

STEPHAN
CLAES

OVER
HOOP

Een onderschat aspect
van mentale gezondheid

**Lannoo
Campus**

Inhoud

Waarom we het over de toekomst moeten hebben 6

DEEL 1

Worden we ziek door ons verleden? 18

Bepaald door onze genen? 19

Misvattingen over trauma 22

Bepaald door ons onbewuste? 26

Bepaald door onze omgeving? 29

Ons brein als voorspellingsmachine 34

DEEL 2

Hoop denken 42

Welke toekomst heeft Farid? 43

Hoop meten 54

Het juiste doel 57

Laveren tussen hoop bieden en managementtaal 61

DEEL 3

Hoop voelen 64

De onverklaarbare pijn van Lotte 65

Geen hoop zonder buikgevoel 84

Als je alleen het ondraaglijke nog ziet (en voelt) 88

De placebo-paradox 92

DEEL 4

Hopen doe je niet alleen 94

Herman, Bea en Monique 95

Bea en Monique 110

Geen toekomst zonder verbinding 113

Wat als er geen anderen zijn? 118

DEEL 5

Waarom we (kunnen) willen leven 124

Het 'absurde schouwspel' van Liens jonge leven 125

Hoop is geen optimisme 135

Op zoek naar betekenis 145

Zin zoeken in het absurde 157

Op leven en dood 165

DEEL 6

Een psychiatrie van de toekomst 174

Een woord van dank 181

Eindnoten 182

— DEEL 1 —

WORDEN WE
ZIEK
DOOR ONS
VERLEDEN?

Bepaald door onze genen?

In het voorjaar van 1992 had ik mijn eerste ontmoeting met professor Jean-Jacques Cassiman, toenmalig hoogleraar genetica aan de Leuvense universiteit. Een bijzonder fijne man, topexpert in zijn vak, maar ook iemand met een grote belesenheid en maatschappelijke en culturele interesse. Misschien hebben de ouderen onder u het Trio Cassiman nog gehoord, een muzikaal ensemble gevormd door professor Cassiman samen met zijn broer en zus, dat nationale bekendheid verwierf. Op het moment dat ik hem ontmoette, was zijn faam al lang niet meer te herleiden tot zijn muzikale carrière, maar gebaseerd op vele goed onderbouwde publicaties en didactische lezingen voor een breder publiek in het zich razendsnel ontwikkelende domein van de menselijke genetica.

Mijn opleiders in de psychiatrie hadden mij naar professor Cassiman gestuurd omdat hij iemand zocht om een doctoraat te schrijven binnen het domein van de genetica van psychiatrische ziektebeelden. Ik herinner me dat eerste gesprek nog goed. Ik was wat aarzelend gekomen, want eerlijk gezegd wist ik toen zo goed als niets over genetica. Maar ik kwam, zo zei Cassiman, op het ideale moment. Want heel recent hadden onderzoekers de oorzaak van de ziekte van Huntington ontdekt, een zeldzame maar zeer ernstige breinziekte. Die oorzaak was verbluffend in haar eenvoud: boosdoener is een specifieke genetische fout in een gen op chromosoom 4. Heb je die fout, dan krijg je de ziekte, heb je die fout niet, dan niet.

Cassiman was ervan overtuigd dat die belangrijke doorbraak de eerste zou zijn van een lange rij. Binnenkort zouden we ook de klassieke psychiatrische ziektebeelden zoals schizofrenie, manisch-depressieve ziekte, depressie, verslaving enzovoort, kunnen terugbrengen tot specifieke genetische fouten. Dat zou ons begrip van de oorzaken van die aandoeningen spectaculair veranderen en een nieuw tijdperk in ons vakgebied inluiden. En ja, ik was de geluksvogel die op het ideale moment kwam om niet alleen vanaf de eerste rij getuige te zijn van deze revolutie, maar er ook aan mee te werken. Opgetogen verliet ik zijn kantoor, vastberaden om een doctoraat te maken over genetica en psychiatrie, met professor Cassiman als promotor. Dat heb ik ook gedaan en ik heb er nog geen moment spijt van gehad.

