verschijnsel te onderzoeken. Ondanks het feit dat de opkomst en ondergang van het dierlijk magnetisme zich ruim twee eeuwen geleden afspeelde, is deze geschiedenis verrassend actueel en bijzonder instructief. Bovendien is zij van belang omdat het onderzoek dat de *Académie des Sciences* in opdracht van de koning uitvoerde, waarschijnlijk het vroegste, goedgedocumenteerde voorbeeld is van onderzoek in de experimentele psychopathologie. Ik zal u dit verhaal dus in enig detail uit de doeken doen.<sup>1</sup>

#### Een gewone jongen wordt dokter

Mesmer was van eenvoudige komaf, maar dankzij het feit dat zijn vader voor een bisschop werkte, kon hij gaan studeren. Nog ongehinderd door het verschijnsel 'bindend studieadvies' werd hij na afgebroken studies filosofie, theologie en rechten op zijn 26ste student geneeskunde in Wenen, een faculteit met een goede reputatie. Na zes jaar studeerde Mesmer af op een dissertatie waarin hij de theorie ontvouwde dat de menselijke fysiologie onder invloed staat van de bewegingen van planeten. De theorie klinkt in moderne oren occult, maar niet in de oren van wetenschappers in die tijd. Boerhaave zag als een der oorzaken van ziekte het uit balans zijn van lichaamsvloeistoffen, en Newtons gravitatiewetten waren geaccepteerd maar de oorzaak van gravitatie was een raadsel.

tot de hoofdstroom. EMDR is dit wel gelukt. In dit artikel wordt een vergelijking gemaakt met een miraculeuze therapie die ruim twee eeuwen geleden door Europa trok.

In die tijd werd door velen nog een subtiel stoffelijk fluïdum verondersteld als grondslag voor de zwaartekracht. Mesmer ging nog enkele stappen verder en veronderstelde een universeel fluïdum, dat net als de getijden onder invloed staat van bewegingen van planeten.

Mesmers dissertatie passeerde de beoordeling zonder problemen, waarbij – zoals veel later is gebleken – over het hoofd werd gezien dat hij hele stukken geplagieerd had van een Engelse collega.<sup>2</sup> In 1766 verliet Mesmer de universiteit, 32 jaar oud. Hij huwde een rijke adellijke weduwe, begon een medische praktijk, en nam deel aan het Weense culturele leven. Een van Mozarts eerste opera's, *Bastien und Bastienne*, ging in première in zijn villa.

In 1774 werd hij geconsulteerd door een patiënte met histerie, Franzl Oesterlin, die ongevoelig bleek voor alle bekende behandelingen. Mesmer wendde zich tot de astronoom Maximilian Hell, die experimenteerde met magneten en die in dat jaar een geval van maagkramp had zien genezen. Op 28 juli 1774, toen Franzl O. een aanval van histerie had, plaatste Mesmer drie magneten op haar lichaam, één op de maagstreek en één op elk been. Vrijwel onmiddellijk namen haar symptomen toe. Ze voelde pijnlijke stromingen in haar lichaam, die na enige tijd haar lichaam uitstroomden. De verlichting hield zes uur aan. De volgende dag werd een nieuwe aanval met hetzelfde succes behandeld. Kort daarop claimden Hell en Mesmer beiden de ontdekking van de behandeling van zenuwziekte met magneten, waarbij ze elkaar slechts een bijrol toedichten als uitvoerder respectievelijk leverancier van magneten. Mesmer besliste het geschil in zijn voordeel door zijn observatie dat de magneten onnodig waren. Hetzelfde resultaat kon hij bereiken door met zijn handen langs het lichaam van zijn patiënte te strijken, het herstel moest dus veroorzaakt zijn door zijn persoonlijke magnetisme. Hij introduceerde de term dierlijk magnetisme.



However, when they had been running half an hour or so, and were quite dry again, the Dodo suddenly called out 'The race is over!' and they all crowded round it, panting, and asking 'But who has won?' This question the Dodo could not answer without a great deal of thought, and it stood for a long time with one finger pressed upon its forehead (the position in which you usually see Shakespeare, in the pictures of him), while the rest waited in silence. At last the Dodo said 'Everyone has won, and all must have prizes.'

Lewis Carroll (1865). *Alice's adventures in Wonderland*.

## Het 'Dodo bird verdict'

### Pogingen tot erkenning

Met deze manoeuvre won Mesmer de slag met concurrent Hell, maar het bleek een pyrrusoverwinning. Hij verzocht de Weense faculteit om het dierlijk magnetisme te onderzoeken, maar kreeg nul op het rekest. Het riekte te veel naar occultisme.

Gefrustreerd door de afwijzing door zijn collega's wendde Mesmer zich tot een breder publiek. De volgende vier jaar behandelde hij doofheid, maagkrampen en vele andere kwalen, en werd een fenomeen in Wenen. Echter, het establishment tegen je in het harnas jagen, dat blijft niet onbestraft. En inderdaad werd een schandaal het einde van Mesmers Weense tijd. Er ontstond rumoer over de behandeling van de achttienjarige dochter van de secretaris van de keizerin. Er zou een ongezond sterke band zijn ontstaan tussen arts en patiënte, die in Mesmers villa annex kliniek was opgenomen. Er kwam publiekelijk getouwtrek over, eindigend in de verwijdering van de jonge vrouw uit de kliniek en verdere beschadiging van Mesmers reputatie. Mesmer zag in de affaire een complot van het establishment, dat niet kon verkroppen dat hij dreigde te slagen waar de beroemdste professoren hadden gefaald. Mesmer zag vrij snel complotten, maar in dit geval had hij misschien gelijk. Hij zag zich genoodzaakt Wenen te verlaten.

