

Het psychiatrisch onderzoek tegen de achtergrond van evidence-based medicine

H. N. SNO

‘Sans doute la statistique peut guider le pronostic du médecin, et en cela elle lui est utile. Je ne repousse donc pas l’emploi de la statistique, mais je blâme qu’on ne cherche pas à aller au-delà et qu’on croie que la statistique doit servir de base à la science médicale.’ (Claude Bernard 1865)

[‘Ongetwijfeld kan de statistiek een leidraad zijn voor de prognose van de arts, en in zoverre is deze voor hem van nut. Ik wijs het gebruik van statistiek dan ook niet af, maar wat ik afkeur, is dat men niet verder probeert te kijken en dat men gelooft dat de statistiek moet dienen als het fundament van de medische wetenschap.’] (vertaling HS).

SAMENVATTING Het begrip ‘psychiatrisch onderzoek’ heeft in ruimere zin betrekking op ‘de complete verzameling van gegevens die relevant zijn voor psychiatrische diagnose en behandeling’ en in engere zin op ‘het systematisch vastleggen van objectieve en subjectieve psychiatrische symptomen, aanwezig op het moment van het onderzoek of tijdens de huidige ziekte-episode’. De evidence en de systematiek van het psychiatrisch onderzoek in ruimere en engere zin berusten voornamelijk op historisch gegroeide conventies, medische traditie en klinische ervaring van psychiatrische deskundigen. Het schema van het onderzoek van de status mentalis is in de Nederlandse traditie gebaseerd op de ‘klassieke’ driedeling van de psychische functies in cognitieve, affectieve en conatieve functies. De in 2004 gepubliceerde Nederlandse richtlijn is vooral gebaseerd op de mening van deskundigen en niet-vergelijkend onderzoek. Nader empirisch onderzoek is gewenst, waarbij men zich dient te realiseren dat psychiatrie een toegepaste klinische en ook idiografische wetenschap is, waarbij een verstehend-hermeneutische benadering onontbeerlijk is.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 50(2008)6, 353-358]

TREFWOORDEN evidence-based medicine, psychiatrisch onderzoek, status mentalis

De vraag in hoeverre het psychiatrisch onderzoek, volgens de principes van evidence-based medicine, op evidence berust, kan niet adequaat worden beantwoord zonder te omschrijven wat onder het begrip ‘psychiatrisch onderzoek’ wordt verstaan. In Nederland wordt dit begrip namelijk niet eenduidig gebruikt. Met ‘psychiatrisch onderzoek’ kan men doelen op ‘de complete verzameling van gege-

vens die relevant zijn voor psychiatrische diagnose en behandeling’ (in de Engelstalige literatuur: ‘psychiatric evaluation’ of ‘psychiatric assessment’). In engere zin gebruikt men het begrip ‘psychiatrisch onderzoek’ voor ‘het systematisch vastleggen van objectieve en subjectieve psychiatrische symptomen, aanwezig op het moment van het onderzoek of tijdens de huidige ziekte-episode’ (in de Engels-

talige literatuur onder andere aangeduid als: 'mental status examination' of 'assessment of the patient's mental status').

De term 'mental status' als afzonderlijk onderdeel van een volledig psychiatrisch onderzoek is in 1918 geïntroduceerd door Adolf Meijer (Donnelly e.a. 1970). De noodzaak om systematiek aan te brengen in het psychiatrisch onderzoek werd al begin 19de eeuw erkend. In 1825 beschreef Johann Christian August Heinroth (1773-1843), een van de wegbereiders van de Duitse psychiatrie, in zijn boek *System der psychisch-gerichtlichen Medizin* de belangrijkste kenmerken van psychiatrische ziektebeelden, aan de hand waarvan de arts een bepaalde stoornis bij een patiënt kon vaststellen (Kind 1973).

In dit artikel gebruik ik het begrip 'psychiatrisch onderzoek' in de ruimere betekenis van de complete verzameling van gegevens die relevant zijn voor psychiatrische diagnose en behandeling, tenzij anders vermeld.