Wat kunnen we nu, meer dan dertig jaar na dat eerste opgetogen, lichtjes geëxalteerd gesprek, over het domein van de psychiatrische genetica zeggen? We hebben intussen veel bijgeleerd. Van een aantal eerder zeldzame ziektebeelden op het snijvlak van psychiatrie en neurologie hebben we daadwerkelijk de genetische oorzaken ontdekt, wat ons heel erg helpt in het ontrafelen van de onderliggende hersenprocessen die de ziektebeelden veroorzaken. Dat is bijvoorbeeld het geval met bepaalde vormen van intellectuele beperking of van de ziekte van Alzheimer. Maar de eerlijkheid gebiedt ons te zeggen dat dit niet het geval is met de meest voorkomende psychiatrische stoornissen. Van schizofrenie en bipolaire stoornis weten we weliswaar dat ze redelijk sterk genetisch bepaald zijn en kennen we intussen vele honderden genetische varianten die het risico op die aandoeningen licht verhogen." Maar in de praktijk blijkt het ontzettend moeilijk op basis van deze kennis te voorspellen wie de ziekte zal krijgen.

Ondanks tientallen jaren grootschalig internationaal onderzoek tonen de beste modellen slechts dat het ziekterisico voor iemand met de betreffende genetische kenmerken bijvoorbeeld 4% bedraagt, tegenover 1% voor de algemene bevolking. Interessant, dat zeker, en elk van de betrokken genetische varianten kan een nieuw en relevant

onderzoeksspoor opleveren in de neurobiologie, maar we zijn voor schizofrenie en bipolaire stoornis heel ver weg van een deterministisch model waarin genetica volledig bepaalt of je ziek zal worden of niet. Over de genetische basis van de meest frequente psychiatrische ziektebeelden zoals depressie of angststoornissen weten we nog veel minder. Natuurlijk is onze genetische achtergrond relevant, maar onze mentale toestand wordt niet strikt gedicteerd door onze genen, zeker niet als het om veelvoorkomende vormen van psychisch lijden gaat.

Misschien vindt u dat nogal evident. De reden dat iemand bijvoorbeeld een posttraumatische stressstoornis (PTSS) ontwikkelt, zal wellicht minder in zijn genen liggen dan in de trauma's die hij meemaakte. Om het technischer uit te drukken: het aandeel van genetica bij PTSS wordt op ongeveer 30% geschat. Dat betekent dat het ontstaan van deze aandoening doorgaans meer het gevolg is van een trauma dan van een genetische aanleg. Hoe trauma inwerkt op de hersenen en zo psychisch lijden veroorzaakt, beginnen we stilaan beter te begrijpen. Dat is de wondere wereld van de epigenetica, het wetenschapsdomein dat onderzoekt hoe levensgebeurtenissen onze biologie beïnvloeden door de activiteit van genen aan te passen. De genetische code zelf verandert natuurlijk niet – die ligt namelijk vast vanaf de samensmelting van zaad- en eicel – maar onder invloed van een trauma kunnen bepaalde genen langdurig, wellicht blijvend, minder of juist meer actief worden. Dat kan leiden tot belangrijke wijzigingen in de werking van biologische systemen zoals het stress- en immuunstelsel in ons lijf. Een van de onderliggende mechanismen is methylatie: onder invloed van trauma worden methylgroepen, eenvoudige chemische substanties, gebonden aan het DNA en niet zomaar ergens, maar op plaatsen die bepalend zijn voor de activiteit van het gen dat ernaast ligt. Om het eenvoudig te zeggen: door dit proces kunnen bepaalde genen aangezet of uitgeschakeld worden.

Dit onderzoeksdomein kreeg een belangrijke stimulans met het verschijnen van een wetenschappelijk artikel in 2009, waarin werd aangetoond dat trauma ervoor kan zorgen dat het gen dat codeert voor de glucocorticoïdreceptor, een eiwit dat cruciaal is voor de regeling van het stresssysteem, gedeeltelijk uitgeschakeld wordt.¹² Voordien was reeds aangetoond dat het moederlijk gedrag bij knaagdieren, met name ratten, invloed heeft op methylatiepatronen en op de werking van het stresssysteem bij hun nakomelingen.¹³ Onze eigen onderzoeksgroep liet zien dat ook ‘prenatale stress’, angst bij de moeder tijdens de zwangerschap, een impact kan hebben op methylatiepatronen bij de pasgeborene, ter hoogte van hetzelfde gen dat cruciaal is voor de regeling van het stresssysteem.¹⁴ Onlangs konden we in een andere studie, die onze groep samen met collega’s van de faculteit psychologie uitvoerde, aantonen dat methylatiepatronen ter hoogte van dit gen een impact hebben op de activiteit van het stresssysteem van kinderen rond de leeftijd van tien à twaalf jaar.¹⁵