Mesmer was ontgoocheld maar ongebroken. Hij vestigde zich in Parijs en deed allereerst drie nieuwe pogingen om officiële erkenning te verkrijgen. De *Académie des Sciences*, de *Société Royale de Médecine* en de Parijse faculteit Geneeskunde keurden zijn praktijk echter geen onderzoek waardig en beschouwden Mesmer als een kwakzalver. De geschiedenis herhaalde zich: in tegenstelling tot deze elitaire genootschappen was het publiek wel ontvankelijk. Van heinde en verre stroomden de patiënten toe en de ene na de andere genezing voltrok zich. Mesmer werd zo'n sensatie dat de ko-

ning in 1784, zes jaar na zijn komst, de opdracht gaf om de nieuwe therapie alsnog te onderzoeken.

### Experimentele psychopathologie

De *Académie des Sciences* stelde een onderzoekscommissie samen die bestond uit zeer grote geleerden, onder wie de chemicus Lavoisier, de sterrenkundige Bailly, de arts Guillotin en als voorzitter de Amerikaanse ambassadeur, Benjamin Franklin.

Hoe ging de commissie te werk? Mesmer wilde inspectie alleen op zijn eigen voorwaarden toestaan, dus visiteerde de commissie zijn leerling Charles D'Eslon. Zij observeerden de groepsbehandelingen – *séances* – die plaatsvonden in een mystieke sfeer: rijk gestoffeerde kamers, spiegels aan de muren, gedempt licht en de ijle muziek van een glasharmonica – een uitvinding van Benjamin Franklin. De patiënten zaten rondom houten tobbes waaruit ijzeren staven staken die zij vasthielden (zie Figuur 1). In de tobbes bevonden zich flessen gemagnetiseerd water. De magnetiseur liep rond met enkele assistenten, allen met pruik en kleurrijk jacquet. De een na de andere patiënt kreeg convulsies, die door de magnetiseur crises werden genoemd.

De commissie besloot dat de focus van het onderzoek niet de genezingen dienden te zijn, maar het veronderstelde mechanisme. De commissieleden namen zelf deel aan enkele *séances*, maar ondervonden daarvan geen effect. Vervolgens testten zij het magnetisme op andere proefpersonen, van wie sommigen willekeurig gekozen, en anderen geselecteerd op hooggevoeligheid. Na een serie experimenten tekende zich de conclusie af dat het magnetisme niet werkte bij sceptici, en dat verbeelding verantwoordelijk was voor de effecten. Teneinde deze conclusie te testen, besloot de commissie om te proberen de crises op te wekken door verbeelding alleen.

Het cruciale experiment werd uitgevoerd op het landgoed van Benjamin Franklin. D'Eslon had een gevoelige



**Figuur 1. Mesmeriaans instrument**

proefpersoon geselecteerd, een twaalfjarige jongen, en in de tuin had hij een van de bomen gemagnetiseerd. Inderdaad, een boom – het magnetisch fluïdum was immers universeel. De ontdekking dat bomen een geschikt medium vormen, was handig voor de groepsbehandeling van minvermogenden, die dan niet het tapijt van de magnetiseur hoefden te bevuilden.

De jongeman werd geblinddoekt langs bomen geleid. Elke boom moest hij, conform de instructies van D'Eslon, twee minuten omarmen. Bij de eerste boom verklaarde hij na een minuut dat hij zich beklemd voelde, hij kuchte en gaf slijm op. Dit was op negen meter van de gemagnetiseerde boom. Bij de tweede boom voelde hij zich verdoofd en vreemd in zijn hoofd. De afstand was nu twaalf meter. Bij de derde boom, op dertien meter, kreeg hij ook nog hoofdpijn. Bij de vierde boom, op acht meter, raakte hij in crisis: hij verloor het bewustzijn, verstijfde en werd weggedragen.

Met deze jongen werden ook de laatste twijfels van de commissie weggedragen. Letterlijk staat in hun rapport: 'De commissieleden, [...] aangetoond hebbend door beslissende experimenten dat verbeelding zonder magnetisme leidt tot convulsies, en dat magnetisme zonder verbeelding leidt tot niets, hebben unaniem geconcludeerd [...] dat niets wijst op het bestaan van het dierlijk magnetisch fluïdum. Hieruit volgt [...] dat de heftige effecten die tijdens groepsbehandelingen geobserveerd worden het resultaat zijn van aanraking, van door verbeelding uitgelokt gedrag, en van mechanische imitatie die mensen ondanks zichzelf laat herhalen wat ze waarnemen.' De conclusie luidde dat '[...] aanraking, verbeelding en imitatie de werkelijke oorzaken (zijn) van de effecten toegeschreven aan het dierlijk magnetisme. [...] Er zijn redenen om aan te nemen dat verbeelding de belangrijkste van deze drie oorzaken is [...].'<sup>3</sup>

De therapeutische effecten van magnetisme werden in het rapport niet direct betwist, maar de commissie vond dat de crises gevaarlijk konden zijn en was van mening dat magnetisme op lange termijn schadelijk moest zijn. Mesmers

reactie op het rapport was voorspelbaar: de commissie had het geknoei van een leerling onderzocht, en dat had niets te betekenen voor de onversneden vorm van magnetisme die hijzelf praktiseerde.