SYSTEMATIEK VAN HET PSYCHIATRISCH ONDERZOEK

De systematiek van het psychiatrisch onderzoek, in de zin van zowel *evaluation* als *examination*, berust in hoofdzaak op historisch gegroeide conventies, medische traditie en klinische ervaring van psychiatrische deskundigen. Nut en noodzaak van het onderzoek van de status mentalis zijn in psychiatrische kringen niet zonder meer onomstreden. Zo beschouwde de Amerikaanse psychoanalyticus en klinisch psycholoog Pruyser (1979) het psychiatrisch onderzoek als een relikwie uit een voorbije tijd: 'Its brevity, low demand on interpersonal skills, mechanicalness, and susceptibility to authoritarian abuse are out of keeping with the holistic and dynamical spirit of modern clinical work' (citaat: Tilley & Hoffman 1981). Maar voor de meeste psychiaters is het systematisch vastleggen van het onderzoek van de status mentalis wel een essentieel deel van het diagnostische proces. Volgens de neuroloog Haaxma (1977) kan het onderzoek van de 'status psychicus' overigens ook essentieel zijn voor de

neurologische diagnose, omdat bij hersenziekten vroeg of laat stoornissen van de hogere cerebrale functies ontstaan, terwijl daarbij elementaire neurologische verschijnselen ontbreken of op de achtergrond staan.

Het schema van het onderzoek van de status mentalis is in de Nederlandse traditie gebaseerd op de 'klassieke' driedeling van de psychische functies in cognitieve, affectieve en conatieve functies. Het systematisch uitvoeren van een onderzoek van de status mentalis verkleint de kans dat belangrijke symptomen over het hoofd worden gezien en dat diagnoses ten onrechte niet worden gesteld (Kareem & Ashby 2000). Bij een niet-systematisch onderzoek worden relevante aspecten vaak onderbelicht en kunnen irrelevante zaken onevenredig veel aandacht krijgen. Iedere psychiater die betrokken is bij de opleiding van artsen in opleiding tot psychiater (aiossen) en meer nog van coassistenten, zal dit kunnen beamen.

Het systematisch onderzoeken van de status mentalis betekent overigens niet dat dit altijd exact volgens het klassieke schema moet worden gedaan. De volgorde hangt mede af van de klachten die de patiënt presenteert, de mate van urgentie en van de differentiaaldiagnostische overwegingen van de onderzoeker (Hengeveld & Schudel 2005). Een vaste volgorde kan wel nuttig zijn bij het luisteren en kijken naar en het denken over de klachten en symptomen. Ook bij het schriftelijk noteren of mondeling rapporteren van de bevindingen vergroot het aanhouden van een vaste volgorde de kans dat eventuele omissies bij het onderzoek van de status mentalis alsnog worden ontdekt (Kareem & Ashby 2000).

WETENSCHAPPELIJKE ONDERBOUWING

Voor zover bekend zijn, met uitzondering van de Verenigde Staten, richtlijnen voor het psychiatrisch onderzoek in het buitenland niet voorhanden. Deze veronderstelling is bevestigd bij navraag bij leden van de Union Européenne des Medecins Specialistes, sectie psychiatrie (e-mail van Ten Doesschate 2007). Voor het psychiatrisch

onderzoek ontbreekt evidence met bewijskracht klasse A2 volgens de definitie van het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO: 'onderzoek ten opzichte van een referentietest (een 'gouden standaard') met tevoren gedefinieerde afkapwaarden en onafhankelijke beoordeling van de resultaten van test [in dit geval dus psychiatrisch onderzoek] en gouden standaard, betreffende een voldoende grote serie van opeenvolgende patiënten die allen de index- en referentietest hebben gehad' (Kwaliteitsinstituut 2006).

Er bestaan wel diverse (semi)gestructureerde interviewinstrumenten die op validiteit en betrouwbaarheid zijn onderzocht: *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID)* (First e.a. 1996), *Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN)* (WHO 1999), *Composite International Diagnostic Interview (CIDI)* (Robins e.a. 1988) en *Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)* (Sheehan e.a. 1998). De validiteit van al deze instrumenten is geijkt op het klinische oordeel van een ervaren specialist. Hierbij gaat het dus niet om evidence voor het psychiatrisch onderzoek, maar wordt het psychiatrisch onderzoek gebruikt als gouden standaard (Beekman & De Beurs 2004).

Wetenschappelijk onderzoek naar betrouwbaarheid, validiteit en doelmatigheid van het psychiatrisch onderzoek of het onderzoek van de status mentalis is schaars. Andreasen (1977) liet in een studie 24 onderzoekers die blind waren voor de diagnose, beoordelen welke interpretaties 44 patiënten gaven aan 10 spreekwoorden; haar conclusie was dat de validiteit van het gebruik van spreekwoorden bij de diagnostiek van denkstoornissen en het vermogen tot abstraheren relatief goed is, maar de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid gering. Op basis van een onderzoek waarin een video van een patiënt met een psychotische stoornis werd beoordeeld door 25 artsen in de psychiatrie, concludeerden Ross & Leichner (1988) dat de betrouwbaarheid van het onderzoek van de status mentalis goed was, met uitzondering van kwalitatieve beoordelingen van bepaalde sub-items. In dit onderzoek kwam ook naar voren dat er altijd iets genoteerd werd over het affect, oriën-

tatie, inhoud en vorm van denken, waarnemen, concentratievermogen en geheugen. Daarentegen werd relatief zelden iets genoteerd over het bewustzijnsniveau, houding, gezichtsuitdrukking, motoriek en adequaatheid van het affect.