Misvattingen over trauma

Het zich ontwikkelende domein van de epigenetica lijkt dus het belang van het verleden, en meer specifiek van traumatische ervaringen, te bevestigen. Wat je hebt meegemaakt, heeft rechtstreekse effecten op je neurobiologie, op de werking van hersencircuits in je brein. Die veranderde functie doet dan ziektes zoals depressie, verslaving of angststoornissen ontstaan. Dat is een mechanistische manier van denken: trauma zet een aantal stappen in gang die elkaar opvolgen in een strikte keten van oorzaak en gevolg, met psychopathologie als nagenoeg onontkoombaar eindresultaat. Dat is grotendeels een misvatting, en wel om meerdere redenen.

Ten eerste spreken we hier niet over strikte causaliteit waarbij het ene onafwendbaar tot het andere leidt, maar over risicofactoren. Trauma is een risicofactor voor epigenetische veranderingen, maar er zijn nog

veel andere zaken die methylieringspatronen kunnen beïnvloeden, zodat het uiteindelijke effect van het trauma op de epigenetica moeilijk te voorspellen valt. Epigenetische patronen kunnen de werking van het stresssysteem beïnvloeden, maar ook hier is dat maar één factor van vele. Een veranderde werking van het stresssysteem kan psychiatrische aandoeningen zoals depressie waarschijnlijker maken, maar ook dat is maar één stukje van een heel complexe puzzel, waarvan de meeste stukjes nog ontbreken.

Ten tweede zijn die epigenetische veranderingen niet in steen gebeiteld, maar beïnvloedbaar en omkeerbaar. Onderzoek toont aan dat zowel medicatie als psychotherapie kan leiden tot epigenetische veranderingen.¹⁶ Of je daarmee de epigenetische invloed van het trauma weer volledig kan 'rechtzetten' is niet bewezen, maar in elk geval is een deterministisch discours, waarbij trauma automatisch tot epigenetische veranderingen en tot psychopathologie leidt, misplaatst.

Een derde belangrijke misvatting is dat genezing enkel kan optreden door verwerking van het trauma, door terug te gaan naar het verleden en dit te doorwerken. Deze overtuiging is diep doorgedrongen bij veel mensen. Heel regelmatig hoor ik van patiënten dat ze op zoek zijn naar een traumatherapeut, iemand die actief aan de slag kan gaan met de wonden uit het verleden. Die wonden blijken dan van alles te kunnen zijn: een vader die te veel dronk, gescheiden ouders, mislukkingen in een studietraject ... De patiënten hebben gelezen dat daarvoor maar één ding kan helpen: traumatherapie, en meer specifiek EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), een vrij recent ontwikkelde therapievorm die momenteel buitengewoon populair is.

Wat is EMDR eigenlijk? Het komt erop neer dat de patiënt gevraagd wordt pijnlijke herinneringen op te halen. Tegelijk moet hij zijn ogen heen en weer bewegen, of in sommige varianten hoort hij afwisselend tikjes of geluiden. Het idee achter die oogbewegingen is dat het brein

dan twee activiteiten tegelijk moet uitvoeren, wat het werkgeheugen belast. Dat vermindert de scherpste en de emotionele pijn die met de herinnering gepaard gaat. EMDR haalt de herinnering even naar boven, maar in een veilige context, zodat het brein de kans krijgt de traumatische beleving opnieuw te ordenen en een plaats te geven. Het kan de herinnering opnieuw opslaan, maar nu op een meer geïntegreerde manier en minder verbonden met de zeer hevige emoties die ermee gepaard gingen op het moment dat het trauma zich voordeed. Samengevat heet dit het Adaptive Information Processing Model, zoals geformuleerd door Francine Shapiro, de grondlegger van EMDR.¹⁷ Shapiro ontwikkelde deze theorie meer dan twintig jaar geleden en het is de basis vanwaaruit EMDR-therapeuten vertrekken.¹⁸