De fascinerende geschiedenis van het mesmerisme is hiermee nog lang niet ten einde. Ik onderbreek haar echter hier voor de conclusie dat een aantal Franse natuurwetenschappers en een Amerikaanse autodidact hiermee het eerste belangwekkende en goed gedocumenteerde onderzoek in de experimentele psychopathologie verricht hebben. De experimentele psychopathologie bestaat formeel – met een als zodanig benoemde leerstoel – sinds een jaar of tien, twintig. Het is mij niet bekend waar en door wie formeel de eerste leerstoel is bekleed. Het zou echter passend zijn om de geschiedenis van de experimentele psychopathologie te laten beginnen in 1784, en de eerste leerstoel postuum toe te kennen aan de drijvende kracht van de commissie, de scheikundige Antoine Lavoisier. Moge het met zijn opvolgers beter aflopen dan met hem, want Lavoisiers leven eindigde door de uitvinding van zijn medecommissielid Guillotin.<sup>4</sup>

### Genezers en onderzoekers

De experimentele psychopathologie probeert via experimenten de oorzaken van psychopathologie te identificeren en te onderzoeken welke mechanismen psychopathologie in stand houden of juist kunnen genezen. Ook op andere manieren wordt in de klinische psychologie en psychiatrie onderzoek gedaan naar oorzaken en behandeling. Bijvoorbeeld in de vorm van epidemiologisch onderzoek en therapie-effectstudies, maar dit type onderzoek is minder beslissend over de kwestie van oorzaken en mechanismen. Een therapie-effectstudie zou het mesmerisme doorstaan hebben, maar een experiment legde bloot dat het effect op iets anders was gebaseerd dan Mesmer veronderstelde. Waarom doen we dat eigenlijk? Waarom stellen we ons niet tevreden met de constatering dat een therapie werkt? De patiënt zal het een zorg zijn – als hij maar beter wordt. Als een therapie geen oorzakelijk mechanisme aanspreekt, kan die therapie toch effect hebben of lijken te hebben. Op zijn best hebben we te maken met een placebo-effect of met natuurlijk beloop, maar op zijn slechtst met geldklopperij of met een uiteindelijk schadelijke therapie. Er wordt wel verkondigd dat een groot deel van het medisch handelen sowieso gebaseerd is op placebo's. Dus, als we nu zorgen dat echt schadelijke praktijken uitgebannen worden, hebben we dan niet voldoende bereikt?

De consequentie van dat standpunt is dat alles wat werkt dan ook aanspraak kan maken op vergoeding. Extreem standpunt? Ik heb mijn verzekeringspolis er eens op nageslagen en ben tot de conclusie gekomen dat ik ben oververzekerd: mijn verzekeraar vergoedt homeopathische geneesmiddelen onbepaald en ik mag me ook nog voor 250 euro per jaar alternatief laten genezen. Nog niet zo lang geleden zat homeopathie zelfs in het ziekenfondspakket. Op het eerste gezicht lijkt dit beleid voor een verzekeraar niet eens ir-

rationeel. Ondanks het feit dat er weinig onzinniger behandelingen denkbaar zijn (Shang et al., 2005; Vandenbroucke, 1997), heeft homeopathie in een individueel geval soms toch effect. Waarom is dat dan toch onvoldoende?

Om te beginnen, als onze aandacht uitgaat naar de verkeerde ingrediënten van een therapie, staat de wetenschap stil. De tragiek van Mesmer is dat hij, in zijn streven naar roem, een grote ontdekking voor het oprapen had, maar die heeft laten liggen door de verkeerde theorie. Als hij zich realiseerde had dat de oorzaak van de effecten psychologisch was, zou hij de geschiedenis zijn ingegaan als de grondlegger van psychotherapie en psychosomatiek. In plaats daarvan werd hij een wat koddige voorloper. Er zijn meer redenen: 'baat het niet dan schaadt het niet' gaat lang niet altijd op. Tegenover de verbluffende resultaten van alternatieve genezers staat een veelvoud aan gevallen waarin de therapie faalt. De genezingen trekken de aandacht, de mislukkingen druipen beschaamd af. Een mislukte therapie is soms alleen uitstel van genezing, maar soms leidt uitstel tot schade. Langdurige depressies zijn moeilijker behandelbaar (Sotsky et al., 1991). En een mislukte therapie kan leiden tot demoralisering. Een mislukte poging tot gedragsverandering kan een ervaring zijn die bijdraagt tot het succes van een latere poging, maar na een serie mislukkingen kan ook een onverschilligheid intreden waardoor verdere pogingen gestaakt worden (Polivy & Herman, 2002). Van een wondertherapie leer je in elk geval niets. Als de wondertherapie voorgeschreven is door een arts of psycholoog, ondermijnt dit het vertrouwen in de beroepsgroep. Bij nader inzien is het beleid van mijn verzekeraar dus wel irrationeel.