WETENSCHAPPELIJK AANZIEN

Mede door het ontbreken van 'harde' en falsificeerbare evidence is het wetenschappelijke aanzien van het psychiatrisch onderzoek – en dus ook dat van de psychiater – niet hoog. Sommigen menen zelfs dat de psychiatrie überhaupt geen wetenschap is. Voorbeelden van de geringschatting van het psychiatrisch onderzoek en psychiaters zijn niet alleen te lezen in romans en kranten, maar ook te zien in films en tegenwoordig zelfs in televisieseries. In een aflevering van de detective-serie *Midsomer Murders* verschijnt de psychiater Prudence Plunkett tijdens een rechtszaak tegen een vrouw die haar beste vriendin heeft vermoord. Op de vraag van de rechter 'hoeveel gewicht men moet hechten aan de mening van een psychiater?', antwoordt zij: 'Dat is niet aan mij, edelachtbare. Het is meer professionele intuïtie dan harde wetenschap. Gezond verstand, gebaseerd op wat ik van de situatie weet.' In een aflevering van de politiserie *Trial and retribution* luidt het antwoord van de rechter op de mededeling van de officier van justitie dat de 4 (!) psychiaters die de verdachte onderzocht hebben eensgezind menen dat er sprake is van 'paranoïde schizofrenie': 'Zoals u zelf terecht zei: psychiaters geven een mening. De voornaamste bron waaruit zij hun mening putten, is de verdachte zelf. Of de verdachte schizofreen is of niet, zal de jury moeten bepalen.'

Volgens scenarioschrijvers zijn conclusies van psychiaters kennelijk gebaseerd op 'professionele intuïtie' en 'gezond verstand' en zou een lekenjury even goed een psychiatrische diagnose kunnen stellen als een psychiater.

DE NEDERLANDSE RICHTLIJN

Deels om het wetenschappelijke aanzien te

verbeteren, maar meer nog om tegemoet te komen aan de steeds stringenter wordende kwaliteitseisen voor de psychiatrische beroepsuitoefening in de samenleving, is in 2004 de richtlijn voor psychiatrisch onderzoek bij volwassenen gepubliceerd (Sno e.a. 2004). Een belangrijke beweegreden hierbij was mede de behoefte inzicht te krijgen in het beslisproces van een psychiater. De ontwikkeling van de Nederlandse richtlijn is deels ook geïnspireerd door de Amerikaanse 'Practice guideline for the psychiatric evaluation of adults' van de American Psychiatric Association (APA) (1995). Hierbij is getracht zo veel mogelijk gebruik te maken van de beschikbare wetenschappelijke onderzoeksgegevens.

De literatuurlijst van de Nederlandse richtlijn omvat 138 referenties, waarvan 66 (48%) van Nederlandse origine. Het niveau van bewijskracht van de referenties is niet geclassificeerd. Volgens de classificatie van het CBO (2006) zou het overgrote deel ingedeeld kunnen worden in de klasse D ('mening van deskundigen') of klasse C ('niet vergelijkend onderzoek'). Volgens de door de APA gehanteerde indeling zou het overgrote deel geclassificeerd worden als 'reviewartikel zonder secundaire data-analyse' (klasse F) of als 'tekstboek, mening van een deskundige of een ziektegeschiedenis' (klasse G).

Bij de ontwikkeling van de Nederlandse richtlijn is van een omvangrijke gesystematiseerde literatuurstudie afgezien, mede op grond van de ervaringen bij de ontwikkeling van de Amerikaanse richtlijn (American Psychiatric Association 1995).

DE AMERIKAANSE RICHTLIJN

De eerste versie van de Amerikaanse richtlijn (American Psychiatric Association 1995) omvatte 58 referenties. Hiervan ging het bij 39 (67%) referenties om een 'reviewartikel zonder secundaire data-analyse' (klasse F) of om een 'een tekstboek, mening van een deskundige of een ziektegeschiedenis' (klasse G); 14 referenties betroffen een cohort- of longitudinale studie (klasse C). Hiervan hebben er 7 betrekking op het gebruik van gestruc-

tureerde vragenlijsten en 2 op de invloed van interviewtechniek en het verkrijgen van informatie over respectievelijk feiten en gevoelens. Voorts ging het achtereenvolgens om onderzoeken naar de religieuze achtergrond, naar niet-herkende lichamelijke ziekte als reden voor psychiatrische opname, naar consultvragen, de validiteit van *as v* en naar de predictoren voor de resultaten bij een eerste psychiatrische opname.