Ik wil hier niet betwisten dat EMDR-therapie nuttig kan zijn voor mensen die een ernstig trauma hebben doorgemaakt en daardoor lijden aan een posttraumatische stressstoornis (PTSS). Een recent overzichtsartikel toont dat EMDR voor deze groep patiënten helpt, zij het niet meer dan andere bestaande therapieën zoals cognitieve gedragstherapie.¹⁹ Waar ik me wel tegen verzet, is de idee dat ongeveer alle psychopathologie met trauma te maken heeft en dat EMDR dan de aangewezen oplossing zou zijn.

Een kleine anekdote. Onlangs meldde een patiënt die ik begeleid bij een burn-out dat hij van zijn huisarts dringend werk moest maken van traumatherapie om van zijn klachten af te raken. De patiënt in kwestie had inderdaad in zijn jeugd moeilijke tijden beleefd, vooral omdat zijn vader te veel dronk. De laatste dertig jaar had mijn patiënt prima gefunctioneerd als vader van een gezin en kaderlid bij een groot bedrijf, maar hij was ongeveer een jaar geleden in een burn-out beland. De gedachte dat die burn-out ten eerste het gevolg is van de 'moeilijke jeugd' van de patiënt, en ten tweede dat je dat kan oplossen door deze 'kwetsuur' weer onder de volle aandacht te brengen, is niet wetenschappelijk onderbouwd. De rol van trauma bij burn-out is onduidelijk en bij dit syndroom spelen vele andere factoren een

rol. Bovendien is in dit geval het risico reëel dat EMDR-therapie meer kwaad dan goed zou doen. Ik heb in mijn praktijk jammer genoeg een aantal patiënten gezien die emotioneel voor lange tijd ontregeld werden door een therapie waarbij nadrukkelijk werd ingezoomd op trauma's waarvan het belang voor hun huidige mentale toestand onduidelijk was.

Het al te eenvoudige, mechanistische denken over het belang van trauma wordt mee in de hand gewerkt door bepaalde populaire boeken. Zo staat het meest recente werk van succesauteur Gabor Maté, *The Myth of Normal: Trauma, Illness and Healing*²⁰, vol met voorbeelden van casussen waarin een patiënt zijn symptomen kan toeschrijven aan een traumatische ervaring en waarin diezelfde symptomen als sneeuw voor de zon verdwijnen wanneer het trauma eindelijk aan het licht komt en doorgewerkt wordt. Neemt u van mij aan dat dat in de praktijk zelden het geval is.

Dezelfde hypothese verschijnt nog in een boek van dezelfde auteur over verslaving, waarin ongeveer elk geval van verslaving wordt verklaard door trauma's in de voorgeschiedenis.²¹ Dat is naar mijn overtuiging veel te kort door de bocht. Bij veel patiënten is er geen duidelijk trauma te bespeuren of is het verband tussen doorgemaakte traumatische ervaringen en het psychiatrisch lijden alleszins hoogst onduidelijk. Maté lost dat gewiekt op door het traumaconcept te verbreden, bijvoorbeeld in het kader van zijn boek over verslaving. Ik citeer: 'Niet alle verslavingen zijn geworteld in misbruik of trauma, maar volgens mij kunnen ze wel allemaal worden teruggebracht tot pijnlijke ervaringen ... Een kwetsuur vormt de kern van elk verslavingsgedrag ... Al is de wonde misschien niet zo diep ... ze is er wel degelijk.' Hij noemt dat: trauma met een kleine 't'. Als je het zo breed definieert, is iedereen 'getraumatiseerd', en kan elke vorm van psychopathologie daaraan worden toegeschreven.

Uiteraard hebben ernstige traumatische ervaringen invloed op het verdere psychische en zelfs lichamelijke functioneren, daarover bestaat geen twijfel. Maar dat wil nog niet zeggen dat alle psychisch lijden het mechanistische gevolg is van trauma, en nog minder dat de beste behandeling erin bestaat in het verleden te duiken en de details van het trauma boven te spitten. Ik maak me grote zorgen over de overmatige aandacht voor trauma die we momenteel meemaken. Ik ben evenzeer ongerust over de kwaliteit van de therapie die onder de vlag 'EMDR' wordt aangeboden. Wist u dat men opleidingen kan volgen om EMDR-therapeut te worden zonder een degelijke opleiding in de psychologie of een erkende psychotherapieopleiding? Hebt u een therapeut nodig, zoek dan in de eerste plaats iemand die bekwaam, goed opgeleid en gediplomeerd is. Of die collega ook EMDR toepast, is eerlijk gezegd bijzaak.