Niet alleen bij patiënten, ook bij behandelaars kunnen placebotherapieën tot demoralisering leiden. Een placebo werkt als de patiënt gelooft dat hij kan werken en dat hangt weer sterk af van de vraag of de behandelaar dat gelooft. De menselijke ambitie is onbegrensd, dus zullen er telkens nieuwe placebo's de kop op steken, successen worden geclaimd, en daarmee het geloof in de oude placebo's worden ondergraven. Een behandelaar die een paar nieuwe wondermiddelen heeft zien komen en gaan, gelooft het op een gegeven moment wel. De psychotherapie verkeert daarbij in de positie dat het niet zo lang geleden onmogelijk leek om niet-placebotherapieën te identificeren. De meeste therapieën hadden wel enig effect, maar er was geen onderling verschil (Luborsky et al., 1975). *Everyone has won, and all must have prizes*. Er is wel geopperd dat het vruchtbaarder zou zijn om de gemeenschappelijke kenmerken van alle psychotherapieën – de non-specifieke factoren – zo bewust mogelijk aan te wenden ter maximalisering van het placebo-effect (Omer & London, 1989). Psychotherapie komt er dan op neer dat we een formele overeenkomst aangaan die we definiëren als therapie, dat we de symptomen van een label voorzien, een plausibele theorie bedenken die de symptomen verklaart of legitimeert, en daarmee in overeenstemming een ceremonie opvoeren die de patiënt de gelegenheid moet bieden afstand te doen van zijn klachten. Als dit alles geloofwaardig wordt gebracht, is er een redelijke kans dat het iets doet. En hoe

meer poppenkast, hoe groter de kans dat er af en toe een echte genezing tussen zit.

Ik doe er nu enigszins misprijzend over, maar de waarheid is natuurlijk dat die non-specifieke factoren in de praktijk bijzonder belangrijk zijn. Voeg daarbij een factor die ik nog niet heb genoemd, empathie, en inderdaad hebben we dan een substantieel deel van de effecten van psychotherapie te pakken, misschien wel van geneeskunde in het algemeen. Een placebo-component is ook aangetoond voor chirurgische ingrepen (Moseley et al., 2002) en op biochemisch niveau zijn effecten van placebo's gemeten, bijvoorbeeld op het dopaminesysteem (De la Fuente-Fernandez et al., 2001). De non-specifieke factoren vormen dus een voorwaarde voor verdere therapeutische interventies, en niet zelden zetten ze op zichzelf al een verbetering in gang. Niettemin, als we ons beperken tot het maximaliseren van non-specifieke factoren in psychotherapie, doen we patiënten tekort. En verder vrees ik dat we met zo'n verhaal geen briljante studenten trekken. De laatste tien, twintig jaar is forse vooruitgang geboekt in de behandel mogelijkheden, met name in de cognitieve gedragstherapie. Dat is ook zeker tot het werkveld doorgedrongen, maar nog niet voldoende. Ik zie nog met enige regelmaat studenten terug aan het eind van hun stage, die het idee hebben voornamelijk als een soort praatpaal te hebben gefungeerd. Ondanks een goede beoordeling zijn ze allicht teleurgesteld over de inhoud van dit vak – de beoordeling lijkt vooral tot stand gekomen op grond van redelijke sociale vaardigheden en enig gezond verstand. Die teleurstelling vind ik goed te begrijpen. Als psychotherapie zou neerkomen op correcte bejegening en een aan mode onderhevig theorieetje met bijpassende ceremonie, zou daar geen academische vorming voor nodig zijn.

### Hedendaagse Mesmers

Ik vermeldde hierboven dat de geschiedenis van het mesmerisme nog lang niet ten einde was. Hoe is het eigenlijk afgelopen met het mesmerisme? Mesmer had een exclusieve beweging gestart. Voor een aanzienlijk bedrag konden mensen lid worden, waarna zij werden ingewijd in de geheimen van het magnetisme en zelf patiënten konden gaan behandelen, na een verklaring te hebben getekend dat zij geen onbevoegden zouden opleiden (Buranelli, 1975). In elk geval qua organisatie was Mesmer een grondlegger van de psychotherapie.

Na het onderzoek van Lavoisier cum suis werd het dierlijk magnetisme door de beroepsverenigingen in de ban gedaan en alle artsen die het praktiseerden riskeerden royement. Mesmers beweging viel in drie stromingen uiteen (Buranelli, 1975). Er is korte tijd een politieke stroming geweest, die ten einde kwam in de Franse revolutie. De tweede stroming nam de psychologische verklaring van het mesmerisme serieus en leidde zo'n vijftig jaar later tot de hypnose, hetgeen nog steeds een bruikbare techniek is, bijvoorbeeld bij de behandeling van pijn. De derde stroming is het occultisme. Mesmer was een inspiratiebron voor een groot aantal occulte praktijken, hij wordt bijvoorbeeld genoemd in de geschriften van

een zekere madame Blavatsky, grondlegster van de theosofie. Als spiritueel medium en goeroe beweerde ze haar inzichten en wijsheden op bovennatuurlijke wijze rechtstreeks gedicteerd te krijgen van twee mahatma's. Tijdens *séances* dwarrelden papiertjes met spirituele boodschappen naar beneden, die zij naar later bleek zelf had geschreven. De ontmaskering heeft niet veel uitgemaakt, de theosofie is nog steeds wereldwijd actief.