In de herziene Amerikaanse richtlijn (American Psychiatric Association 2006) is het aantal referenties gestegen tot 302. Afgaande op deze stijging zou men kunnen concluderen dat het wetenschappelijke fundament aanzienlijk verstevigd is. Bij nadere beschouwing blijkt dit echter tegen te vallen. Bij 249 (82,5%) van de 302 referenties in 2006 is de evidence gebaseerd op een reviewartikel met of zonder secundaire data-analyse (klasse E/F) of op een tekstboek, mening van een deskundige of een ziektegeschiedenis (klasse G). De enige dubbelblinde gerandomiseerde gecontroleerde trial (RCT) (klasse A) gaat over de invloed van antidepressiva op de cognitieve achteruitgang bij geriatrische patiënten. Van de 8 niet-dubbelblinde RCT's (klasse A-) hebben er 7 betrekking op onderzoek naar de invloed van de interviewtechniek qua stijl, woordgebruik of technische hulpmiddelen (computer, telefoon) op de verkregen informatie en patiënttevredenheid. Van deze 7 zijn er 6 verricht bij niet-psychiatrische patiënten. Zes referenties betreffen een klinische trial (klasse B). Bij 2 onderzoeken gaat het om de invloed van psychiatrische symptomen op werk en bij eveneens 2 om de invloed van interviewtechniek en het verkrijgen van informatie over respectievelijk feiten en gevoelens. Eén klinische trial heeft betrekking op invloed van vrijheidsbeperking op gewelddadigheid en één op het effect van een kwaliteitverbeterend programma voor depressie in een huisartsenpraktijk. Er waren 19 referenties die betrekking hadden op een cohort of longitudinale studie (klasse C); 12 hiervan waren reeds opgenomen in de richtlijn van 1995. Van de 7 resterende klasse C-referenties hadden er 3 betrekking op beeldvormende technieken en een op de prognostische waarde

van de Mini-Mental State Examination (MMSE) bij personen met een genetisch risico op de ziekte van Alzheimer. Voorts gaat het om onderzoeken naar respectievelijk het effect van medicatie, familiegeschiedenis en ziekteduur op IQ en geheugen bij een bipolaire stoornis, naar kenmerken van suïcides bij gedetineerden en naar de invloed van stress op depressie. Van de 19 gecontroleerde studies (klasse D) gingen er 18 over beeldvormende technieken. De resterende gecontroleerde studie betreft een onderzoek naar cognitieve achteruitgang bij een bipolaire stoornis.

CONCLUSIE

Het zou de helderheid ten goede komen wanneer het systematisch vastleggen van objectieve en subjectieve psychiatrische symptomen consequent zou worden aangeduid met 'onderzoek van de status mentalis'. De term 'psychiatrisch onderzoek' zou dan gereserveerd kunnen blijven voor de uitgebreide psychiatrische evaluatie, inclusief onder andere speciële anamnese, algemene anamnese, psychiatrische voorgeschiedenis en biografische anamnese.

De evidence voor zowel het psychiatrisch onderzoek als het onderzoek van de status mentalis is in hoge mate gebaseerd op medische traditie, filosofische theorie en klinische ervaring. Vanuit het oogpunt van evidence-based medicine is empirisch onderzoek naar betrouwbaarheid, validiteit en doelmatigheid dan ook gewenst. Hierbij dient men zich wel te realiseren dat psychiatrie meer is dan een nomothetische of wettenstellende wetenschap, met een benadering en begripsvorming in termen van het algemene en wetmatige (Leezenberg & De Vries 2001), waarop uitsluitend natuurwetenschappelijke methoden en principes van toepassing zijn (Cawley 1993). Psychiatrie is behalve een toegepaste klinische wetenschap, ook een idiografische wetenschap, met een benadering en begripsvorming in termen van het individuele en unieke (Leezenberg & De Vries 2001), waarbij een verstandend-hermeneutische benadering onontbeerlijk is (Kuiper 1976).