U zou kunnen denken dat het mechanistisch-causale denken, waarbij alles wordt verklaard vanuit het verleden, typisch is voor de exacte wetenschappen, voor de medische wereld en de psychiatrie, maar dat de grote psychologische therapierichtingen daar toch genuanceerder over denken. Laten we daar eens naar kijken.

Bepaald door ons onbewuste?

We schrijven 1876. Een jonge geneeskundestudent, Sigmund Freud (1856-1939), stapt het labo binnen van hoogleraar fysiologie Ernst von Brücke (1819-1892) in Wenen. Von Brücke was een zeer invloedrijk wetenschapper en heeft onder meer een belangrijke bijdrage geleverd aan de fysiologie en de microscopische anatomie. Hij was een uitgesproken voorstander van een wereldbeeld waarin alles strikt kon worden verklaard door natuurwetenschappelijke wetten. Hij was daarbij in goed gezelschap. Von Brücke richtte samen met Hermann von Helmholtz (1821-1894) de Physikalische Gesellschaft op. Helmholtz was op zijn beurt een wetenschappelijke reus, die de eerste

hoofdwet van de thermodynamica had geformuleerd: energie kan niet worden gecreëerd of vernietigd, alleen omgezet. Het gezelschap was van oordeel dat alles wat zich in de natuur afspeelde, inclusief de menselijke geest, verklaard kon worden door de wetten van fysica en scheikunde.

Het labo van von Brücke had dan ook een duidelijke doelstelling, met name de levende mens bestuderen als een natuurkundig systeem. Dat ging gepaard met een duidelijke afwijzing van het vitalisme, de opvatting dat levende organismen niet volledig verklaard kunnen worden door fysische en chemische wetten alleen, maar dat er een soort ondefinieerbaar ‘levensprincipe’ nodig is, een begrip dat terugging op oude aristoteliaanse concepten. Von Brücke vond, helemaal terecht, dat zo’n levensprincipe als concept te vaag was, empirisch niet verifieerbaar, en dus wetenschappelijk gezien een doodlopende weg. In zijn labo was alleen plaats voor meetbare processen. Daarmee behoorde hij tot dezelfde school als Wilhelm Wundt (1832-1920), de aartsvader van de wetenschappelijke psychologie, die overigens in de jaren 1860 een tijdlang wetenschappelijk assistent was geweest bij von Helmholtz.

Het is binnen deze context dat de jonge Freud zijn eerste stappen in het onderzoek zet. Zijn eerste werk gaat dan ook over neurofysiologie. Hij tuurt door de microscoop naar zenuwvezels. Een van zijn allereerste wetenschappelijke bijdragen betreft een anatomische analyse van de geslachtsorganen van de paling.²² Na jaren van fysiologisch en anatomisch onderzoek verlaat Freud echter in 1882 het labo van von Brücke om zich als jonge arts te wijden aan de patiëntenzorg. Hij was het onderzoek niet beu, zijn vertrek had vooral een praktische reden: hij wilde trouwen met Martha Bernays en een baan als onderzoeker bood geen stabiel inkomen waarmee je een gezin kon onderhouden. Helaas is er op dat vlak de laatste honderdvijftig jaar niet veel veranderd.

Ook na zijn vertrek bij von Brücke blijft Freud in eerste instantie een strikt natuurwetenschappelijk georiënteerd arts en neuroloog. In de jaren 1885-1886 volgt hij in Parijs les bij de wereldberoemde Parijse neuroloog Jean-Martin Charcot en begint hij zich te interesseren voor zuiver psychische ziektebeelden, met name hysterie. Hij bereidt een bijzonder ambitieus project voor waarin hij de hele psychologie tracht te funderen op een complex systeem waarin neuronen en Qn (een soort zenuwenergie) de hoofdrol spelen. Dat alles leidt in 1895 tot een manuscript, dat hij echter niet laat uitgeven. Hij vindt het werk zelf nog prematuur, theoretisch onbevredigend en gevaarlijk voor zijn intellectuele reputatie, en zal er later nog nauwelijks naar verwijzen. In een brief van november 1895 aan zijn vriend Wilhelm Fliess schrijft Freud: 'Ik begrijp zelf niet meer in welke geestestoestand ik deze psychologie heb uitgebreid.'²³ Pas in 1950, meer dan tien jaar na zijn dood, zal het manuscript gepubliceerd worden met als titel *Entwurf einer Psychologie*.²⁴