Zoals ik al zei, experimentele psychopathologie is een geschikte methode om hedendaags mesmerisme te ontmaskeren, het probleem is alleen: het is dweilen met de kraan open. Voordat de ene mode ontzenuwd is, is de volgende genezer al weer opgestaan. En het publiek is ook niet erg onder de indruk van weerleggingen, zoals ook Mesmer al ondervond. Er zijn vele vormen van hedendaags mesmerisme, zowel in het alternatieve als in het reguliere circuit. Nog een voorbeeld van dat laatste: een medisch toptijdschrift, *Archives of Internal Medicine*, publiceerde een paar jaar geleden een onderzoek waarin een effect geclaimd werd van geheime gebedsgenezing op het herstel van intensive-care-patiënten (Harris et al., 1999). Uiteraard kunnen religie en sociale steun belangrijk zijn voor ernstig zieke patiënten, maar deze patiënten wisten niet eens dat voor hen gebeden werd door onbekenden ergens buiten het ziekenhuis. Kort daarop werden in een stroom van ingezonden brieven de statistische blunders en logische denkfouten in dit onderzoek blootgelegd (Sloan & Bagiella, 2000; Van der Does, 2000), maar het kwaad was al geschied. Het Amerikaanse *National Institute of Health* sponsorde de afgelopen jaren dit soort bizarre experimenten met vervolgonderzoeken ter waarde van vele miljoenen dollar. De resultaten zijn net gepubliceerd – het effect blijkt nul, en in één geval zelfs averechts (Krucoff et al., 2005; Benson et al., 2006) (zie de tekening van Peter van Straaten). Ook buiten de geneeskunde tiert de irrationaliteit welig; 64% van de Amerikanen vindt dat creationisme op school moet worden onderwezen (Goodstein, 2005), en ook de Nederlandse minister van onderwijs vindt *intelligent design* wel interessant. Het lijkt allemaal misschien onschuldig, maar onderwijs in creationisme ondermijnt een wetenschappelijke houding. De voorstanders hiervan gedragen zich als de sigarettenfabrikanten begin jaren negentig, die er fijntjes op wezen dat het wetenschappelijk bewijs dat roken longkanker veroorzaakt nog steeds niet 100% waterdicht was.

Nu kom ik tot slot op de vraag welk antwoord de klinische psychologie dient te formuleren op hedendaagse vormen van mesmerisme. Of, in de woorden van de beroemde Britse filosoof John Cleese: 'Now comes the tricky part.'

Laten we eerst eens vaststellen wat hedendaagse uitingen van mesmerisme zijn. Weinigen van u zullen de geschiedenis van Mesmer gelezen hebben zonder aan Jomanda te denken. De parallellen zijn opvallend: gemagnetiseerd of ingestraald water, convulsies, wonderbaarlijke genezingen en schandalen. En net zoals Mesmer regelmatig moest verkassen, zijn inmiddels ook de wonderen de Betuwe weer uit. Maar er is een belangrijk verschil: Mesmer was arts en zocht zijn hele carrière naar erkenning van collega's en officiële in-

stanties. Jomanda werkt buiten de geneeskunde en het oordeel van de inspectie laat haar koud. Ik ben niet de eerste die dit constateert (McNally, 1999): de hedendaagse Franz Mesmer is niet Jomanda maar Francine Shapiro, de grondlegster van EMDR – eye movement desensitization and reprocessing. EMDR is begonnen als een revolutionaire therapie voor psychotrauma en inmiddels uitgegroeid tot wondermiddel voor pijn, fobieën, rouw, angst, woede, schuldgevoelens, multiple persoonlijkheidsstoornis en huwelijksproblemen. Wat is EMDR? EMDR is in 1989 voor het eerst gepubliceerd als een één-sessie-behandeling van psychotrauma (Shapiro, 1989). Posttraumatische-stressstoornis is behandelbaar met gedragstherapie, maar de behandeling duurt weken tot enkele maanden, en is voor de patiënt behoorlijk belastend, omdat het intensieve confrontatie met traumatische herinneringen met zich meebrengt. EMDR belooft een snelle en pijnloze oplossing, en zet daarmee behandelaars die zich nog bezighouden met ouderwetse gedragstherapie te kijk als knoeiers. In EMDR moet u, als patiënt, een traumatisch beeld in gedachten nemen, waarna ik, als uw behandelaar, voor uw gezicht ritmische gebaren ga maken, terwijl u mijn vinger met uw ogen blijft volgen. U houdt uw hoofd stil, het gaat om de oogbewegingen. De oogbewegingen zouden leiden tot 'versnelde informatieverwerking', hetgeen de verwerking faciliteert van voorheen 'vastzittend materiaal' (Shapiro, 1989). Het opheffen van blokkades dus.

Mesmer kreeg telkens nul op het rekest bij de vakverenigingen, maar het lukte hem wel om heel wat individuele artsen te overtuigen en zelfs een brede beweging te starten. Shapiro is nog succesvoller. Een brede beweging is gevormd, meer dan 25.000 therapeuten getraind, en zelfs binnen een serieuze club als de *Association for Behavioral and Cognitive Therapies* wordt een *Special Interest Group* EMDR geduld. Publicaties over EMDR verschijnen in respectabele tijdschriften. De *American Psychological Association* nam in de jaren negentig EMDR op in een lijst van empirisch onderbouwde therapieën als 'waarschijnlijk effectief', en EMDR-workshops zijn een miljoenenbusiness.

Net als het mesmerisme is EMDR in ontmantelingsstudies allang ontmaskerd. EMDR leidt niet tot een sneller effect dan gedragstherapie (Taylor et al., 2003) en ook niet tot minder drop-outs (Hembree et al., 2003). De oogbewegingen blijken onnodig voor het therapeutisch effect (Cahill et al., 1999; Lohr et al., 1999). Een therapeutisch effect dat er dus wel degelijk is (Seidler & Wagner, 2006) en dat begrepen kan worden als men beseft dat een van de ingrediënten van EMDR blootstelling is aan traumatische herinneringen. Exposure noemen we dat in de gedragstherapie. Exposure is de best gedocumenteerde therapeutische factor in de behandeling van angststoornissen. De APA heeft dus een aloude techniek in een modern hocus-pocusjasje opgenomen in een lijst van werkzame therapieën. Inmiddels is men zich van de gevolgen bewust en volgende versies van deze lijst zullen waarschijnlijk geen merknamen van therapieën meer bevatten, maar slechts mechanismen van veranderingen – exposure dus in plaats van EMDR (Rosen & Davidson, 2003).