LITERATUUR

- American Psychiatric Association (1995). Practice guideline for psychiatric evaluation of adults. *The American Journal of Psychiatry*, 152 (Suppl. 11), 63-80.
- American Psychiatric Association (2006). Practice guideline for psychiatric evaluation of adults. (2de editie). <http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/loadGuidelinePdf.aspx?file=PsychEval2ePG-04-28-06>.
- Andreasen, N.C. (1977). Reliability and validity of proverb interpretation to assess mental status. *Comprehensive Psychiatry*, 18, 465-472.
- Beekman, A.T.F., & de Beurs, E. (2004). Meetinstrumenten bij aanmelding in de psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 46, 653-658.
- Bernard, C. (1865). *Introduction a l'étude de la médecine expérimentale*. (pp. 194). Paris: Baillière et fils.
- Cawley, R.H. (1993). Psychiatry is more than a science. *The British Journal of Psychiatry*, 162, 154-160.
- Donnelly, J., Rosenberg, M., & Fleeson, W.P. (1970). Evolution of the mental status - past and future. *The American Journal of Psychiatry*, 126, 997-1002.
- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., e.a. (1996). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID)*. Washington: American Psychiatric Press. (Nederlandse vertaling: Groenestijn, M.A.C., Akkerhuis, G.W., Kupka, R.W., Schneider, N., Nolen, W.A., Lisse: Swets Test Publishers.)
- Haaxma, R. (1977). Neurologische overwegingen bij het onderzoek van de status psychicus. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 121, 452-457.
- Hengeveld, M.W., & Schudel, W.J. (2005). *Het psychiatrisch onderzoek*. (3de, herziene druk). Utrecht: De Tijdstroom.
- Kareem, O.S., & Ashby, C-A. (2000). Mental state examination by psychiatric trainees in a community NHS trust. *Psychiatric Bulletin*, 24, 109-110.
- Kind, H. (1973). Die psychiatrische Untersuchung im Wandel der Zeit. *Schweizer Archiv für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie*, 112, 51-57.
- Kuiper, P.C. (1976). *De mens en zijn verhaal*. Amsterdam: Athenaeum-Polak & Van Gennep.
- Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO (2006). *Levels of evidence*. <http://www.cbo.nl/product/richtlijnen/handleiding-ebro/article20060207153532>.
- Leezenberg, M., & de Vries, G. (2001). *Wetenschapsfilosofie voor geesteswetenschappen*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Robins, L.N., Wing, J., Wittchen, H.U., e.a. (1988). The Composite In-

ternational Diagnostic Interview. An epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1069-1077. (Nederlandse vertaling: Smeets, R.W.M., & Dingemans, P.M.A.J., 1996.)

Ross, C.A., & Leichner, P. (1988). Residents performance on the mental status examination. *Canadian Journal of Psychiatry*, 33, 108-111.

Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Sheehan, K.H., e.a. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59 (Suppl. 20), 22-33. (Nederlandse vertaling: Vliet, I.M. van, Leroy, H. & van Megen, H.J.G.M., 2000.)

Sno, H.N., Beekman, A.T.F., Hengeveld, M.W. e.a. (2004). Richtlijn psychiatrisch onderzoek bij volwassenen. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Amsterdam: Boom.

Tilley, D.H., & Hoffman, J.A. (1981). Mental status examination: myth or method. *Comprehensive Psychiatry*, 22, 562-564.

World Health Organization (1999). SCAN 2.1. Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. Geneve: WHO. (Nederlandse vertaling: Giel, R., & Nienhuis, F.J. Vragenschema's voor de klinische beoordeling in de neuropsychiatrie. RUG.)

AUTEUR

H.N. SNO is psychiater in het Zaans Medisch Centrum, Zaandam.

Correspondentieadres: dr. H.N. Sno, afdeling Psychiatrie, Zaans Medisch Centrum, Postbus 210, 1500 EE Zaandam.

E-mail: sno.h@zaansmc.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 4-12-2007.

SUMMARY

The psychiatric assessment and mental status examination from an EBM perspective – H.N. Sno –

Psychiatric assessment is a broader term than mental status examination. Psychiatric assessment requires the study of 'the comprehensive collection of data relevant for diagnosis and treatment', whereas mental status examination refers to 'the systematic registration of objective and subjective psychiatric symptoms at the time of assessment or during the current illness episode'. The evidence and the systematics of psychiatric assessment and mental status examination are based primarily on conventions established over time, on medical tradition and on the clinical experience of psychiatric experts. With regard to the mental status examination, according to Dutch tradition the symptoms are grouped on the basis of the 'classical' division of mental functions, the three groups being cognitive, affective and conative. The Dutch guidelines of 2004 is based primarily on 'expert opinion' and 'non-comparative research'. There is need for further scientific research which recognises that psychiatry is an applied clinical and idiographic science requiring an understanding and hermeneutic approach.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 50(2008)6, 353-358]

KEY WORDS mental status examination, psychiatric assessment, psychiatric evaluation