Freud geeft daarmee zijn pogingen om de psychologie vanuit een neurobiologische basis te begrijpen op, maar er verschijnt in datzelfde jaar 1895 een ander boek van zijn hand, *Studien über Hysterie*, dat hij samen met Josef Breuer schreef.²⁵ Het vormt een breuk met zijn wetenschappelijk werk op het gebied van de neurologie. Hij verzaakt nu definitief aan de ambitie om psychiatrische aandoeningen zoals hysterie op hersenonderzoek te grondvesten, en zoekt voortaan alleen nog psychologische verklaringen. Maar deze belangrijke verandering verandert niets aan zijn mechanistisch denken. In de Freudiaanse theorievorming worden mentale problemen gezien als resultaten van zich opstapelende psychische energie. Die energie wordt de weg versperd door veelal onbewuste remmingen en conflicten, en zoekt dan op pathologische wijze een uitweg, als het ware uitbarstend in symptomen en ziektebeelden.

Dat valt te vergelijken met een stoommachine waarin door verhitting een sterke druk ontstaat. Als die niet vakkundig wordt afgevoerd via

de juiste buizen en kleppen om de machine te laten draaien, dan kan die interne druk ongecontroleerd een weg naar buiten zoeken, een gevaarlijke situatie die in het ergste geval tot een ontploffing leidt. In *Studien über Hysterie* schrijft Freud: 'De druk van het affect, die zich niet kon ontladen via een passende lichamelijke reactie, bleef in het psychische systeem opgesloten en werd pathologisch.'²⁶ Freud is hier onmiskenbaar beïnvloed door de thermodynamica, een wetenschap die in zijn tijd sterke opgang maakte. De vroege psychoanalyse heeft veel weg van de hydraulica, de wetenschap die het gedrag van vloeistoffen onder druk bestudeert en de basis legde voor de ontwikkeling van de stoommachine, zoals ook Peter Watson opmerkt.²⁷

Psychoanalytische denkers na Freud hebben natuurlijk veel nuance aangebracht. Iemand als Melanie Klein (1882-1960) bijvoorbeeld, laat de Freudiaanse termen zoals driftenergie en spanningsontlading los. Klein verplaatst de oorzaken van psychisch lijden naar de structuur van de innerlijke wereld, waarbij onbewuste fantasieën en vroege objectrelaties belangrijk zijn.²⁸ Het psychische leven wordt daarmee niet minder mechanistisch: je verleden bepaalt hoe je denkt en hoe je je voelt.

Bepaald door onze omgeving?

Laten we even overschakelen van de psychoanalyse naar een tweede grote stroming binnen de psychologische theorievorming, met name het behaviorisme ofwel de gedragspsychologie. De grondlegger daarvan was John Watson (1878-1958). In 1913 verscheen zijn beroemde manifest *Psychology as the Behaviorist Views It*.²⁹ Dit luidde een nieuwe fase in voor de psychologie. Watson verzet zich principieel tegen psychologisch onderzoek dat steunde op introspectie en op de analyse van wat zich afspeelt binnen de menselijke geest, zoals emoties en gedachten. Volgens hem kon de psychologie alleen een echte wetenschap zijn als ze zich baseerde op het observeren van de stimuli of prikkels die

iemand krijgt en het gedrag dat daarop volgt. De menselijke geest is voor Watson een 'black box', een ontoegankelijk systeem. Wat zich daarbinnen afspeelt is subjectief, niet verifieerbaar, niet reproduceerbaar, en dus niet wetenschappelijk vast te stellen. Er is nauwelijks een groter contrast denkbaar met Freud, die de black box net centraal stelt in zijn onderzoek, die de mechanismen ervan probeert te ontrafelen en die zich daarbij bedient van thermodynamische concepten.