Van EMDR wordt niet alleen geclaimd dat het effectief is, maar ook nog eens onwaarschijnlijk snel effectief. Naast exposure zou hier dus een forse placebocomponent aan het werk kunnen zijn. Of liever gezegd, geweest kunnen zijn, want inmiddels is EMDR opgerekt van een *one-session cure* naar een behandeling van acht fases die vijf tot twaalf sessies vergen (Shapiro, 1999). De resultaten van EMDR zijn dan ook lang niet bij elke onderzoeksgroep even spectaculair en blijvend (Devilley & Spence, 1999; Carrigan & Levis, 1999). Shapiro's reactie op negatieve resultaten is voorspelbaar: het geknoei van leerlingen is onderzocht en dat heeft niets te betekenen voor de onversneden vorm van EMDR die zij praktiseert (Rosen, 1999). Die onversneden vorm is in de loop van vijftien jaar dus wel aan verandering onderhevig. In de eerste publicatie in 1989 was het nog dat het lezen van de publicatie voldoende informatie bood om het merendeel van de patiënten in één sessie te kunnen behandelen, nadere informatie kon verkregen worden bij de auteur. Wie die nadere informatie opvroeg, kreeg niet een uitgebreid behandelprotocol opgestuurd, zoals gebruikelijk in de academische psychologie, maar een folder voor een dure workshop waarin stond te lezen dat clinici die ongetraind EMDR toepasten hun cliëntèle aan risico's blootstelden (Devilley, 2002). Deelnemers aan zulke workshops wordt gevraagd een verklaring te tekenen dat zij de techniek niet aan anderen zullen leren. Inmiddels is er level I, level II en level III training en zijn er allerlei eisen voor nascholing en continue supervisie. Niet alleen lucratief, maar ook noodzakelijk om critici voor te blijven. Shapiro's reactie op negatieve resultaten is namelijk voorspelbaar: de behandelaars waren slechts opgeleid tot level II (Devilley, 2005).

Gadgets zijn er ook.<sup>5</sup> Als u bang bent dat u RSI krijgt van de hele dag te zitten gebaren, kunt u voor \$ 399 de EyeScan 2000 aanschaffen: een statief met daarop een lange horizontale staaf met kleine lampjes die successievelijk aan en uit gaan. Nu gebleken is dat de oogbewegingen onnodig zijn, stelt Shapiro dat elke bilaterale stimulatie kan werken. De Eyescan 4000 (\$ 559 *plus Shipping & Handling*) heeft dan ook als extra *feature* een *music option* (*add \$ 89 + \$ 29,95*) waarmee bilateraal geluiden aangeboden kunnen worden (zie Figuur 2). De draagtas kost slechts \$ 42. Ik zou nog als tip willen meegeven dat met glasharmonicamuziek in het verleden heel aardige resultaten zijn geboekt.

### Wat te doen?

Hoe dienen de psychiatrie en klinische psychologie hierop te reageren? Patiënten willen uiteraard een zo snel mogelijke oplossing. Ook de clinicus die met een grote *caseload* van patiënten zit die maar matig opschieten, kan niet verweten worden dat hij geïnteresseerd in een mogelijke *magic bullet*, zeker niet als hem wordt aangewreven dat hij zijn patiënten onnodig zit te belasten. De nadelen heb ik u geschetst en voor EMDR komt er nog het een en ander bij. Afleiding tijdens exposure kan leiden tot verwatering van het therapeutisch effect, met name op de lange termijn (Craske et al., 1989;



Figuur 2. EMDR-gadget

Kamphuis & Telch, 2000; Telch et al., 2004).<sup>6</sup> In een aantal goed gecontroleerde studies bleek op lange termijn een op exposure gebaseerde gedragstherapie beter te werken dan EMDR (Devilley & Spence, 1999; Taylor et al., 2003). Wetenschappelijke vooruitgang? Als het *peer-review*-systeem beter had gefunctioneerd en een artikel met een onwaarschijnlijke claim (Shapiro, 1989) niet in een respectabel tijdschrift was verschenen, waren deze tijdrovende en kostbare *trials* niet nodig geweest.

Hoe erg is het nu eigenlijk? In de vs is EMDR een commerciële, intimiderende en antiwetenschappelijke beweging, die niet aarzelt om critici rechtszaken aan te doen. Sommige onderzoekers hebben het nodig gevonden hun wetenschappelijke publicaties eerst aan juristen voor te leggen (McNally, 1999). In Nederland is de EMDR-beweging veel onschuldiger en ik geloof zonder meer dat men gewoon het beste probeert te doen voor de patiënt. De omvang van de EMDR-beweging in Nederland baart me wel zorgen, u zult begrijpen dat ik tegen opname van EMDR in zorgprogramma's ben en tegen *in-house* trainingen van medewerkers. Het zal moeilijk genoeg worden nu de verzekeraars het voor het zeggen krijgen. Ik vrees dat zij EMDR zullen gaan eisen – lekker snel en goedkoop – tot er weer een andere mode is. Wetenschappelijk onderzoek naar EMDR is wat mij betreft ook niet meer zinvol. Onderzoek naar nieuwe indicaties al helemaal niet, maar sommigen vinden dat studies naar het mechanisme nog zin kunnen hebben, dat uit de EMDR-praktijk nog iets geleerd kan worden over de condities waaronder exposure wel en niet werkt.