Maar de reden waarom Watson de black box weigert te openen, is niet alleen of zelfs niet in de eerste plaats dat dat methodologisch onmogelijk is, hij vindt het vooral irrelevant. Het enige wat telt, is het gedrag dat iemand stelt en hoe dat zich verhoudt tot de toegediende prikkels, ofwel stimuli. Een stimulus leidt tot een in principe perfect voorspelbare respons. Watson ging daarin zo ver dat hij van oordeel was dat je een mens kon laten doen wat je ook maar wilde, als je maar de juiste prikkels aanbood. Een beroemd citaat uit zijn boek *Behaviorism* luidt: 'Geef mij een handvol gezonde, goed gevormde zuigelingen, en mijn eigen zorgvuldig ingerichte wereld om hen in op te voeden, en ik garandeer u dat ik gelijk wie van hen kan opleiden tot om het even welk type specialist dat ik verkies – arts, advocaat, kunstenaar, zakenman, en ja zelfs bedelaar of dief ...'³⁰ Wat je in het leven wordt, hangt volgens Watson dus volledig af van je omgeving. Gedrag is volledig verklaarbaar, volledig manipuleerbaar, en dus in principe ook volledig voorspelbaar op basis van de prikkels die iemand krijgt toegediend, dat wil zeggen: van wat hem overkomt.

Vindt u de gedachte dat menselijk gedrag volledig kan worden gestuurd en verklaard door de omgevingsfactoren overdreven? Dan wil ik u meenemen naar het beroemde experiment dat werd uitgevoerd door de Amerikaanse psycholoog Stanley Milgram in het begin van de jaren 1960 in de universiteit van Yale.³¹ Daarin werd aan veertig mannelijke proefpersonen gevraagd om aan 'leerlingen' (in werkelijkheid acteurs) elektrische schokken toe te dienen van een steeds toenemende intensiteit. Die schokken werden schijnbaar steeds

pijnlijker en mogelijk zelfs dodelijk. De leider van het experiment spoorde de proefpersonen aan om door te gaan, om steeds zwaardere schokken toe te dienen, ook als de ‘leerling’ aangaf dat niet meer te wensen of zelfs in het geheel niet meer reageerde. Zesentwintig van de veertig proefpersonen gingen door met toedienen, tot en met de zwaarste schok. Milgram vermeldt dat de personen die tot het einde gehoorzaamden aan de leider van het experiment, heel erg gespannen waren, profuus zweetten en beefden. Maar ze gingen wel door met het toedienen van de schokken, ook al leken de leerlingen/acteurs te kronkelen van de pijn.

Het Milgram-experiment werd wereldberoemd en wordt, bijvoorbeeld in discussies over de ‘vrije wil’, nog steeds aangehaald als bewijs dat je door het creëren van de juiste context mensen wat dan ook kan laten doen, ook zaken die ingaan tegen hun eigen natuur en aanvoelen. In die zin kan je zeggen dat het experiment bevestigt wat Watson beweerde over kinderen die hij kan kneden tot wat hij wil. Het Milgram-experiment is momenteel zeer omstreden, de toegepaste methode wordt door velen in twijfel getrokken. Meer fundamenteel kan je ook opmerken dat veertien van de veertig proefpersonen ervoor gekozen hebben om niet door te gaan met schokken geven, ook al gaf de leider van het experiment duidelijke instructies om dit wel te doen. Wat is daar de reden voor? Blijkbaar gebeurt er toch iets in die black box dat niet zomaar kan worden teruggebracht tot de prikkels die erin gaan, maar dat toch bepalend is voor het gedrag dat volgt. Dus hoewel velen het Milgram-experiment zien als een bevestiging van de leer van Watson, kan je er evengoed uit concluderen dat zijn strikte theorie – ‘Stimulus leidt tot respons’ – niet houdbaar was.

De kritiek op het denken van Watson zwol inderdaad aan. In 1956 vond aan het Massachusetts Institute of Technology (MIT) het *Symposium on Information Theory* plaats, met vooraanstaande denkers als George Miller (1920-2012), een latere grondlegger van de cognitieve psychologie, en Noam Chomsky (°1928), die een hevig criticus van het

behaviorisme zou worden. Dat symposium wordt vaak beschouwd als de start van de zogenoemde ‘cognitieve revolutie’ in de psychologie.³² Daarin wordt de black box weer belangrijk als plek waar processen plaatsvinden, met name cognities of gedachten, die niet louter terug te voeren zijn tot de stimuli en tot de omgeving waarin de persoon zich bevindt. Gedrag is dus niet zomaar een-op-een gerelateerd aan omgevingsfactoren en we kunnen de relatie tussen beide niet echt vatten als we geen rekening houden met wat er zich afspeelt in de black box.

Deze cognitieve revolutie zal zijn belangrijkste klinische toepassing vinden in het werk van de Amerikaanse psychiater Aaron Beck (1921-2021), de grondlegger van de cognitieve therapie. Beck was gevormd als psychoanalyticus, maar bij het werken met mensen met een depressie kwam hij tot de vaststelling dat het probleem niet zozeer lag in verdrongen agressie of andere Freudiaanse concepten, maar in een systematisch negatief denkpatroon. Beck nam dus afstand van het Freudiaanse denken, maar ook van Watson en van diens al te eenvoudige lineaire verband tussen stimulus (omgeving) en gedrag (respons). Beck stelde namelijk dat dit verband in de black box sterk wordt gemiddeld of beïnvloed door de cognities, door het denken. Bij depressieve mensen, zo stelt Beck, is dit denken sterk negatief geladen. Het is als het ware in negatieve zin vervormd. Zo komt Beck tot zijn beroemde ‘negatieve cognitieve triade’: de depressieve mens denkt negatief over zichzelf, over de wereld en over de toekomst.³³ Als je dat denken kan beïnvloeden, kan je dus ook het gedrag veranderen.

Daar zou Watson het niet mee eens geweest zijn. Vanuit de wetenschappelijk onderbouwde overtuiging dat negatief denken over de toekomst een kernelement is van depressie, opent Beck een deur naar een psychotherapeutische en psychiatrische visie waarin het toekomstperspectief centraal staat, en opent hij dus ook de mogelijkheid om het over hoop te hebben. Daarover later meer.

In het bovenstaande kwamen dus twee grote, dominante psychologische stromingen aan bod: de psychodynamische psychotherapie en de cognitieve gedragstherapie. Ik probeerde duidelijk te maken hoe beide scholen een mechanistisch uitgangspunt hadden, waarbij de menselijke geest volledig wordt bepaald door wat er in het verleden gebeurd is of in de actuele omgeving gebeurt. Natuurlijk zit daar veel waarheid in, maar tegelijk wordt een belangrijk domein verwaarloosd. Naast het verleden en het heden is er ook nog de toekomst en hoe mensen daarnaar kijken. Iedereen aanvaardt dat mensen psychisch ziek kunnen worden door hun verleden, maar dat je ook ernstig psychisch kan lijden omdat de toekomst op een bepaalde manier ontoegankelijk is geworden, is minder bekend. Dat is wat ik met dit boek voor het voetlicht wil brengen.

Voor alle duidelijkheid: het is niet omdat de psychoanalyse en de cognitieve gedragstherapie nauwelijks aandacht lijken te hebben voor toekomstgerichtheid en hoop, dat individuele therapeuten die tot die richtingen behoren het daar niet over kunnen hebben met hun patiënten. Ik mag hopen van wel. Bovendien bestaan er vanzelfsprekend nog andere goed onderbouwde vormen van psychotherapie, zoals de gezins- en relatietherapie en de cliëntgerichte psychotherapie. Vooral in de laatste stroming zitten een aantal elementen die dicht aanleunen bij wat ik in dit boek zal beschrijven als noodzakelijke ingrediënten van een hoopgerichte psychiatrie. Ik kom daar later op terug, maar het lijkt me juist om te zeggen dat de grote en meest toegepaste vormen van psychotherapie ervan uitgaan dat we de psychische toestand van een persoon kunnen terugbrengen tot zijn verleden, tot en met de huidige omgeving, en dat er daarin weinig ruimte is voor een toekomstgericht denken. En dat is een probleem, want ons brein is niet zomaar een passieve ontvanger van prikkels, maar ook, en misschien in de eerste plaats, wat ik zou noemen een voorspellingsmachine.