Enkele aanbevelingen dus over wat we niet moeten doen, maar wat dan wel? De klinische psychologie heeft de laatste decennia geleidelijke maar duidelijke vooruitgang geboekt. Deze vooruitgang is zeker ook doorgedrongen tot het werkveld, maar er is een te grote tolerantie voor achterhaalde en onwaarschijnlijke tests en behandelmethoden vanuit een politiek correcte houding dat verschillende benaderingswijzen hun plaats moeten kunnen hebben. Het is een illusie om te denken dat al ons handelen *evidence-based* kan worden, maar dat betekent niet dat we *evidence-ignoring* kunnen gaan handelen. Als clinici, onderzoekers en opleiders moeten

we onszelf dat aantrekken. Reageren op elke nieuwe mode is onbegonnen werk, maar niettemin moet dat van tijd tot tijd gebeuren. Ons belangrijkste verweer is echter: goed onderwijs.

Prof. dr. A.J.W. van der Does is klinisch psycholoog en bijzonder hoogleraar experimentele psychopathologie aan de Universiteit Leiden en het Leids Universitair Medisch Centrum. Correspondentieadres: Departement Psychologie; Wassenaarseweg 52, 2333 AK Leiden. E-mail:<[vanderdoes@fsw.leidenuniv.nl](mailto:vanderdoes@fsw.leidenuniv.nl)>

## Noten

Verkorte en bewerkte versie van een rede uitgesproken bij de openbare aanvaarding van het ambt van hoogleraar experimentele psychopathologie, bijzondere leerstoel vanwege het Leids Universiteits Fonds in de faculteiten der Sociale Wetenschappen en Geneeskunde van de Universiteit Leiden op 16 september 2005. De volledige tekst is te verkrijgen op <https://openaccess.leidenuniv.nl/dspace/handle/1887/4311>. Het idee van de vergelijking tussen EMDR en mesmerisme is van R.J. McNally (1999). In dit artikel wordt de vergelijking op een andere manier uitgewerkt.

1. Bij het schrijven van de geschiedenis van het mesmerisme zijn de volgende bronnen geraadpleegd: Buranelli (1975), Crabtree (1993), Darnton (1988), Duveen & Klickstein (1954), Ellenberger (1970), Vijselaar (2001). Ter bevordering van de leesbaarheid is in dit gedeelte van het artikel niet bij elke bewering of feit een referentie in de tekst geplaatst – meestal waren meerdere van bovenstaande referenties mogelijk.
2. Pattie, F.A. (1956). Mesmer's medical dissertation and its debt to Mead's 'De imperio solis ac lunae'. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 11, 275-287, geciteerd in: Vijselaar (2001, p. 27).
3. Engelse vertaling in Buranelli (1975, p. 163). Het rapport is gepubliceerd als: Bailly, J-S. (1784). Rapport des commissaires charges par le Roi, de l'examen du magnetisme animal. *Journal de Medecine*, 62, 449-536 (Duveen & Klickstein, 1954, p. 71).
4. Lavoisier had financiële banden met belastinginners voor de revolutie (Buranelli, 1975, p. 185).
5. <http://www.neurotekcorp.com/eyescan.htm>. Bezocht 7 juli 2006.
6. Tegengestelde bevinding: Johnstone & Page (2004).

## Literatuur

- Benson, H., Dusek, J.A., Sherwood, J.B., Lam, P., Bethea, C.F., Carpenter, W., Levitsky, S., Hill, P.C., Clem, D.W. Jr, Jain, M.K., Drumel, D., Kopecky, S.L., Mueller, P.S., Marek, D., Rollins, S. & Hibberd, P.L. (2006). Study of the Therapeutic Effects of Intercessory Prayer (STEP) in cardiac bypass patients: a multicenter randomized trial of uncertainty and certainty of receiving intercessory prayer. *American Heart Journal*, 151, 934-942.
- Buranelli, V. (1975). *The wizard from Vienna. Franz Anton Mesmer and the origins of hypnotism*. London: Peter Owen Limited.
- Cahill, S.P., Carrigan, M.H. & Frueh, B.C. (1999). Does EMDR work? And if so, why? *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 5-33.
- Carrigan, M.H. & Levis, D.J. (1999). The contribution of eye movement to the efficacy of brief exposure treatment for reducing fear of public speaking. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 101-118.
- Crabtree, A. (1993). *From Mesmer to Freud. Magnetic sleep and the roots of psychological healing*. New Haven: Yale University Press.
- Craske, M.G., Street, L. & Barlow, D.H. (1989). Instructions to focus upon or distract from internal cues during exposure treatment of agoraphobic avoidance. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 663-672.
- Darnton, R. (1988). *Mesmerisme en het einde van de Verlichting in Frankrijk*. Amsterdam: uitgeverij Bert Bakker.
- De la Fuente-Fernandez, R., Ruth, Th.J., Sossi, V., Schulzer, M., Calne, D.B. & Stoessl, A.J. (2001). Expectation and dopamine release: mechanism of the placebo effect in Parkinson's disease. *Science*, 293, 1164-1166.
- Devilly, G.J. & Spence, S.H. (1999). The relative efficacy and treatment distress of EMDR and a cognitive-behavior trauma treatment protocol in the amelioration of post-traumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 131-157.
- Devilly, G.J. (2002). Eye movement desensitization and reprocessing. A chronology of its development and scientific standing. *Scientific Review of Mental Health Practice*, 1, 113-138.
- Devilly, G.J. (2005). Power therapies and possible threats to the science of psychology and psychiatry. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 437-445.
- Duveen, D.I. & Klickstein, H.S. (1954). *A bibliography of the works of Antoine Laurent Lavoisier*. London: Wm. Dawson & Sons.
- Ellenberger, H.F. (1970). *The discovery of the unconscious*. New York: Basic Books.
- Goodstein, L. (2005, August 31<sup>st</sup>). Teaching of creationism is endorsed in new survey. *New York Times*, section A, page 9.
- Harris, W.S., Gowda, M., Kolb, J.W., Strychacz, C.P., Vacek, J.L., Jones, P.G. et al. (1999). A randomized, controlled trial of the effects of remote intercessory prayer on outcomes in patients admitted to the coronary care unit. *Archives of Internal Medicine*, 159, 2273-2278.
- Hembree, E.A., Foa, E.B., Dorfman, N.M., Street, G.P., Kowalski, J. & Tu, X. (2003). Do patients drop out prematurely from exposure therapy for PTSD? *Journal of Traumatic Stress*, 16, 555-562.
- Johnstone, K.A. & Page, A.C. (2004). Attention to phobic stimuli during exposure: the effect of distraction on anxiety reduction, self-efficacy and perceived control. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 249-275.
- Krucoff, M.W., Crater, S.W., Gallup, D., Blankenship, J.C., Cuffe, M., Guameri, M. et al. (2005). Music, imagery, touch, and prayer as adjuncts to interventional cardiac care: the Monitoring and Actualisation of Noetic Trainings (MANTRA) II randomised study. *Lancet*, 366, 211-217.
- Lohr, J.M., Lillienfeld, S.O., Tolin, D.F. & Herbert, J.D. (1999). Eye movement desensitization and reprocessing: an analysis of specific versus non-specific treatment factors. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 185-207.
- Luborsky, L., Singer, B. & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: is it true that 'everybody has won and all must have prizes'? *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.
- McNally, R. (1999). EMDR and mesmerism: a comparative historical analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 225-236.
- Mesmer, F.A. (1766). *Dissertatio Physico-medica de planetarium influxu*. Wenen.
- Moseley, J.B., O'Malley, K., Petersen, N.J., Menke, T.J., Brody, B.A., Kuykendall, D.H. et al. (2002). A controlled trial of arthroscopic surgery for osteoarthritis of the knee. *New England Journal of Medicine*, 347, 81-88.
- Omer, H. & London, P. (1989). Signal and noise in psychotherapy. The role and control of non-specific factors. *British Journal of Psychiatry*, 155, 239-245.
- Polivy, J. & Herman, C.P. (2002). If at first you don't succeed - False hopes of self-change. *American Psychologist*, 57, 677-689.
- Rosen, G.M. (1999). Treatment fidelity and research on eye movement desensitization and reprocessing (EMDR). *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 173-184.
- Rosen, G.M. & Davidson, G.C. (2003). Psychology should list empirically supported principles of change (ESPCs) and not credential trademarked therapies or other

- treatment packages. *Behavior Modification*, 27, 300-312.
- Shang, A., Huwiler-Müntener, K., Nartey, L., Jüni, P., Dörig, S., Sterne, J.A.C., Pewsner, D. & Egger, M. (2005). Are the clinical effects of homoeopathy placebo effects? Comparative study of placebo-controlled trials of homoeopathy and allopathy. *Lancet*, 366, 726-732.
- Shapiro, F. (1989). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 199-223.
- Shapiro, F. (1999). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) and the anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 35-67.
- Sloan, R.P. & Bagiella, E. (2000). Data without a prayer. *Archives of Internal Medicine*, 160, 1870.
- Sotsky, S.M., Glass, D.R., Shea, M.T., Pilkonis, P.A., Collins, J.F., Elkin, I., Watkins, J.T., Imber, S.D., Leber, W.R. & Moyer, J. (1991). Patient predictors of response to psychotherapy and pharmacotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 148, 997-1008.
- Taylor, S., Thordarson, D.S., Maxfield, L., Fedoroff, I.C., Lovell, K. & Ogradniczuk, J. (2003). Comparative efficacy, speed and adverse effect of three PTSD treatments: exposure therapy, EMDR, and relaxation training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 330-338.
- Vandenbroucke, J.P. (1997). Homoeopathy trials: going nowhere. *Lancet*, 350, 824.
- Van der Does, A.J.W. (2000) A randomized controlled trial of prayer? *Archives of Internal Medicine*, 160, 1871-1872.
- Vijselaar, J. (2001). *De magnetische geest. Het dierlijk magnetisme 1770-1830*. Nijmegen: SUN.

#### Summary

### Has everyone won, and must all have prizes?

*W. van der Does*

The 'Dodo bird verdict' has long been the outcome of psychotherapy research: no shortage of treatments, but no differences in effectiveness. Nowadays (cognitive) behavior therapy (CBT) is the treatment of choice for increasingly more and increasingly complex problems. From time to time, new treatments surface that claim better or faster results. Most of these claims are unfounded and have short half-lives. However, EMDR, a treatment for psychotrauma, has reached mainstream psychology. Following McNally (1999), a comparison is made with a miraculous treatment that conquered Europe more than two centuries ago. It is concluded that EMDR is less effective than has been claimed, and that its effectiveness is due to the incorporation of CBT elements and to the large role of placebo factors in new treatments.